



L'INSERTION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES

HANDICAP, COMPENSATION ET AMENAGEMENT APPROPRIÉ

Pierre A. Vidal-Naquet
Avec la participation de **Noémie Molho** et **Benoît Eyraud**
(CERPE, Lyon)
Janvier 2007

Sommaire

Introduction	pg 3
La discrimination positive	pg 3
La non-discrimination	pg 5
Les ajustements compensatoires	pg 6
L'imbrication des deux principes	pg 7
Place et rôle de la subjectivité	pg 8
La compensation du handicap psychique	pg 10
I. PERCEPTION ET VECU DE LA MALADIE ET DU HANDICAP	pg 15
1.1. La mise à distance de la maladie mentale	pg 19
Objectivation et contrôle	pg 20
Dénégation	pg 21
Une épreuve au passé	pg 23
1.2. Le rapport au handicap	pg 27
La déficience	pg 28
Le statut	pg 29
II. LIMINALITE ET INSERTION PROFESSIONNELLE	pg 34
2.1. Le travail comme projet	pg 36
2.2. L'expérience du travail	pg 38
Le temps de la transition	pg 39
La blessure de la disqualification	pg 40
Aux prises avec l'entreprise	pg 42
2.3. La présentation de soi	pg 46
III. LES ALEAS DE LA COMPENSATION	pg 51
3.1. Le rétablissement de l'équilibre	pg 51
3.2. Des arrangements personnels	pg 56
3.3. La sécurisation des trajectoires	pg 62
3.4. Eléments de cadrage	pg 68
CONCLUSION	pg 71
Annexe	pg 74

Introduction

Bien qu'accueillie dans un « climat d'indifférence quasi générale » selon les termes employés par Julia Kristeva, la loi du 11 février 2005 est souvent saluée, malgré toutes ses insuffisances, sa complexité et l'imprécision de certains de ses articles, comme un événement important – parfois même fondateur – dans le champ du handicap. En se focalisant, comme l'indique le titre de la loi, « sur l'égalité des droits et des chances, sur la participation et la citoyenneté », le législateur semble avoir voulu introduire un important changement de paradigme dans les politiques qui ont été menées depuis l'origine en direction des personnes handicapées.

La discrimination positive

On sait en effet que la France fait partie des pays qui ont développé une politique d'intégration des personnes handicapées fondée sur le principe de la « discrimination positive »¹. Selon ce principe, dont l'origine est de fait très ancienne même si les termes sont récents, les populations cibles dont la position est jugée défavorable par rapport à celle des autres citoyens, font l'objet de mesures préférentielles. Classées à l'aune de certaines caractéristiques, elles bénéficient d'aides spécifiques dont on attend qu'elles puissent contribuer à l'égalisation des conditions. En ce qui concerne, les personnes handicapées, celles-ci sont ainsi catégorisées, selon une optique médicale, en fonction de leur déficience. Celles qui répondent à certains critères deviennent alors titulaires d'un statut qui leur permet de recevoir diverses allocations et, le cas échéant, d'être orientées soit vers le milieu ordinaire soit vers des filières et établissements spécialisés. Le passage dans ces structures doit, en

¹ Contrairement à d'autres domaines où, à la différence des Etats-Unis par exemple, la discrimination positive n'est pas retenue. Ainsi la discrimination positive à partir de critères ethniques et religieux est contraire à la tradition républicaine.

principe, leur permettre de surmonter leurs incapacités et d'accéder tôt ou tard à la vie ordinaire. Leur insertion sociale dépend alors de leur faculté de rééducation fonctionnelle et de réadaptation. A défaut, elles restent assignées soit dans leur famille soit dans ces filières spécialisées.

Cela dit, la discrimination positive ne repose pas seulement sur l'existence d'aides spécifiques. Elle s'accompagne de mesures qui visent des résultats réels dans le champ de l'insertion sociale. C'est dans le domaine de l'emploi que la politique de discrimination positive est la plus claire. Elle se traduit par l'obligation qui est faite aux employeurs de respecter un certain quota dans le recrutement des salariés. Toutefois, ces mesures ne sont, en général, qu'incitatives puisque les employeurs, s'ils peuvent bénéficier d'aides pour des aménagements de poste, peuvent aussi bien se défaire de l'obligation des quotas au travers du versement d'une contribution. En s'acquittant d'une contribution de substitution, ils se situent alors dans le système classique de *pay or play* (« payer ou jouer le jeu »).

Cette logique de discrimination positive n'a cessé de guider les législateurs successifs depuis les premières lois imposant des « emplois réservés » pour les mutilés de guerre (loi du 17 avril 1916, puis celle du 26 avril 1924) jusqu'à la loi de 1987 sur l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

La non-discrimination

Si la loi de février 2005 ne renonce pas à la discrimination positive, elle affirme aussi un autre principe : celui de la non-discrimination. A vrai dire ce principe n'est pas vraiment nouveau dans le droit Français puisque il est souvent fait référence à la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948, qui stipule que « chaque personne a vocation à être protégée contre toute discrimination fondée sur l'origine, la race, la religion ou l'appartenance (ou non) à une nation et ou une ethnie ». Toutefois, il faut attendre la loi du 12 juillet 1990, puis celle du 16 novembre 2001 pour qu'une telle protection soit étendue aux personnes malades et/ou handicapées. Ainsi, la loi de Novembre 2001 précise que « sauf inaptitude constatée par le médecin du travail, nul ne peut faire l'objet de discrimination en raison de son état de santé ou de son handicap ». Ce faisant, la France rejoint ainsi la politique

européenne qui s'oriente aussi, depuis les années quatre-vingt dix, vers le refus de toute discrimination et vers l'adoption d'une orientation dite de « mainstreaming ». Selon cette notion, le handicap ne doit pas faire l'objet de dispositions distinctes visant sa réduction mais doit être au contraire intégré dans des politiques qui s'adressent à l'ensemble des citoyens quelles que soient leurs capacités.

La directive européenne du 27 novembre 2000 précise la notion de discrimination en opérant une distinction entre la discrimination directe et celle qui est indirecte. La première résulte d'un traitement défavorable en raison, entre autres, du handicap² ; la seconde, de dispositions apparemment neutres, mais qui rendent de fait impossible l'accès des personnes handicapées aux biens, aux services, aux équipements etc. La conséquence de cette définition est importante car elle ne fait plus seulement dépendre l'insertion des personnes handicapées de leurs capacités à dépasser leur handicap, mais aussi et surtout de la façon dont l'environnement est rendu accessible. Autrement dit, la non discrimination passe par une « déstigmatisation » aussi bien « directe » qu'« indirecte » des déficiences. La loi du 11 février s'inscrit donc dans cette problématique de non discrimination, même si elle continue à se référer à la discrimination positive, comme cela est aussi le cas d'ailleurs pour la directive Européenne.

Cela dit, le principe de non discrimination ne peut pas être appliqué aux personnes handicapées comme il l'est en direction d'autres groupes sociaux ou minorités. Les lois concernant ces groupes imposent en effet d'ignorer les appartenances notamment sexuelles, raciales, ethniques ou religieuses, dans une perspective de respect de l'égalité des droits. Aussi de telles lois ne s'attachent pas à définir les critères d'appartenance (ethnique, raciale ou religieuse par exemple) puisque leur objet est précisément de sanctionner les éventuelles ségrégations qui seraient fondées sur la prise en compte des signes distinctifs³. Ce qui est attendu des acteurs sociaux, c'est au contraire qu'ils restent neutres par rapport aux différences, qu'ils ne s'attachent pas à les repérer ni à les classer et qu'ils respectent ainsi les droits des personnes. En revanche, tel n'est pas le cas pour le handicap, puisqu'ici la non prise en compte de celui-ci risque d'être productrice de marginalisation et de désavantage. La non-discrimination qui impose normalement de ne pas faire apparaître les différences physiques

² A compétence égale par exemple, telle personne n'est pas recrutée en raison de son handicap. Ou encore, l'offre d'emploi précise que les candidats ne doivent pas être handicapés...

³ Il est par contre logique, dans une perspective de discrimination positive, d'identifier les ethnies concernées si une telle identification permet d'avantager les individus qui les composent dans la distribution des biens.

ou mentales risque ici d'être contre-performante et aboutir à un résultat exactement inverse. C'est pourquoi d'ailleurs, la non-discrimination fait aussi l'objet de critiques. On lui reproche son inspiration libérale. La non-discrimination risquerait en effet de conduire à un désengagement (ou un non-engagement) de l'Etat, à une réduction des aides spécifiques dont ont malgré tout besoin les personnes en raison de leurs handicaps. Selon ce point de vue, la non-discrimination « pure » serait paradoxalement discriminante.

Les ajustements compensatoires

C'est pourquoi la loi de 2005, comme la directive européenne de 2000 d'ailleurs, ont assorti le principe de non-discrimination d'un système d'ajustement compensatoire. Afin de rendre effectif l'égalité de traitement, les personnes handicapées peuvent désormais bénéficier d'un droit à compensation des conséquences de leur handicap « quels que soient l'origine et la nature de {leur} déficience, {de leur} âge ou {de leur} mode de vie ». La compensation doit permettre en effet l'accession à la citoyenneté des personnes qui souffrent d'un handicap c'est-à-dire qui voient leur participation à la vie en société limitée en raison d'une « altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Ainsi, contrairement à d'autres lois anti-discrimination qui ne précisent pas les contours des groupes ou minorité concernés, celle de février 2005 définit l'ensemble des classes de handicaps (moteurs, sensoriel, mental, cognitif et psychique), ce qui est une novation dans la législation française.

Ce droit à compensation s'actualise selon deux axes : un premier axe concerne les personnes handicapées elles-mêmes qui peuvent bénéficier d'un certain nombre d'aides, techniques et humaines. Ces aides sont accordées en tenant compte à la fois de leurs déficiences, évaluées selon une logique médico-administrative mais aussi de leur projet de vie. De ce point de vue, le droit à compensation dépend d'appréciations simultanément objectives et subjectives. Il ne suffit pas de déclarer ses incapacités pour avoir des droits, encore faut-il que celles-ci soient administrativement et scientifiquement reconnues. Mais ce droit dépend aussi de la subjectivité des personnes. Le statut de handicapé n'impose pas de comportements normatifs. Les droits auxquels peuvent prétendre les personnes handicapées dépendent de leurs « projets de vie », c'est-à-dire de l'expression de leurs désirs et de leurs besoins.

Un second axe, concerne l'environnement. Celui-ci doit devenir accessible⁴. Certes la loi d'orientation du 30 juin 1975 contenait déjà un certain nombre de dispositions dans ce domaine. Mais l'enjeu de l'accessibilité est aujourd'hui accru. Non seulement parce que les obligations sont plus précises et plus nombreuses, mais aussi parce que l'absence d'aménagement peut être interprétée comme une mesure discriminatoire. Cette exigence d'accessibilité concerne l'ensemble des secteurs de la vie sociale, à savoir l'école, le cadre bâti, les transports, les loisirs, les services de communication. Le monde du travail est aussi concerné puisque la loi stipule que celui-ci doit être accessible à tous, et que les personnes ne peuvent faire l'objet de mesures discriminatoires en raison de leur état de santé ou de leur handicap. Là encore, la discrimination peut être indirecte. C'est pourquoi, les employeurs qui, dans l'ancienne législation étaient simplement assujettis au règlement d'une pénalité s'ils ne remplissaient pas leurs obligations d'emploi, deviennent aujourd'hui passibles aussi de poursuites pour discrimination s'ils refusent de prendre des « mesures appropriées » d'aménagement de poste. Ces mesures, évaluées « en fonction des besoins dans une situation concrète » sont destinées à rendre effectif le droit des personnes handicapées. Elles garantissent, selon l'article L.323-9 du code du travail, « le respect du principe d'égalité de traitement ». Elles doivent ainsi rendre possible l'insertion dans le monde du travail, le maintien et la progression dans l'emploi, et enfin l'accès aux formations adaptées.

Ces dispositions qui doivent rester « raisonnables » selon la terminologie européenne, ou « appropriées » sans être « disproportionnées » selon la loi française, concernent aussi bien

⁴ La loi ne présente pas les obligations d'accessibilité comme des mesures compensatoires. Toutefois, il semble bien que les aménagements rendant la cité accessible peuvent être aussi considérés comme des dispositifs de compensation.

Rappelons la définition de la compensation que l'on trouve dans l'article L. 114-1-1 du code de l'action sociale et des familles :

La « compensation consiste à répondre à besoins {de la personne handicapée} , qu'il s'agisse de l'accueil de la petite enfance, de la scolarité, de l'enseignement, de l'éducation, de l'insertion professionnelle, des aménagements du domicile ou du cadre de travail nécessaires au plein exercice de sa citoyenneté et de sa capacité d'autonomie, du développement ou de l'aménagement de l'offre de service, permettant notamment à l'entourage de la personne handicapée de bénéficier de temps de répit, du développement de groupes d'entraide mutuelle ou de places en établissements spécialisés, des aides de toute nature à la personne ou aux institutions pour vivre en milieu ordinaire ou adapté, ou encore en matière d'accès aux procédures et aux institutions spécifiques au handicap ou aux moyens et prestations accompagnant la mise en œuvre de la protection juridique régie par le titre XI du livre Ier du code civil. Ces réponses adaptées prennent en compte l'accueil et l'accompagnement nécessaires aux personnes handicapées qui ne peuvent exprimer seules leurs besoins. » Ainsi le droit à compensation recouvre les réponses aussi bien individuelles (PCH, Plan personnalisé) que collectives aux besoins de la personne handicapée.

l'adaptation des machines et de l'outillage que l'aménagement du postes de travail, l'accès aux lieux de travail, l'accompagnement dans le procès de production, et enfin la mise en place d'horaires adaptés. Le refus de prendre de telles mesures peut être constitutif d'une discrimination sauf si les « différences de traitement {sont} objectives, nécessaires et appropriées ». Il va de soi en effet qu'il n'y a pas discrimination lorsque des personnes malvoyantes par exemple sont écartées d'emplois dont l'accès est conditionné par la possession d'une excellente acuité visuelle.

L'imbrication des deux principes

Ainsi, la nouvelle législation articule des principes différents afin de réduire les phénomènes de ségrégation. Mais cette combinaison de principes rend particulièrement complexe à la fois la lecture des textes et probablement leur mise en œuvre. En effet, le principe de discrimination positive n'est pas abandonné puisque le régime des quotas est renforcé et que l'application du droit à compensation exige le repérage et l'identification des différences. Mais en même temps, est affirmé le principe de non-discrimination selon lequel les différences ne doivent pas faire l'objet de traitement particulier. En d'autre terme le handicap doit être simultanément identifié, le cas échéant corrigé, et en même temps ignoré... Ce qui n'est pas simple. D'ailleurs, la loi prend acte de cette difficulté puisqu'elle rappelle dans l'un de ses articles qu'on ne saurait considérer comme discriminantes « les mesures appropriées » qui sont prises « au bénéfice des personnes handicapées visant à favoriser l'égalité de traitement ». La marge est parfois très étroite entre des mesures qui visent l'intégration et les mesures qui aboutissent à une marginalisation. Par exemple, le travail à domicile peut tout aussi bien être considéré comme un aménagement de poste que comme une mise à l'écart. Tout dépend de la situation...

De la même manière, le droit à compensation relève de plusieurs logiques. Ce droit résulte en effet de l'objectivation du handicap. C'est en effet le corps médical, puis la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), dans laquelle siège un médecin, qui évalue le taux d'incapacité des demandeurs. Mais d'un autre côté, le « projet de vie » auquel doit être adossé la compensation introduit une dimension subjective dans l'attribution du droit et, ce faisant, dans la configuration même du handicap. Celui-ci n'est pas simplement défini en référence à l'incapacité, mais aussi en fonction de projet de vie tel que le formule la personne concernée. En d'autres termes, la même incapacité

peut donner lieu à différents niveaux de handicap. Tout dépend, entre autre, du projet de la personne et de la façon dont elle fait valoir ce projet.

Place et rôle de la subjectivité

Ainsi, la loi de février 2005, ne fait pas seulement qu'articuler l'(ancien) modèle médical et le (nouveau) modèle social. Certes, elle laisse une place importante à l'objectivation médicale des déficiences (modèle médical) tout en portant l'accent sur l'accessibilité de l'environnement (modèle social). Mais elle introduit une autre dimension, à savoir celle de la subjectivité. S'inscrivant ainsi dans une logique participative selon laquelle l'usager tend à être considéré comme sujet de l'action publique, la loi ambitionne de faire une plus grande place à la personne, à ses besoins et ses désirs, dans les politiques du handicap. L'introduction du projet de vie dans la détermination du droit à la compensation relève de cette problématique. Mais il en est de même de l'obligation qui est faite aux employeurs d'adapter les conditions de travail à la singularité de la déficience de leurs salariés. L'accent qui est mis sur la nécessité d'ajuster l'environnement au handicap concret favorise très probablement la « désinsularisation » des personnes handicapées. Cela dit, ce « désenclavement » dépend aussi très étroitement de la mobilisation des personnes elles-mêmes (et/ou de leurs familles et des associations). En effet, l'introduction de la subjectivité fait en grande partie reposer l'insertion des personnes concernées sur la façon dont celles-ci parviennent à mobiliser leurs droits et à les faire reconnaître. La présentation du projet de vie peut en effet influencer dans un sens favorable ou défavorable le plan personnalisé de compensation. Quant à l'obligation d'aménagement, elle dépend aussi de l'intervention du salarié (ou de ses représentants). Les aménagements ne sont en effet obligatoires que s'ils restent raisonnables, c'est-à-dire s'ils sont conçus de telle façon qu'ils n'entraînent pas de dépenses « disproportionnées ». Cette réserve laisse évidemment une large place à la négociation. La « bonne proportion » ne peut être définie de façon normative ; elle est par conséquent le résultat d'une appréciation subjective laquelle par définition est toujours susceptible d'être discutée.

Or, dans cette discussion, les personnes handicapées sont loin d'occuper une position de force. Fragilisées par leurs déficiences, par leur marginalisation sociale, par leur exclusion du monde du travail etc. elles abordent la scène de la négociation avec des arguments parfois difficiles à faire reconnaître. Comment en effet convaincre de la validité d'un projet de vie qui

paraît difficilement accessible en raison d'une déficience ? Comment faire accepter, par comparaison avec des salariés valides, une égale compétence et à fortiori une égale rentabilité alors que celles-ci sont conditionnées par un aménagement spécifique et un surcroît de dépenses ? On mesure ici l'importance du « pouvoir de conviction » que doit détenir la personne handicapée pour arriver à faire valoir ses droits. Or, un tel pouvoir se décline très différemment selon le type et/ou la gravité du handicap. On peut faire l'hypothèse que cette aptitude est d'autant plus faible que la déficience est forte et/ou touche les capacités relationnelles, comportementales et cognitives des personnes concernées. La mobilisation de soi pour faire valoir ses droits n'est probablement pas très facile quand on est porteur d'un handicap. Elle devient particulièrement difficile quand la déficience touche le psychisme de l'individu, quand celui-ci est « malade de lui-même », qu'il est atteint dans son intentionnalité c'est-à-dire dans ses capacités à exister pleinement comme sujet face à autrui.

C'est dans un tel contexte que nous **nous** intéresserons ici à l'insertion professionnelle des personnes souffrant de handicap psychique et à la façon dont celles-ci peuvent (ou non) faire valoir leur droit à l'emploi malgré leur déficience. Plus précisément, il s'agira de se demander comment s'actualise pour les personnes en situation de handicap psychique le droit de bénéficier dans l'entreprise de mesures compensatoires.

La compensation du handicap psychique

Comme nous l'avons déjà signalé, la compensation des conséquences du handicap est un volet particulièrement important de la nouvelle loi sur le handicap. Elle se traduit, dans l'entreprise, par l'obligation qui est faite aux employeurs de compenser, par des mesures appropriées mais « raisonnables », la déficience des salariés qui, sans cet aménagement, ne pourraient accéder à l'emploi, s'y maintenir ou bien préserver leurs statuts et leurs fonctions.

L'idée de la compensation paraît simple. Selon le dictionnaire en effet, compenser quelque chose consiste à « équilibrer un effet par un autre » ou à « dédommager un inconvénient par un avantage ». La compensation est très fortement associée aux notions d'équilibre, de balance et par conséquent de mesure. Compenser est emprunté au latin *compensare*, « mettre en balance ». Autrement dit, la compensation suppose que les éléments à équilibrer soient commensurables. Il est en effet difficile de penser par exemple la compensation dans le domaine de l'esthétique. Même si l'on peut comparer la beauté de deux

visages, l'un étant plus disgracieux que l'autre, on peut difficilement prétendre « compenser » une telle différence qualitative et non mesurable. Certes, il est possible de modifier les apparences et réduire les différences en jouant sur le maquillage ou l'arrangement. Mais on ne pourra guère parler de « compensation », ni mesurer la réduction de l'écart.

La compensation renvoie donc au comblement d'un manque, d'un déficit, en sorte qu'une fois compensée, la situation défavorable puisse se rapprocher de la situation de référence. Dans le domaine de l'emploi, la compensation doit donc permettre de rétablir l'égalité de traitement au travers de mesures visant à combler les déficiences.

Toutefois toutes les déficiences ne sont pas compensables de la même façon. S'il est relativement aisé de concevoir la compensation d'un manque susceptible d'être objectivé, il devient plus hasardeux de penser celle du trouble dont la caractéristique est d'être un état de non-limpidité, de non-transparence bref un état de confusion et d'instabilité. Si l'on peut mettre un terme au trouble ou bien le réguler, il est plus difficile d'en penser la compensation.

Or, cette difficulté semble très présente dans le cas du handicap psychique. Comme le notent Alain Ehrenberg et Anne M. Lovell⁵, la Classification Internationale des Maladies de l'OMS réserve le terme de maladie à toutes les pathologies sauf à la maladie mentale qui est désignée comme relevant de la catégorie du « trouble ». Une telle appellation signale, selon les deux auteurs, le statut particulièrement ambigu de ce « trouble » qui se décline à la fois sur le plan médical, social, psychologique et moral et dont la mesure objective est particulièrement difficile à réaliser.

Certes, on pourrait penser que le trouble psychique et le handicap psychique ne relèvent pas de la même problématique. Le trouble serait marqué par la confusion et l'instabilité, le handicap – grâce au suivi psychiatrique et aux traitements médicamenteux – par une plus grande stabilité. C'est d'ailleurs cette régulation qui devrait permettre aux malades mentaux d'envisager leur insertion sociale et professionnelle. Toutefois, on reconnaît généralement que, comme le trouble psychique, le handicap psychique n'est pas un état vraiment stabilisé. Par exemple, Christine Le Clainche et Geert Demuijnck reconnaissent que « le handicap psychique – si tant est qu'on puisse en délimiter les contours – est plus

⁵ Ehrenberg A., Lovell A.M., *La Maladie mentale en mutation, psychiatrie et société*, Editions Odile Jacob, 2001.

complexe à étudier {que les autres handicaps} car (...) il touche les personnes de façon évolutive »⁶. Plus loin, les deux auteurs s'interrogent même sur un paradoxe. « Il est (...) paradoxal que le handicap psychique soit retenu dans la loi {de février 2005} alors même que les progrès pharmaceutiques conjugués à un suivi psychothérapeutique régulier ont permis d'améliorer considérablement le confort de vie des personnes atteintes de troubles psychiques ». En d'autres termes, il n'est pas évident, pour ces auteurs, que les personnes qui ont été atteintes de maladies mentales mais ont été soignées doivent être encore considérées comme « handicapées ». Les médicaments leur donneraient les moyens de participer normalement à la vie sociale. Toutefois, Le Clainche et Demuijnck reconnaissent quand même que « selon la nature des troubles (...) si l'insertion professionnelle peut être totalement partiellement préservée, elle demeure pour certaines personnes difficiles à maintenir ». Dans ces conditions « on comprend alors qu'une telle catégorie de « handicap psychique » puisse poser problème car elle regroupe des réalités très différentes en termes de capacités d'autonomie des personnes ». Dans ce contexte, « la promotion de l'accès à l'emploi et du maintien dans l'emploi demeure encore à imaginer ».

Or, il semble que l'on soit aujourd'hui encore très loin de pouvoir « imaginer » un tel soutien dans l'entreprise et définir ce que pourrait être la compensation du handicap psychique. L'analyse rapide que nous pouvons faire d'un document Belge⁷ visant à donner les « clés pour » les aménagements raisonnables au profit des personnes handicapées au travail est, à ce titre particulièrement instructif.

S'appuyant sur la transposition dans le droit Belge de la directive Européenne 2000/78/CE des dispositions tendant à lutter contre les discriminations et prévoir des mesures appropriées dans les entreprises en faveur de l'emploi, le document propose une liste d'aménagements raisonnables et tente de fournir des pistes de mise en œuvre.

Le document définit, ce qu'il appelle, le groupe cible de l'aménagement raisonnable. Ce sont des candidats à l'emploi ou des travailleurs qui rencontrent des difficultés notamment « d'ordre psychique ». Ainsi les aménagements mentionnés dans le document concernent tous

⁶ Le Clainche (C.), Demuijnck (G.), *Handicap et accès à l'emploi : efficacité et limites de la discrimination positive*, Centre d'Etudes de l'Emploi, n° 63, Juillet 2006

⁷ Clés pour... Les aménagements raisonnables au profit des personnes handicapées au travail, Mars 2005. Document consultable sur le site du Service public Fédéral : <http://www.meta.fgov.be>

type de handicaps (physique, mental, sensoriel, liés à la maladie chronique ou dégénérative et bien entendu psychique).

Ce document donne de multiples exemples dont la plupart ne concernent que les handicaps les plus visibles, à savoir moteur, sensoriels et parfois mental. Le texte précise qu'il est impossible de dresser une liste exhaustive de toutes les mesures existantes ou imaginables dans la mesure où chaque individu est « unique et possède ses propres qualités et limites ». Mais il donne néanmoins quelques illustrations qui ont cette particularité qu'elles résultent d'une objectivation possible du handicap. Ainsi en est-il de l'outillage et du matériel adapté, ou bien encore de l'aménagement des lieux de travail (portes normalisées, plans inclinés). Certaines dispositions qui sont évoquées dans le guide pourraient concerner les personnes handicapées psychiques comme le travail à domicile, l'horaire adapté, le changement de règle de conduite, l'accompagnement ou le tutorat, l'assistance. Mais il est intéressant de noter que le handicap psychique n'est jamais mentionné dans aucun des exemples qui sont donnés. Concernant ce type de handicap, les mesures compensatoires restent donc bien à imaginer. D'autant que l'on s'accorde généralement pour reconnaître que les personnes ayant eu des troubles psychiques restent très fragiles même quand elles accèdent au statut de personnes handicapées et obtiennent la reconnaissance de travailleur handicapé. Ces personnes restent encore, malgré une relative stabilisation de leur état, très sensibles à leur cadre de vie lequel est susceptible à tout moment de jouer un rôle perturbateur important. Il paraît donc logique qu'une attention soit portée à l'aménagement de leur environnement de façon à encourager leur insertion sociale et professionnelle. Mais les mesures concrètes paraissent délicates à définir compte tenu de l'impossibilité qu'il y a à évaluer sur un mode normatif les capacités et les incapacités des personnes concernées.

Cette difficulté très étroitement liée à ce qu'on appelle communément la « non-linéarité » du handicap psychique nous a conduits à proposer un détour pour essayer d'avancer un peu sur cette question de l'aménagement approprié. Au lieu de tenter de procéder par objectivation du handicap, il nous a paru intéressant de nous tourner vers les personnes elles-mêmes afin que celles-ci puissent faire part de leurs besoins en matière de compensation. Un tel détour par la subjectivité des personnes devrait pouvoir nous éclairer sur la façon dont celles-ci vivent leur maladie et/ou leur handicap, sur la façon dont elles les perçoivent mais aussi sur les aides qui leur ont paru les plus utiles au cours de leur parcours d'insertion ainsi que sur les obstacles qu'elles ont pu rencontrer. Cette contribution des

personnes handicapées psychique semble nécessaire pour « imaginer » ce que pourrait être la « compensation du handicap psychique ». On notera d'ailleurs que ce détour ne nous éloigne pas de l'esprit de la loi de février 2005. Celle-ci prévoit l'élaboration d'un plan de compensation des conséquences du handicap. Les conséquences sont certes évaluées par une équipe pluridisciplinaire en général à partir d'une appréciation médicale. Toutefois, la loi prévoit que la compensation ne peut se réduire à l'application d'un barème. Elle doit tenir compte, en principe, du projet de vie, c'est-à-dire du mode de vie des personnes concernées, de leurs aspirations et en définitive de leur subjectivité. En interrogeant des personnes handicapées sur les compensations qui leur sembleraient souhaitables pour conforter leurs trajectoires professionnelles, nous nous situons finalement dans la même problématique⁸.

Toutefois, nous ne nous limitons pas ici à la seule analyse de la trajectoire professionnelle. En effet, le moment de l'accès à l'emploi s'inscrit dans une biographie familiale et sociale ainsi que dans un itinéraire de santé qu'il convient de connaître pour comprendre les aspirations des personnes handicapées en matière de compensation dans l'emploi. Ces personnes sont en effet amenées en permanence à circuler entre plusieurs statuts. Au cours de leur vie, elles peuvent avoir été bien portantes, malades en milieu ouvert, malades en institution, handicapées, travailleurs handicapés (en entreprise, dans des ESAT, des Ateliers adaptés), protégées juridiquement (tutelle, curatelle), etc. Elles peuvent vivre positivement ou négativement ces différentes périodes ce qui n'est pas sans influence sur leurs aspirations. A tout moment, elles sont confrontées à des obstacles liés à ces statuts ou bien au contraire bénéficient d'aides qui parfois leur permettent de combler un déficit. Cette démultiplication de statuts plus ou moins connexes ne simplifie pas la vie des gens : l'aide qui compense un déficit dans un statut donné, peut être considérée comme une gêne lorsque la personne entre dans un autre statut. Ainsi, le soutien reçu en tant que malade (les médicaments par exemple) peut faire obstacle à un éventuel changement de statut (travailleur handicapé) ou à certaines activités liées à ce statut (le travail)... La protection dont une personne fait l'objet dans un ESAT peut altérer les capacités d'autonomie qui seront

⁸ Dans le cadre de cette étude, nous avons interrogé 18 personnes des deux sexes, situées dans une tranche d'âge allant de 25 à 50 ans dont la plupart bénéficient de la Reconnaissance de travailleurs handicapés. Elles travaillent en général en entreprise (sauf exception en milieu ordinaire), ont déjà travaillé ou sont à la recherche d'un emploi. Quelques-unes sont encore en formation. La plupart de ces personnes nous ont été adressées par trois organismes de formation et d'insertion situés en Rhône-Alpes (Messidor, Le Lift, L'Adapt et Orsac). Quatre d'entre elles ont été contactées sans passer par ces organismes. Les entretiens concernant ces quatre personnes ont été réalisés par Benoît Eyraud dans le cadre de son travail de thèse. .

ultérieurement requises dans le monde du travail. Le bénéfice de la reconnaissance de travailleur handicapé peut être vécu comme un stigmaté invalidant etc.

En d'autres termes, les besoins de compensation dans le champ de l'emploi, tels que peuvent l'exprimer les personnes concernées, dépendent très fortement des expériences auxquelles elles ont été confrontées dans leur trajectoire de vie et finalement de la façon dont les individus vivent et ont vécu leur maladie et/ou leur handicap. Nous verrons, à partir des entretiens que nous avons réalisés que ces vécus sont très contrastés (I) et que dans ces conditions, le rapport à l'emploi et au monde du travail est lui aussi fortement diversifié (II). Il s'en suit que la compensation dans le champ de l'emploi ne peut faire l'objet de mesures normatives. C'est probablement à l'extérieur du monde de l'entreprise et selon des modalités très personnalisées que peut être envisagée la compensation des conséquences du handicap (III).

I. Perception et vécu de la maladie et du handicap

Les personnes dont les déficiences sont reconnues (anciennement par la COTOREP et aujourd'hui par la CDAPH⁹) accèdent à un certain nombre de droits et par conséquent à un nouveau statut. Elles sont ainsi habilitées à quitter leur ancien statut de malade. Celui-ci les assignait à une seule filière de prise en charge (la psychiatrie, l'hôpital, les établissements spécialisés) et les dispensait, en tant que malade, de certains rôles sociaux (le travail par exemple). Sur décision d'une commission, ils peuvent entrer dans une nouvelle filière qui est sensée leur venir en appui pour investir les rôles sociaux dont ils étaient dispensés et prétendre ainsi aux compensations de leurs éventuelles déficiences résiduelles. Pour autant, les candidats à l'insertion sociale et/ou professionnelle ne quittent pas toujours leur ancien statut de malades. Ils continuent en général à faire l'objet d'un suivi thérapeutique et restent dans la filière médicale. Plus encore même, ils sont appelés à « contrôler » et à gérer leur maladie mentale, comme d'autres patients gèrent leur maladie chronique (les diabétiques par exemple). Cette capacité de contrôle grâce à laquelle leur maladie peut être « stabilisée » est

⁹ Au moment de notre enquête les CDAPH n'existaient pas encore. Les personnes parlent exclusivement de la COTOREP, sigle que nous garderons en général dans le texte qui suit.

même l'une des conditions qui est requise pour envisager leur insertion sociale et professionnelle. Ainsi, l'entrée à Messidor est-elle conditionnée par l'existence d'un référent médical. Le Lift a mis en place un « contrat tripartite » qui relie la structure, le psychiatre et la personne handicapée.

Toutefois, pour les personnes handicapées, ce double statut semble souvent problématique. Rappelons d'ailleurs, que ce n'est que de façon relativement récente que la double filière, à la fois médicale et sociale, est acceptée dans le monde de la psychiatrie. Ainsi en 1975, les psychiatres manifestent avec force leur opposition à la loi sur le handicap. Certains parlent même de « loi scélérate » et boycottent les commissions. Ils estiment que la nouvelle loi ne peut concerner leurs patients. A l'époque, les médecins refusent l'idée d'une séparation entre une thérapeutique pour temps de crise et une prise en charge spécifique adaptée à la maladie chronique. Pour eux, la crise et le chronique appartiennent à une même entité. C'est cette entité qui doit faire l'objet de soins. Dans ce cadre, il n'est alors pas question de cantonner la psychiatrie au traitement des épisodes aigus pour laisser ensuite au secteur social (celui du handicap) la prise en charge du patient stabilisé. « Il y avait donc refus de penser qu'un certain nombre de patients pourraient aller vers d'autres structures qui seraient uniquement sociales »¹⁰.

Le positionnement de la psychiatrie est fort différent aujourd'hui. Elle a sensiblement évolué depuis 1975. En raison du phénomène de « désinstitutionnalisation », l'hôpital n'est plus le seul lieu de traitement des malades mentaux. Avec la sectorisation dont les principes sont définis par la circulaire du 15 mars 1960 et dont la base légale date de la loi du 25 juillet 1985, les patients peuvent être pris en charge en ambulatoire, au travers de multiples structures (CMP, Centres d'activités thérapeutiques à temps partiel, appartements thérapeutiques, foyers, maisons communautaires, services de suite). Les effets secondaires des médicaments ayant été très fortement réduits, la pathologie peut faire l'objet d'une certaine stabilisation. Les malades peuvent envisager leur insertion sociale et éventuellement professionnelle. Par ailleurs, le mouvement de réhabilitation psychosociale continue à faire son chemin. L'idée selon laquelle l'environnement peut aussi avoir une influence thérapeutique semble s'imposer en même temps que les effets pathogènes de l'institution « totale » sont mis en évidence. Enfin, on ne saurait oublier l'action des associations de

¹⁰ Durand (B.), La question du handicap psychique, Colloque handicap et enjeux de société, Janvier 2006 (www.ac-creteil.fr/sms/idf)

malades et de leurs familles qui se sont mobilisées pour que les malades mentaux, dans la mesure où ils vivent en milieu ordinaire, puissent aussi être reconnus par les COTOREP et, à ce titre, bénéficier des mêmes droits que les personnes handicapées au titre d'autres déficiences. Comme le confirme la loi de février 2005, les personnes dont les fonctions psychiques sont altérées ne sont plus assignées au seul statut de malade. Sous réserve de la « stabilisation » de leur maladie, elles peuvent aussi prétendre au statut de personne handicapée et par conséquent au droit à compensation des conséquences de leur handicap.

Or, un tel schéma, envisageable dans ses grands principes, ne va pas de soi. Les frontières entre la maladie mentale et le handicap psychique demeurent en effet particulièrement poreuses. Certes, il est devenu habituel de rappeler qu'il y a lieu de ne pas confondre la maladie et le handicap. Ainsi la « maladie mentale est caractérisée par toute perturbation des fonctions mentales et, par conséquent, des comportements qu'elles commandent »¹¹. Tandis que le handicap psychique est présenté comme étant constitué des « conséquences de la maladie mentale, des conséquences fonctionnelles, des conséquences sociales, des conséquences cognitives etc. placées dans une situation donnée »¹². Or une telle distinction n'est pas si claire que cela. Car, à la différence de beaucoup de pathologies somatiques, la maladie mentale n'est perceptible qu'au travers de ses symptômes, c'est-à-dire, de ses manifestations. Dans la définition qui vient d'être donnée ci-dessus, ce sont les troubles du comportement qui attestent de l'existence de la maladie. En d'autres termes, ces troubles comportementaux sont eux-aussi les « conséquences » de dysfonctionnements psychiques.

Le critère de la durée que l'on introduit aussi pour distinguer la maladie du handicap fonctionne assez difficilement pour le handicap psychique. En effet, le handicap est reconnu, notamment selon la loi de 2005, dès lors que les symptômes repérables s'inscrivent dans la durée. Sont donc écartés du champ du handicap les perturbations occasionnelles. Dans le cas du handicap psychique, certains symptômes relèvent de cette définition. Ce sont en général des symptômes qui peuvent prétendre à la mesure et à l'objectivation comme la lenteur, la perte de savoir faire, la difficulté de concentration, les défaillances de jugement, le défaut d'hygiène, les troubles de la décision, l'anxiété, le repli relationnel etc. De tels symptômes ne sont pas objectivables en soi. Ils le sont parce qu'ils sont récurrents, observables et mesurables et, à ce titre, compensables. Toutefois, la spécificité de la maladie mentale et/ou

¹¹ Handifformation Auvergne, cité, par Galaxie, Les besoins spécifiques des personnes en situation de handicap psychique au regard de l'emploi, (Dominique Arrive, Christel Colombo et Michel Leroux, Décembre 2004

¹² Opus cité

du handicap psychique ne réside pas là mais dans le risque de rupture, de basculement autrement dit de « décompensation » qui est le terme utilisé par la psychiatrie. Or, c'est, semble-t-il, le degré d'occurrence de ce risque qui permet d'identifier la maladie. Des décompensations fréquentes (l'état de crise) placent sans hésitation le sujet qui en est victime dans le champ de la maladie. Mais qu'en est-il des décompensations qui s'espacent dans le temps et se manifestent rarement ? Sont-elles malades, handicapées les personnes qui n'ont connu aucune décompensation pendant plusieurs années par exemple ? Ou bien sont-elles seulement des sujets plus ou moins fragiles ?

Ces questions ne sont pas anodines. D'une part parce qu'elles ont une incidence sur la façon dont les sujets perçoivent leurs situations et dont ils se projettent dans leurs rôles sociaux. Se vivent-ils comme malades, comme handicapés, comme « être-à-risques », comme personnes bien-portantes et sans altération de leurs capacités ? D'autre part, parce que la compensation n'est pas envisagée de la même manière selon qu'il s'agit de rétablir des déficiences repérables (la lenteur, la fatigue par exemple) ou bien de répondre à des risques de décompensation dont l'occurrence est indéterminée et ne peut être évaluée que sous l'angle de la probabilité.

I.1. La mise à distance de la maladie

Or, la plupart des personnes que nous avons interrogées semblent rencontrer une certaine difficulté à préciser aussi bien le statut dans lequel elles se trouvent que les rôles qu'elles entendent jouer. Tout se passe comme si elles se percevaient dans une position d'entre-deux, ni tout à fait malades ni véritablement handicapées, ni non plus complètement normales.

Rappelons que toutes ces personnes ont fait l'objet à un moment ou un autre de leur existence d'un suivi psychiatrique. Au moment où nous les avons rencontrées, elles sont dans une démarche d'insertion sociale et/ou professionnelle. La plupart d'entre elles sont passées par des structures intermédiaires de formation, de rééducation, d'insertion ou bien par le milieu protégé. Elles sont, au moment de l'enquête, soit en milieu professionnel soit à la recherche d'un emploi.

Toutes reconnaissent avoir été malades. Elles assignent à leur pathologie une place bien circonscrite à la fois dans le temps et dans l'espace. Spatialement, c'est leur passage à l'hôpital qui atteste de l'existence de leurs troubles. La maladie est aussi située dans le temps. Elle est réduite, quand cela est possible, à un « moment » bien précis dans les histoires de vie. Ce moment est celui du basculement dans la confusion, dans le délire, l'hallucination, la dépression. Il surgit comme une rupture particulièrement douloureuse et éprouvante qui entraîne un retrait du monde, en général en milieu hospitalier, pour des séjours, parfois répétés, qui vont de plusieurs semaines à plusieurs années. Marc (30 ans) explique qu'il est « *tombé dedans* » {la folie} et qu'il a vécu « *un cauchemar éveillé* ». Michel (51 ans) parle de « *plongeon* », Robert (52 ans) de « *décrépitude totale, dépression, plus rien du tout* » Juliette (37 ans) de grosse déprime dans la quelle elle est tombée : « *J'ai failli mourir et tout* ». Annick (26 ans) voit dans ses hospitalisations successives des « *chutes et des rechutes* » et « *l'isolement, l'isolement avec les parents, la coupure avec le monde, l'interdiction de sortir ou de téléphoner* ». Tous les efforts consistent alors - du moins pour ceux qui entendent se réinsérer socialement et professionnellement - à tenter de « mettre la maladie à distance » c'est-à-dire à renvoyer ce moment d'envahissement du sujet par la maladie le plus loin possible de soi. Cette mise à distance de la maladie prend des chemins divers. Nous avons pu en identifier trois principaux dans notre corpus : la mise à distance par objectivation de la maladie, par dénégation de la pathologie et enfin par le renvoi de la maladie au passé et à un lointain souvenir.

Objectivation

La maladie mentale affecte en effet la subjectivité de l'individu qui en est atteint. L'état de confusion, le délire ou la dépression rendent en effet très aléatoire le contrôle de la maladie par le sujet. « *J'étais pas moi-même* » explique Fatima (30ans) submergée par la maladie. « *Je faisais n'importe quoi, je n'étais plus réellement moi* », dit Christiane (40 ans). « *J'étais inconsciente de moi* » note Pascale dans un témoignage recueilli par un Service d'Education Permanente « Question Santé »¹³. La mise à distance consiste alors d'en faire « une maladie comme une autre », un « objet » séparé de « soi » sur lequel il est possible d'agir, au besoin avec l'aide de la psychiatrie. Dans ce cas, la maladie est toujours présente

¹³ Santé Mentale, Droits des patients, paroles des usagers, Service Education Permanente Question Santé, Bruxelles, 2006.

mais elle est en quelque sorte apprivoisée et régulée grâce à la coopération plus ou moins étroite avec la psychiatrie.

Tel est le cas de Christiane qui est âgée de 40 ans et qui vit avec son fils de 13 ans. Hospitalisé alors qu'elle était en BTS, elle a fait de nombreuses rechutes. Aujourd'hui elle est parvenue à réorganiser sa vie grâce à la psychiatrie qui conforte ses diverses inscriptions sociales. Christiane semble entretenir une relation relativement « pacifiée » à la maladie. Elle explique qu'au cours d'une hospitalisation, un médecin a « *pronostiqué une manico-dépression, c'est-à-dire des périodes manico où j'allais bien, euphorique... et des périodes tout à fait au creux de la vague* ». Ce docteur la suit encore aujourd'hui. Les rendez-vous avec celui-ci rythment l'organisation de sa vie : « *Ce docteur me suit toujours... J'y vais jeudi pour faire ma piqûre... Je l'ai depuis 91...Et actuellement, je rechute régulièrement. J'ai rechuté au mois de septembre, c'était une crise maniaque, et au mois d'avril, c'était une crise de dépression. Alors voilà, ça alterne... Et puis mois, dès que ça ne va pas, je prends la voiture et je vais à l'hôpital. Quand ça ne va pas, j'ai besoin de voir mon docteur et de me reposer une semaine... Je vois mon médecin tous les mois, j'ai une piqûre tous les mois, mais pas importante, de 60 mg. Au début, elle était de 100, pour vous dire l'évolution* ». Christiane gère aussi sa maladie par des prises régulières de médicaments. Elle s'efforce de rester vigilante pour éviter les éventuelles rechutes. « *J'ai des hauts et des bas comme tout le monde. J'ai quand même des médicaments. J'ai un demi XANAX (50) et j'ai un régulateur d'humeur. J'ai des troubles de l'humeur. C'est rare quand je les oublie, mais quand je ne les prends pas à l'heure, ça ne va pas, je le ressens* ».

Cette relation pacifiée avec la maladie lui permet aussi d'organiser sa vie familiale et notamment sa relation avec son fils : « *Il est au courant de ma maladie. Je lui ai un peu expliqué, mais c'est compliqué. Il sait que maman fait de la dépression et qu'elle a besoin de se reposer régulièrement à l'hôpital et qu'elle doit prendre ses médicaments. Il l'accepte bien parce que quand j'ai des sauts d'humeur, comme ça il sait comment réagir... Il ne se met pas en colère. Il accepte, il baisse la télé, je vais dormir et puis voilà* ». Le soutien du reste de sa famille et de son entourage conforte cette domestication de la maladie. « *Mon entourage, en général l'accepte bien. Mes parents les premiers m'ont aidé vraiment superbement. Pour moi, c'est très important, c'est 50 % de la guérison. Mais ça passe quand même par un petit travail socialement* ».

Ainsi Christiane vit quotidiennement avec sa maladie. Mais pour autant, elle entretient un rapport relativement distancié avec elle. D'une certaine façon la maladie lui est extérieure. Elle s'apparente à un « objet » qui s'abat régulièrement sur elle mais avec lequel il va falloir composer : « *Et je sais que je vais la traîner toute ma vie cette maladie, je crois* ». Ce rapport distancié l'amène même à en relativiser la gravité : « *La maladie des nerfs, ce n'est pas pire car il y a le cancer, le sida... On en meurt pas à moins qu'on se suicide* » (rires)

Dénégation

Christiane est un peu un cas à part, du moins parmi les personnes que nous avons rencontrées. La mise à distance de la maladie peut aussi emprunter une autre voie, celle de la dénégalation. Les symptômes ne sont pas nécessairement niés. Ils sont simplement classés au rang d'une disposition naturelle, somme toute très partagée et que tout le monde gère plus ou moins. La mise à distance consiste alors à banaliser aussi bien la maladie que la thérapeutique.

Ainsi Léon (38ans) ne nie pas sa « folie ». Toutefois, celle-ci fait l'objet d'une certaine édulcoration. D'abord parce que, selon lui, cette folie est « douce », et ensuite parce qu'il estime que son origine n'est pas psychique mais environnementale. « *J'suis passé dans la folie douce parce que trop de boulot, trop de stress* ». Le terme de « maladie » est d'ailleurs pour lui un abus de langage, une façon d'aller vite, car il s'agit de bien autre chose. « *Si on peut parler de maladie entre nous, c'est l'anxiété* ». Léon ne nie pas non plus qu'il puisse être confronté à de « *mauvais délires* ». Mais dans la mesure où il parvient à les surmonter, ceux-ci ne relèvent **pas** de la pathologie. Il explique qu'il en sort indemne ce qui n'est pas le cas de certaines personnes qui, elles, sont vraiment malades. « *J'ai déjà fait déjà des mauvais délires mais je sais les gérer et je sais ce que c'est mes délires. Ça peut faire mal à certaines personnes* ». Quant à son affiliation à la psychiatrie, elle ne fait pas de lui un malade. Les rendez-vous périodiques auxquels il se rend n'ont pas le soin pour objet. Ils ont plutôt une fonction préventive et relèvent de la routine. Ainsi, les piqûres mensuelles sont assimilables à des vaccins qui eux aussi nécessitent des piqûres de rappel alors que le sujet concerné n'est pas malade. « *Je suis suivi, j'ai ma piqûre de rappel tous les mois pour m'endormir un peu les neurones... Maintenant je ne suis pas malade. Enfin, je ne me tape pas des mauvais délires. La piqûre elle est utile sans être utile, mais je sais que le mois prochain, elle est baissée parce que le nouveau psychiatre que j'ai, elle me trouve mieux* ». Mais comme nous

pouvons le constater dans cette dernière citation, Léon est malgré tout un peu ambigu au sujet de sa situation. Certes, il confirme qu'il n'est pas malade, mais en même temps que son psychiatre trouve que son état de santé s'améliore...

De façon encore plus claire, Cécile (40ans) considère qu'elle n'est pas malade. Elle est actuellement secrétaire médical dans un hôpital après être passé par Messidor. Elle estime que les diagnostics qui ont été posés sur elle sont en général excessifs. Les mots « syndrome dépressif » qui sont utilisés par les médecins pour désigner sa pathologie ne reflètent pas la réalité. *« Il m'a mis syndrome dépressif. Bon, mais ça... C'est jamais fort »*. En fait, comme tout le monde, elle a sa propre personnalité. *« On a toujours des tendances, quelques chose. C'est surtout ça qu'ils m'ont dit. Il n'y avait pas vraiment de maladie, il n'y avait pas...J'ai jamais vraiment quelque chose de réel, en fait. ... Enfin, je ne veux pas dire qu'il n'ait rien trouvé parce qu'il trouve toujours quelque chose... Mais c'est pas comme les gens qui ont une maladie et qui n'en sortent pas. Une vraie maladie mentale, c'est très handicapant. Donc, ce n'est quand même pas pareil d'avoir juste une tendance ou quelque chose de juste psychologique »*.

Cécile fréquente le milieu de la psychiatrie. Mais pour elle, il s'agit plus d'une démarche volontaire qu'elle mène dans une perspective de développement personnel, qu'une obligation requise par son état de santé. D'ailleurs elle distingue bien d'un côté les psy, et de l'autre les psychanalystes. *« Non, mais moi, ça ne m'intéresse pas de voir les psy parce qu'ils ne m'apportent pas grand-chose. J'ai l'impression de perdre mon temps. La dernière fois que j'ai fait des démarches moi parce que ça m'intéressait, j'ai vu un psychanalyste... Et en fait, ça me plaît bien, c'est une démarche plus personnelle... mais ça ne m'apporte pas grand-chose... Enfin, je pense que ce n'est pas ce que je recherche en fait... D'aller voir les psy, je ne peux pas dire que ça ne m'ait rien apporté... Moi j'essaye plutôt de discuter avec des collègues de travail parce que comme on est tous concerné, des fois on a plus la possibilité de s'expliquer, enfin d'exprimer... Les psy, des fois, enfin moi je trouve, c'est qu'ils sont à côté... Ils ne peuvent pas comprendre où on en est... »*

Une épreuve au passé.

La mise à distance de la maladie n'emprunte pas seulement la voie de l'objectivation ou de la dénégation. Entre ces deux extrêmes, une autre dynamique se profile et qui consiste à renvoyer la maladie au passé et à la situer de façon plus ou moins précise dans une trajectoire de vie.

Ainsi, la maladie est-elle souvent présentée comme une épreuve que l'on a traversée mais dont on est sorti généralement en même temps que l'on a quitté l'hôpital (parfois après plusieurs séjours) ou quelques temps après. Dans ce cadre, la maladie n'est jamais abordée sous l'angle de la maladie chronique¹⁴. Pourtant, une telle mise à distance n'est pas toujours réussie. Et les réussites sont souvent très précaires.

Parmi les personnes que nous avons rencontrées, une seule semble avoir véritablement réussi cette entreprise de distanciation historique. Pour Michel (51 ans), le moment de la maladie est bien identifié avec une entrée dans la crise puis au bout d'une hospitalisation de 7 mois, un passage à l'hôpital de jour et enfin au Lift, une sortie de crise qui marque pratiquement la fin de la maladie.

Michel qui précise qu'il « *n'était pas une personne à avoir des problèmes de santé* » s'engage subitement, suite à son divorce puis un licenciement, dans une phase relativement longue de dépression. Le basculement est brutal. « *J'ai été séparé il y a trois ans et demi, je suis resté plusieurs mois sans problèmes, et puis boum. J'ai eu des problèmes de santé... J'ai eu une déprime quoi, et j'ai eu une dépression et suite à ça j'ai été hospitalisé. Au pavillon 52 j'ai fait une dépression sévère* ». Michel insiste sur le caractère soudain de la maladie. Ses problèmes familiaux puis professionnels expliquent son « plongeon ». « *J'ai été licencié, parce que suite à ma séparation, je n'avais plus de résultats terribles, donc j'ai été licencié. Dans les trois mois qui ont suivi, je n'avais plus la tête au boulot. Je suis alors resté deux ou trois mois sans travailler et puis j'ai plongé* ». L'entrée dans la maladie et à l'hôpital est marquée par une tentative de suicide. « *J'avais des tendances suicidaires. J'ai même fait une bêtise, c'est pour ça que j'ai été hospitalisé* ». Mais ce moment précis n'est plus présent aujourd'hui dans sa mémoire. « *Je n'en ai plus aucun souvenir* » ajoute-t-il.

Pour Michel la sortie de crise est tout aussi subite. Mais alors que le basculement dans la dépression fait l'objet d'une explication rationnelle, la fin de cet épisode demeure

¹⁴ Comme cela peut-être le cas lorsque la maladie est objectivée au présent.

inexpliquée. Le retour à l'état normal procède du « déclic » : « *Et puis au bout de 15 jours, j'ai eu un déclic, et même mon médecin il n'a pas compris pourquoi* ».

Cette maladie est une parenthèse dont Michel est parvenu à tirer un certain profit. Celui-ci estime en effet que sa qualité de vie est aujourd'hui bien meilleure à celle qu'il avait antérieurement. La maladie lui a même donné l'occasion de réviser l'organisation de son existence. « *Ma vie maintenant, elle est plus équilibrée qu'avant. J'ai moins d'angoisses. Peut-être je me suis libéré de problèmes qui m'angoissaient. J'avais trois enfants et j'étais sous presse, j'avais des problèmes de couples* ».

La maladie est maintenant totalement mise à distance. Michel considère en effet qu'il est guéri. Il n'est plus suivi en psychiatrie et ne prend plus de médicaments. « *Maintenant je n'ai plus du tout de médicaments, ça m'a changé, je vois plus les choses pareil, je suis plus à l'aise avec les gens, c'est mieux* ». Michel va même d'ailleurs jusqu'à douter du caractère pathologique de sa dépression. « *Bof... oui c'était une maladie, moi on m'avait dit que c'était suite à un petit choc émotionnel, je suis pas un dépressif quoi, et là, j'ai eu un coup de barre. Je savais que j'en sortirai, mais c'était dur quoi...* ». Et ce qui est sûr, c'est que cet épisode n'est pas présent aujourd'hui dans sa vie. Il n'est plus qu'un lointain souvenir qui ne risque pas de se reproduire. « *Non, je n'ai pas peur que ça revienne. On verra... C'est pas présent dans ma vie. Mais des fois j'ai des souvenirs précis, surtout de mon hospitalisation. Il y a eu des moments très durs, très difficiles et je me souviens des idées noires, des moments de déprime profonde. J'y pense mais je passe à autre chose* ».

La tentative d'inscrire la maladie dans un moment particulier de l'histoire de vie des individus n'est pas toujours couronnée de succès. Délimiter la maladie, lui donner forme n'est pas une entreprise aisée. Les risques de débordement sont toujours présents.

Comme Michel, Robert (52 ans) tente de dresser les contours de sa maladie. Celle-ci commence pour lui par une « *descente aux enfers* » qui le conduit directement à la tentative de suicide puis à l'hôpital. « *En 87, c'était fini, je reste enfermé dans ma chambre, je ne sors pas dehors, je prends rien... et un jour je suis allé prendre des cachets de mon frère qui est diabétique, des cachets psychologiques* ». Il reste près de 6 mois à l'hôpital psychiatrique. « *C'est encore plus décourageant, c'est épouvantable, c'est pas pour les singes mais ... il y a*

des barreaux de partout, c'est de l'enfermement, on sait où on est ». Toutefois, ce moment paroxystique est précédé d'un suivi médical au long cours. Dès son plus jeune âge en effet, Robert est pris en charge sur un mode ambulatoire par la psychiatrie. Mais, Robert évoque simplement « *l'instabilité* » dans laquelle il se trouve à ce moment-là. Il impute celle-ci principalement à son milieu familial, « *la mauvaise ambiance familiale* » qui l'empêche de travailler chez lui. Son père boit. Sa mère est toute entière absorbée par son frère qui est handicapé. Toute la journée il est dérangé par le bruit, la télévision, la radio, la machine à coudre. Il fuit chez sa grand-mère, se bat avec son oncle quand celui-ci, interné en hôpital psychiatrique a une permission... Il arrête l'école, prend des somnifères, des tranquillisants, se rend une fois à l'hôpital psychiatrique pour passer un électroencéphalogramme. Mais à aucun moment, Robert ne considère cette instabilité comme le signe d'une pathologie. Pour lui, il n'y a pas de continuité entre ce long moment de sa vie et sa « descente aux enfers ». Ses hospitalisations successives restent une parenthèse : « *J'ai un trou de 10 ans dans ma vie* ».

Contrairement à Michel, Robert ne se rétablit pas à sa sortie de l'hôpital. Il est suivi dans le cadre du CMP, en particulier par l'infirmier et par l'assistante sociale. Il hésite longuement avant de se rendre à ORSAC car il ne peut pas s'identifier aux gens qui y travaillent. « *On sait qui sont les personnes qui sont là-dedans* ». Il finit par entrer dans un atelier protégé, mais il ne veut pas y rester car « *on sait qu'on est tous malades dans cet atelier protégé* ». Or, Robert cherche à changer de trajectoire. Il veut rompre avec ce passé car, selon lui, c'est son parcours psychiatrique qui lui ferme les portes et qui l'empêche d'accéder à une vie normale. Il arrête d'aller voir son psychiatre et cesse de prendre tout médicament. Il ne se sent plus malade. « *C'est la joie, je suis guéri, tout le monde le sait* ». Sa maladie est enfin mise à distance, même si certains signes peuvent encore l'inquiéter. Un collègue de travail lui fait remarquer « *qu'il devrait aller se faire soigner, prendre des médicaments pour les nerfs* ». Certes il se sent guéri « *sauf ma famille qui ne va pas bien, mon frère qui est handicapé, les différences culturelles que j'ai avec eux* ». Robert s'efforce de ne pas voir dans ces quelques indices le précurseur de ce qu'il a déjà vécu dans le passé et qu'il nomme « *la descente aux enfers* ».

Juliette (37 ans) évoque les mêmes craintes que Robert. Toxicomane et en même temps anorexique, elle a fait un long séjour à l'hôpital après avoir frôlé la mort. Son passage à l'hôpital a duré deux ans et demi après quoi elle travailla 5 ans à Messidor, puis en atelier protégé. Elle est maintenant en milieu ordinaire. Elle insiste sur le fait qu'elle est maintenant

« tout à fait normale, comme tout le monde ». Certes, elle voit encore un psychiatre, « mais de moins en moins, parce que c'est fini la toxicomanie... Si je veux je pourrais ne plus le voir, il me l'a dit ». La maladie relève maintenant du passé. « J'suis complètement guérie de cette maladie ». Cela dit, elle ne parvient pas encore à se libérer de la souffrance. « La souffrance ou les choses que j'ai vécues par la toxicomanie, c'est toujours là... et je fais quelque fois des petites dépressions et puis des pertes de poids aussi, ça m'arrive... Parce que je suis assez fragile, je suis toujours mince... Je croyais que le passé on pouvait l'oublier, mais ça revient tout le temps... Il y a plein de passé qui revient de toute ma vie ». Or les occasions de revenir sur ce passé sont fréquentes. Certes Juliette est définitivement sortie du monde de l'hôpital. Toutefois, elle ne sort jamais indemne d'une fréquentation de cette institution, aussi courte soit-elle. « Maintenant à l'hôpital, quand j'y retourne pour voir mon psychiatre, j'ai hyper peur d'y aller alors qu'avant c'était comme si j'habitais là-bas, c'était ma maison. Maintenant, je vois des gens, ça fait 10 ans qu'ils y sont... Ca fait trop longtemps... Moi ça fait 10 ans que je suis sortie de l'hôpital et ils sont toujours là, avec leurs cachets, ça fait un peu zombie comme on dit... et ça me fait peur. Je n'aime pas trop voir ça alors qu'avant, j'étais tout à fait à ma place. »

Les tentatives de renvoyer la maladie au passé et surtout à un moment précis de sa propre biographie est donc une entreprise délicate. La maladie ne « tient » pas toujours entre les murs de l'hôpital. Elle est « insidieuse » comme le dit Marc (30 ans) et se manifeste aussi de façon « rampante ». D'autant que, selon plusieurs personnes rencontrées, les médecins insistent généralement assez peu sur la nature de la maladie en question. Ainsi pour Marc (30 ans), « les psychiatres, ils aiment pas donner des étiquettes... Le mot schizophrène, c'est moi qui l'ai trouvé tout seul, sur internet, sur des documents, sur des magazines, les notifications des médicaments. J'ai fait des recherches. Je ne connaissais pas ce terme avant. Le mot psychiatrie, je ne savais pas ce que cela voulait dire »¹⁵. La mise à distance de la maladie est une aspiration forte qui est plus ou moins découragée par le fait que la maladie n'est pas réellement identifiée par les malades. Elle est une expérience à la fois forte et diffuse que l'on cherche à ne pas revivre mais qu'il est difficile de circonscrire et de contenir dans un lointain

¹⁵ Même situation pour Gilbert (30 ans) :

Question : Vous savez ce qu'est votre maladie ?

Gilbert : euh...euh...euh...j'en ai jamais vraiment parlé...une psychose, c'est tout ce qui m'a été dit, ce que le psychiatre m'a dit

Question : Vous connaissiez le terme auparavant

Gilbert : Non, je l'ai lu dans le dictionnaire pour savoir ce que c'était, renfermement sur soi-même, périodes de doutes suicidaires... qui ont passé... je dirai maintenant, j'ai passé... j'ai toujours des petites périodes de doute...

passé. Marc (30 ans) pense avoir eu la chance, à l'époque « d'accepter sa maladie ». *« Je l'ai accepté vite parce que l'infirmière m'a fait comprendre qu'il fallait que j'accepte, justement parce qu'elle connaissait beaucoup de patients qui n'acceptaient pas... et puis moi, j'ai eu de la chance, parce que comme j'avais fait un cauchemar éveillé, je voulais surtout pas que ça revienne, j'en avais une trouille bleue, l'épée de Damoclès, avec une peur, une terreur de retourner à l'hôpital »*. Puis il parle du parcours qu'il a mené depuis son hospitalisation comme *« une nouvelle naissance »*. Il pense aujourd'hui en être sorti. Mais malheureusement *« On croit que c'est fini, mais non ça nous suit comme un boulet »* dit Marc (30 ans).

1.2. Le rapport au handicap.

A l'exception de Christiane (40 ans) qui semble vivre « en bonne intelligence » avec sa maladie en la maîtrisant grâce à son affiliation à la psychiatrie, les autres personnes de notre échantillon semblent souvent en difficulté avec elle. La mise à distance à laquelle chacun aspire est toujours plus ou moins fragile. A des degrés divers, la menace d'un retour de la maladie est toujours présente. Or le handicap semble générer les mêmes hésitations.

Le handicap en effet est vécu par la plupart 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 semble très problématique.

La déficience

Nous avons vu qu'à une exception près, les personnes que nous avons rencontrées cherchaient 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 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.* »

Les 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 elle le voit de moins en moins régulièrement. Elle le voit une fois par mois, mais elle ajoute qu'elle ne l'a pas vu depuis 6 mois. 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. Ils sont plutôt l'exception ceux qui, comme Marc (30 ans) considèrent leur déficience comme un handicap. « *Moi, mon handicap, c'est la fatigue et la lenteur... Et quand on ne comprend pas on n'essaye pas de parler, et socialement on est en retrait. C'est pas une mauvaise volonté de notre part. Mais quand on est mal dans sa peau, on ne voit pas comment on pourrait aller vers les autres* ». Plus

souvent, 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...* »

Le statut

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. Il permet à ceux qui sont reconnus handicapés de bénéficier d'un certain nombre d'aides (AAH, RQTH, formation, aménagements de postes etc.) et d'investir des rôles sociaux dont ils étaient dispensés en tant que malades. Ainsi, par les avantages qu'il est censé procurer, le handicap 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. Il fait passer d'une certaine manière 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, CMP). 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 MDPH¹⁶ 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

¹⁶ Maisons Départementales des Personnes Handicapées, instituées par la loi du 11 février 2005.

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. Quand les ambulanciers, ils transportent un cardiaque, une personne amputée, ce sont des malades. Ils transportent un psy, et bien ce n'est pas un malade... Il y a que les psy qui sont considérés comme ça...Moi qui est vécu ça, ça me fait mal. Ça m'énerve aussi un peu. Moi, des fois je leur dis, on ne sait pas, des fois vous pouvez plonger comme eux. On peut se retrouver comme ça du jour au lendemain. Il y aurait des choses pour changer le regard des gens ».*

Yannick (28 ans) fait une démarche pour être reconnu travailleur handicapé. Il obtient cette reconnaissance, mais vit très mal sa nouvelle situation : *« Et 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 ».*

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 dû se résoudre à demander une reconnaissance de RQTH pour entrer à Messidor d'abord en CAT (ESAT) puis en atelier protégé (Entreprise adaptée). 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... J'avais beaucoup de haine. Et voilà, je m'en suis sortie grâce aux autres... Après ça a été grâce à moi parce que j'ai évolué. Mais j'ai toujours eu de l'aide. Sans aide je serais morte... On est obligé d'avoir de l'aide »*.

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 à Messidor, 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. Mais je n'avais pas grand-chose, je n'avais rien... Je n'avais pas quelque chose de très précis... Mais c'est vrai qu'on peut mettre n'importe quoi pour aider... »*. 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. Il m'a dit « je vous connais, vous y avez droit »... mais je n'y avais pas plus droit à ce moment là... 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.

II. LIMINALITE ET INSERTION PROFESSIONNELLE.

Les individus qui se présentent sur le marché du travail après avoir traversé des périodes plus ou moins longues de troubles psychiques paraissent arriver enfin au terme d'un parcours. Certains ont commencé par basculer subitement dans la maladie et ont été pris en charge selon des durées variables dans des établissements spécialisés ; d'autres, au contraire, sont entrés dans la maladie de façon rampante et ont en général fini, eux-aussi, par être hospitalisés. Puis, au terme de crises plus ou moins durables, ils sont sortis de l'hôpital tout en restant suivis, de près ou de loin, par la psychiatrie. Une fois leur pathologie stabilisée, ils se sont inscrits dans des procédures de réhabilitation sociale. Généralement (mais pas toujours) titulaires d'un nouveau statut - celui de travailleur handicapé - certains d'entre eux ont participé à des formations, d'autres ont transité, parfois plusieurs années, dans le milieu protégé ou bien encore dans des entreprises intermédiaires. Bien entendu, le plus souvent le

parcours n'est pas aussi linéaire que nous le décrivons ici. Les régressions, les rechutes, les stagnations dans telle ou telle étape ponctuent tous les parcours. Mais, le moment de la recherche d'un emploi paraît être, non point une issue, mais au moins un accès à un stade supérieur du parcours.

Or, force est de constater qu'un tel schéma ne correspond que très exceptionnellement au vécu des personnes que nous avons rencontrées quand bien même celles-ci le suivent. La plupart d'entre elles expriment en effet l'existence d'un certain déphasage entre les statuts qui sont indexés à ces parcours et ceux qu'elles investissent effectivement. Certaines, pourtant hospitalisées ou suivies en psychiatrie, récusent leur statut de malade. D'autres déclinent le statut d'handicapé et préfèrent encore celui de malade. D'autres encore, refusent les deux, tout en étant installées dans les deux filières etc. Bref, les combinaisons semblent pouvoir se décliner à l'infini, d'autant que les attitudes peuvent largement évoluer au fil du temps. Mais ce que l'on peut retenir, c'est que les passages d'un statut à un autre ne s'effectuent pas de façon très nette. Ils s'étirent en général dans la (longue) durée. Pour désigner ce temps de passage qui n'en finit pas, nous proposons d'utiliser le terme de « liminalité ». Plusieurs sociologues et anthropologues ont déjà utilisé cette notion pour caractériser la position sociale des personnes handicapées¹⁷. Ainsi, Charles Gardou estime que l'état de suspension sociale, c'est-à-dire de liminalité, qui ne dure qu'un moment dans les rites de passages, devient permanent chez les personnes atteintes de déficiences. Celles-ci occupent une position indéterminée : elles ne sont ni tout-à-fait dehors car il existe de nombreux dispositifs destinés à éviter leur exclusion, ni tout-à-fait dedans, car, en raison de leur déficience, elles ne sont pas traitées comme tout le monde. Pour Marcel Calvez, l'individu touché par un handicap « *flotte dans les interstices de la structure sociale* ».

Si les personnes handicapées sont indéfiniment confrontées à des situations de seuil, il semble que celles qui sont atteintes troubles psychiques le sont plus clairement encore. En effet, leur problème n'est pas seulement celui de la peur sociale que génère leur handicap, mais aussi celui de leur propre rapport à une déficience qui prend la forme relativement

¹⁷ Voir notamment, Van Gennep (A.), *Les rites de passage. Etude systématique des rites*, Paris, Picard. ; Turner (V.), *Le phénomène rituel. Structure et contre-structure*, Paris PUF. Coll. Ethnologie, 1990 ; Calvez (M.), Le handicap comme situation de seuil : éléments pour une sociologie de la liminalité, in *Sciences Sociales et Santé*, Vol. XII, n° 1, mars 1994 ; Murphy (R.) et alii, Physical disability and social liminality : a study in the rituals of adversity, in *Social Science and Medicine*, 1989 ; Stiker (H.J.), *Corps infirmes et sociétés*, Aubier, Paris, 1982 ; Gardou (C.) *Fragments sur le handicap et la vulnérabilité : pour une révolutionnée la pensée et de l'action*, 2005, Coll. Erès.

« indéterminée » du trouble. Ainsi que nous venons de le voir, les personnes qui ont été touchées par la maladie mentale sont en situation de flottaison entre plusieurs statuts en grande partie parce que les contours de leurs troubles ne sont pas clairement tracés. Ainsi, pour parler de sa maladie, Cécile (40 ans) parle plutôt de « *quelque chose* » qui est proche de l'immatériel : « *J'ai jamais eu vraiment quelque chose de réel, en fait* » dit-elle. L'incertitude touche alors aussi bien la maladie, le handicap que la guérison ou la normalité. A partir de là, c'est la question de l'identité et de la production de soi qui est posée. La situation de liminalité rend problématique en effet les processus identitaires. Faute d'étayage stabilisé, les personnes qui évoluent dans un espace liminal, ont en effet du mal à trouver les appuis nécessaires à la construction de soi et à s'inscrire dans des démarches projectives. Tantôt ces appuis sont activement recherchés puis, sans raison apparente, subitement rejetés. Les relations (avec la psychiatrie, la famille etc.) sont un moment très étroites, proches de la dépendance, puis, de la même manière, rompues. Les projets ambitieux alternent avec des périodes de renoncement et de retrait. La liminalité rend particulièrement incertaine la mobilisation de soi, dans la mesure où c'est précisément le « soi » qui n'est pas assuré ou qui est altéré.

On peut alors s'interroger sur les conséquences de la liminalité sur les rôles sociaux qu'entendent jouer les personnes qui ont été atteintes de troubles psychiques. Notamment, on peut se demander comment cette situation de liminalité est vécue par les intéressés dans le monde du travail. Ceci afin d'éclairer quelles sont les mesures de soutien et donc de « compensation » qu'il est possible d'envisager pour conforter les personnes handicapées psychiques dans leur trajectoires d'insertion professionnelles.

2.1. Le travail comme projet

Les personnes que nous avons interrogées cherchent pratiquement toutes à s'inscrire dans un projet professionnel. Certaines travaillent déjà, d'autres sont à la recherche d'un emploi ou encore sont en formation. Elles accordent à priori une certaine valeur au travail ce qui n'est évidemment pas le cas de tous les malades mentaux, y compris de ceux qui bénéficient d'une RQTH. Ainsi, Andrée (50 ans) évoque le calvaire qu'a représenté son (bref) parcours professionnel, y compris lorsqu'elle est passée par le milieu protégé. « *Ils me disaient toujours d'aller travailler, mais moi, je ne voulais jamais...* ». Elle explique que le travail lui a toujours été insupportable, précisément en raison de sa maladie : « *Ca me*

stressait, je supportais pas le travail, le rapport dur avec les gens, même maintenant c'est pareil, y a toujours une personne qui veut commander... Moi je supporte pas ça, je supporte personne, j'étais obligée de me mettre en assurance maladie... J'ai travaillé jusqu'à 29 ans, à l'hôpital, en intérim, à l'usine où un médecin m'a mis en invalidité ». Elle doit même résister aux diverses incitations qui lui sont faites : « J'ai toujours été à 80 %, ils voulaient que je travaille et j'ai jamais travaillé ; moi, je vais vous dire Monsieur, j'avais une pension d'invalidité, et ils me disaient d'aller travailler en milieu protégé, et j'ai jamais voulu y aller, si bien qu'ils m'ont mise inapte au travail ».

Mais contrairement à Andrée¹⁸, les personnes que nous avons interrogées voient dans le travail une modalité de réinsertion sociale. Marc (30 ans) n'aurait jamais supporté l'image négative que renvoie l'incapacité. Suite à son hospitalisation, il n'a pas travaillé pendant un an et s'est fait à l'idée qu'il ne travaillerait plus. Mais au bout d'un certain temps il s'est vu « *fumer des cigarettes et regarder la TV* » toute sa vie. « *Je voulais savoir si j'étais encore capable de tenir un travail encore maintenant... J'avais un ami qui se laissait aller et qui fumait des cigarettes toute la journée sans rien faire, et je me suis vu comme ça* ». Une telle vision lui est devenue insupportable. Il s'est à nouveau mobilisé et a fini par trouver un travail en milieu protégé, dans une imprimerie. L'expérience n'a pas duré bien longtemps, mais elle a été le point de départ d'un nouvel itinéraire et surtout d'un autre projet identitaire. Le travail en effet offre une possibilité de changement de statut. Pour Marc, le monde professionnel force le malade à se séparer de sa maladie : « *En tant que patient, on a tellement l'habitude de parler de sa maladie en premier qu'on oublie le travail. Ça nous ramène à la réalité* ».

Juliette (37 ans) est plus prosaïque. L'emploi est d'abord perçu par elle comme une obligation à laquelle les gens sont ordinairement soumis. L'insertion professionnelle permet ainsi d'assurer d'autres rôles sociaux, comme celui de parent : « *J'espère que je vais trouver un travail parce que sans travail, j'ai l'impression de ne pas vivre... C'est pas que j'aime travailler, loin de là... Mais comme je suis dans l'obligation... Je suis une femme seule avec un enfant, voilà, je suis obligée, je n'ai pas le choix* ». Le travail est aussi le moyen de tisser de nouvelles relations sociales. La maladie a conduit à un retrait social sur lequel il est difficile de revenir. Or, Juliette reconnaît que sans travail il n'y aurait aucune occasion de rencontre. Le travail favorise donc la relation sociale : « *Sans travail, je n'aurais pas*

¹⁸ Qui fait partie des personnes que nous avons rencontrées sans le « filtrage » des structures de formation et d'insertion.

l'occasion de rencontrer qui que ce soit. En plus je n'ai pas l'envie de sortir dehors... Si je dois sortir, je ne dois pas sortir toute seule parce qu'il m'arrive toujours des galères dehors ». Christiane (40 ans) est aussi claire : « Pour moi, c'est important de travailler, socialement et financièrement bien sûr... Parce que là, mon boulot, ça va me rallonger les ASSEDIC, mais ça ne suffira pas ». Cécile (40 ans) reconnaît aussi que le travail est une obligation. Mais une obligation salvatrice car la liberté est trop difficile à vivre quand elle est synonyme de solitude : « Ce n'est pas évident de ne pas travailler, parce qu'on est face à soi, on est libre... C'est hyper dur la liberté... Quand on a toute une semaine, toute une journée à occuper... Mais moi j'étais motivée et on m'a soutenu dans ma motivation de faire autre chose ». Il en va de même pour Yannick (28 ans) qui dans un premier temps jouit de son temps libre. Mais pas pour longtemps : « Au début, c'est bien, mais après quand on ne travaille pas ben c'est plus difficile que quand on travaille. On n'a rien à faire... On pense à des choses... On boit des cafés dans des terrasses. Un soir pendant le chômage, je commençais à avoir des angoisses pour l'avenir, pour faire quelque chose. Dès le lendemain, je me suis réveillé tôt, je suis allé à l'ANPE... Et puis j'ai fait plein de démarches, j'ai cherché des formations... »

Le travail peut faire « sortir de la maladie » comme le dit Marc (30 ans). Il est aussi crédité d'une certaine vertu thérapeutique. René (40 ans) estime que c'est surtout le travail qui lui permet de dépasser ses problèmes. « Donc, c'est vrai que ça permet de surmonter mes problèmes quand je travaille... J'oublie vraiment tout ». Ce que confirme aussi Annick (26 ans) qui travaille à mi-temps depuis 6 mois comme couturière dans une entreprise d'insertion : « Ca me fait du bien de travailler, ça m'aide beaucoup ».

Finalement, le travail procure une identité différente de celle qui est liée à la maladie ou au handicap. Travailler c'est pouvoir accéder aux signes de la normalité. Josette (40 ans) est claire sur ce point, bien qu'elle soit en milieu protégé. Mais Messidor lui donne toutes les apparences du « vrai » travail contrairement à bien des petits boulots : « Messidor a joué un rôle important parce que je n'arrivais pas à trouver de boulot... et puis garder des enfants ça va un moment mais bon... là, j'avais un vrai travail, je me sentais vivre comme quelqu'un de normal... Ca n'était pas un petit travail comme garder des enfants ou des trucs comme ça ». Par contre un travail qui n'est pas à la hauteur d'un « vrai » travail devient problématique. Marc (30 ans) estime que qu'il reste encore en marge en travaillant aux Jardins du Cœur : « Oui ce travail au Jardin du Cœur, c'était un travail, mais c'était pas un vrai travail. C'est

une période un peu floue pour moi ». L'identité par le travail, c'est ce que regrette Andrée finalement. Nous avons vu qu'Andrée trouvait le travail insupportable et qu'elle ne voulait plus travailler. Mais elle sait qu'elle est disqualifiée aux yeux de certains en raison de son absence d'emploi : *« Je sais que pour certains hommes je suis pas assez bien, que je travaille pas, que je suis pas assez... »*

2.2. L'expérience du travail

Mais en dépit de la valeur qui est accordée au travail et malgré les projets formulés, l'insertion professionnelle ne met pas vraiment un terme à la liminalité. D'une part en raison des identités mal assurées des personnes handicapées psychiques et d'autre part, en raison du regard social qui est porté sur ce type de handicap dans le milieu de travail. Même si elles parviennent à trouver une place dans l'entreprise, cette place est toujours plus ou moins mal définie.

Le temps de la transition

Il faut dire que les personnes qui ont transité par l'hôpital puis par des suivis psychiatriques plus ou moins longs se sentent affaiblis pour oser conquérir une place dans le monde du travail. Pour E. Goffman, l'hôpital est une institution « totale » qui prend en charge tous les besoins des patients et qui réduit les différents rôles sociaux de la personne à celui de malade mental. A la sortie de l'hôpital, tout le travail des structures psychiatriques ou sociales consiste à soutenir les personnes dans le réinvestissement de leurs rôles sociaux. Mais c'est ce cheminement qui est long, difficile et problématique. Marc (30 ans) reconnaît cette très grande fragilité sociale : *« Quant on est descendu à zéro et qu'il faut se reconstruire petit à petit, on ne se sent plus aussi fort qu'avant. On a moins d'assurance par rapport à des gens que vous pouvez connaître et qui sont sûrs d'eux. On se sent vachement amoindri, on se sent affaibli »*. Un certain temps est donc nécessaire pour parvenir à reprendre confiance en soi et surtout pour retrouver ses repères. Gilbert (30 ans) est très marqué par son passage à l'hôpital. Sa réinsertion est forcément longue car il lui faut un peu de temps pour se laisser vivre : *« A la sortie de l'hôpital, je me suis laissé un peu vivre. J'avais besoin de reprendre mes marques et de me réinsérer dans une vie normale, parce que l'hospitalisation m'avait pas mal abîmé.*

Je me suis retrouvé avec des gens en grande difficulté morale et psychique... Ca a pas été simple de me réinsérer, j'étais complètement perdu, j'avais peur de me déplacer dans la rue, j'avais des phobies, j'étais pas bien, vraiment pas bien. Il m'a fallu 6 mois pour reprendre mes marques et me relancer sur le plan professionnel et psychique ».

Manifestement, pour beaucoup, le travail protégé ou les structures d'insertion aident à faire le passage entre le monde de la maladie et celui du travail. Ces institutions permettent de remettre les personnes à niveau, de définir quelques des repères et finalement de donner une certaine confiance en soi. Ainsi Abdel (40 ans) compare le Lift à un « système » particulièrement bien fait : *« Moi, la vie ça ne comptait plus, plus rien ne comptait. Et là-bas, ils vous remettent en confiance, ils nous parlent, ils savent nous prendre, ils comprennent notre cas... Il y a une équipe qui fait un peu tout. Il y en a un qui s'occupe de la remise à niveau, un qui dialogue, la relaxation... C'est bien fait leur système ».* Abdel compare l'activité du Lift à une opération de sauvetage : *« Chacun parle de ses problèmes, on fait une thérapie... Ils nous ramènent un peu vers la terre, parce qu'on était au large ».* Pour Josette (40 ans) Messidor lui a permis d'effectuer une certaine transition vers la normalité. Pour elle, la redécouverte des repères perdus a été essentiel : *« Messidor a joué un rôle important parce que je n'arrivais pas à trouver de boulot (...) là j'avais un vrai travail, je me sentais comme quelqu'un de normal (...) Ils m'ont aidé à être à l'heure, à avancer plus loin, à avoir confiance en moi... Ca aide de trouver un rythme... Il faut y aller, il y a des horaires... des contraintes comme dans un vrai travail... Ca aide à reprendre confiance en soi-même ».* Josette estime que Messidor est un véritable tremplin vers le travail. *« Messidor est un tremplin formidable pour ceux qui sont malades. Ils m'ont aidé à me remettre dans le travail. C'est un intermédiaire entre l'hôpital et le milieu ordinaire. Bien que Messidor, ce soit dur, ça m'a aidé parce que de fin 91 à 96, il n'y a rien sur mon CV et si je n'avais pas Messidor ... ».* Marc (30 ans) fait un lapsus intéressant concernant la structure d'insertion par laquelle il est passé : *« Ce qui est important, c'est cet entourage familial de ORSAC, euh... cet entourage amical, de nouvelles connaissances et puis j'ai rencontré des amis qui m'ont soutenus pendant deux ans. Après ça c'est défait ».*

Mais les structures de transition restent un monde un peu à part même si, comme le rappelle Josette, le secteur protégé comme Messidor ne rend pas le travail forcément facile. Malgré tout, les conditions de travail en ESAT ne sont pas exactement celles du milieu ordinaire. La confiance en soi acquise pendant la période de transition ne manque pas d'être

fragilisée à l'occasion d'un changement de contexte. Cécile vit difficilement son passage de Messidor au milieu ordinaire : *« Quand j'étais à Messidor, ça se passait bien parce qu'il y avait les conditions de travail, les horaires, il n'y avait aucune heure supplémentaire. Et il y avait le rythme de travail qui était quand même normal. Alors que dans le milieu normal, surtout dans la fonction hospitalière, les conditions de travail sont tellement pourries que de toute façon, même les gens complètement équilibrés, ils ne tiennent pas. C'est la réalité. Il y a ces tensions relationnelles qui sont très fortes... Et le travail n'est pas à prendre à la légère... Et puis il y a le fait d'avoir beaucoup d'heures supplémentaires. En fait, je suis dans un poste où je pointe et je tourne à plus de 40 heures par semaine ».*

La blessure de la disqualification

Les personnes handicapées sont confrontées en premier lieu à l'épreuve récurrente de la disqualification. Au cours de leur parcours d'insertion, celles-ci ont bénéficié de formations puis, après un passage devant la COTOREP, de la reconnaissance de « travailleur ». Sauf que, selon plusieurs d'entre elles, leur qualification (ancienne et/ou nouvelle) n'est pas toujours appréciée à sa juste valeur. Il arrive même qu'il faille minorer une qualification pour espérer s'engager dans la voie professionnelle, trouver un stage ou un emploi. Ainsi, Gilbert (30 ans) est blessé dans son identité lorsqu'il lui est demandé de taire une partie de sa formation scolaire pour pouvoir accéder à un travail et une formation. Il ne voit pas pourquoi sa maladie mentale – qui est un lointain souvenir – continue d'altérer des compétences qui ont été sanctionnées par des diplômes. Si pour l'instant, il accepte, contraint, d'avancer masqué, il indique qu'il cherchera à faire reconnaître tôt ou tard l'ensemble de ses capacités : *« J'ai un CV de Ministre... Ca a posé des problèmes au niveau de Mme... Je lui en ai beaucoup voulu. Il a fallu que j'édulcore très violemment mon CV pour passer au CAVA. Elle l'a édulcoré pour moi. Ca a renoncé à mon passé. Ca a fait mal à mon passé et même vis-à-vis du CRP, il a fallu que j'envoie un CV édulcoré pour éviter de faire peur à ces gens là... mais il est clair que le jour où je démarre la formation là-bas, je vais expliquer mon passé et ce que j'ai fait, parce que le problème c'est qu'il y a peut-être les neuf dixièmes de ma formation que j'ai déjà fait en école de commerce ».* Il supporte aussi difficilement de faire du travail de cartonnage en milieu protégé, occupation qu'il estime ne pas être en adéquation avec son niveau de formation. Il regrette qu'on lui ait imposé cette activité même s'il juge en même temps cette obligation légitime. En effet, il était, à cette époque, trop stressé pour accéder au milieu ordinaire. Il reste que Gilbert se sent une nouvelle fois dévalorisé étant obligé de

côtoyer « *des gens malades, atteints mentalement un peu plus que {lui} alors c'est un peu délicat* ».

Juliette (37 ans) fait contre mauvaise fortune bon cœur. Elle trouve que son nouveau travail ne correspond pas à sa formation. Mais n'ayant pas d'autres choix, elle se résout pour l'instant à ce travail. « *Et puis maintenant (...) je suis employé d'immeuble. Ce qui n'a rien à voir avec ma formation... mais bon, on prend ce qu'on peut, il n'y a pas de sot métier. J'ai une voisine qui est partie à la retraite. Elle m'a dit « si tu veux, je te donne ma place » ... Faire les allées, descendre les poubelles...* ».

Ce processus de dévalorisation n'est pas accepté sans difficulté. Annick (26 ans) qui travaille à mi-temps depuis quelques mois comme couturière dans une entreprise d'insertion considère que la notion de carrière professionnelle n'a plus de sens pour elle. Sa vie est émaillée de nombreux stages, de périodes d'insertions, de séjours à l'hôpital, de chômage. Elle attend aujourd'hui un enfant. Pour autant, elle ne se voit pas mère au foyer. L'emploi est pour elle la meilleure protection contre le retour de sa maladie. Mais, actuellement, peu importe le métier. Annick ne dit pas cela à la légère. Elle estime qu'il lui aura fallu de nombreuses années pour faire le deuil de ses capacités et pour accepter des activités qui ne correspondent pas exactement à ses compétences. Mais la blessure n'est pas totalement refermée.

Aux prises avec l'entreprise

Ce sentiment de ne pas être à sa place ou du moins de ne pas arriver à la trouver s'actualise aussi dans le concret du travail. Là encore, c'est la liminalité, la situation d'entre-deux, qui pose problème. Le statut de travailleur handicapé peut être en effet ignoré. La personne est alors traitée comme n'importe quel salarié. Ou bien au contraire, celle-ci est considérée avant tout comme handicapée et fait l'objet d'un traitement spécifique pouvant aller de la bienveillance à l'exploitation ou la marginalisation. Ainsi, Juliette (37 ans) reproche aux employeurs de ne pas prendre en considération son handicap mais en même temps de profiter de la faiblesse liée à son handicap : « *Ils ne comprennent pas grands chose... Eux, c'est boulot, boulot, boulot... Et que vous soyez handicapé ou pas, ils en prennent pas tellement compte ou sinon, ils en profitent beaucoup. Parce qu'ils ont beaucoup de droits... Ca fait qu'on se sent toujours inférieur parce qu'ils ont des droits et nous on est*

comme des esclaves presque... Moi c'est ce que j'ai ressenti dans mon dernier emploi... Une vraie esclave... Courir entre les caisses, la plonge, la salle, il faut le faire ». Elle rapporte aussi les attitudes d'un autre employeur : « C'est bizarre les relations avec les patrons... Mon patron c'était un profiteur. Il m'a dit : « t'es de la COTOREP, alors t'es capable de tout faire ». Et moi, c'est là que je lui disais « mais je suis à la COTOREP, je suis fragile... ». Pour Josette (40 ans), c'est la bienveillance compassionnelle qui n'est pas supportable car elle est une autre manière de souligner l'anormalité et de mettre le salarié en porte-à-faux : « Les patrons, ils font pas confiance aux handicapés (...) Ils posent toujours la question « ça va ? » et moi ça m'énervait un peu alors je lui ai dit à mon patron d'arrêter de me demander tout le temps si ça allait parce qu'à force de dire...J'étais toujours angoissée, j'allais pas bien après... ».

D'autres personnes parlent du sentiment d'incertitude dans laquelle elles se trouvent. Dans le monde du travail, le statut de handicapé peut offrir certains avantages mais il ne garantit rien. Au fil du temps et pour une même personne, les situations peuvent aussi bien s'améliorer que se détériorer sans que les raisons de l'évolution puissent être mises en évidence. C'est alors au handicap (trop ou insuffisamment reconnu) que les changements sont imputés. D'autant que la prise en compte du handicap ne dépend pas seulement des employeurs. Les autres salariés sont aussi concernés. De leurs attitudes dépend aussi l'insertion des personnes dans l'entreprise. Marc (30 ans) explique ainsi la situation incertaine qu'il a vécu et qui l'a conduit à quitter l'entreprise : « Oui, en fait le patron il avait besoin de main d'œuvre, donc il était ronchon parce qu'il demandait pourquoi un mi-temps. Il avait besoin de main d'œuvre, alors que je sois handicapé ou pas c'était pareil. Le patron, ORSAC lui avait dit avec précaution que j'étais handicapé, qu'il fallait faire attention, qu'il fallait un encadrement... Mais le patron, il n'a rien fait de tout ça... Et puis je suis tombé sur un ouvrier qui m'a miné le moral pendant une semaine, alors j'ai abandonné en cours de route ». Le statut de handicapé ne dispense pas la personne concernée de se mobiliser pour participer au collectif de travail. Là encore rien n'est joué d'avance comme l'explique encore très bien Marc : « Moi, mon handicap c'est la fatigue et la lenteur.... Et quand on ne comprend pas on n'essaye pas de parler et socialement on est un peu en retrait. C'est pas une mauvaise volonté de notre part. Mais comme on est mal dans sa peau, on ne voit pas comment on pourrait aller vers les autres.... Quand les autres vous parlent, on prend ça pour de l'agression, parce que le monde du travail c'est dur... J'ai trouvé ça très dur... ». De même, ce que Yannick (28 ans) trouve le plus difficile dans l'entreprise, « c'est

l'organisation dans l'équipe... Il faut s'insérer... C'est de l'investissement personnel ». Cela dit, le retour sur investissement est loin d'être acquis. Il peut toujours être compromis par le moindre dysfonctionnement, la moindre tension. Pour Yannick, des problèmes de communication dans l'atelier lui rendent la vie impossible. Il ne trouve pas les moyens de se défendre : « Et puis aussi j'avais des problèmes de communication avec le chef d'atelier. Ça c'est quand j'étais électricien. Il y en a un qui m'engueulait parce qu'il y avait un truc que je ne savais pas faire. C'était un mec, un sale type en fait... Il gueulait sur moi parce que je n'allais pas voir les pièces qu'il avait commandées. Pour les chantiers... Il gueulait. Et puis ça m'angoissait. Il m'engueulait, « tu ne sais pas travailler, tu sais pas faire ». C'était de ma faute parce que j'avais tendance à galérer un peu. C'est lui qui m'a demandé de partir parce que j'étais assez lent. J'étais pas coordonné... ».

Cela dit, tous ne se sentent pas dans une situation aussi incertaine. Ainsi Michel (51 ans) tient à déclarer qu'il se sent bien dans son entreprise et qu'il ne se sent aucunement marginalisé. « Dans mon entreprise, je suis un professionnel comme un autre » ajoute-t-il. Il est encore en CDD mais il espère bien au bout d'un an que son contrat sera transformé en CDI. Mais Michel est un peu l'exception. La plupart des personnes que nous avons interrogées estiment leur situation plus ou moins précaire. Comme tout salarié d'ailleurs ils vivent la tension du marché du travail. D'autant que leur qualification est toujours assez faible. Mais, cette précarité est accentuée par le fait que leur handicap peut toujours à tout moment les trahir malgré la protection du statut. Du coup les trajectoires professionnelles sont en général extrêmement segmentées. Soit parce que les contrats sont de courte durée, soit parce que les essais ne sont pas concluants, soit en raison d'incidents dans l'entreprises, soit encore parce que le salarié décide de renoncer, soit encore en raison de problèmes qui n'ont rien à voir avec le travail.

Prenons par exemple le cas de Marc (30 ans). Son itinéraire est si labyrinthique qu'il est difficile de s'y retrouver. Toutefois nous en retraçons une petite partie, car elle met bien en évidence tous les facteurs, professionnels ou non, qui rendent ce parcours particulièrement précaire et incertain. Nous commençons son histoire de quelques mois seulement, au moment où Marc sort de l'hôpital et trouve un premier emploi.

A son retour d'hôpital, Marc trouve en effet un travail chez Manpower pendant 3 semaines. Certains jours sont particulièrement difficiles ; puis, par l'intermédiaire de Addeco,

il entre chez RVI où il reste quelques temps. Il travaille ensuite pendant la période de Noël sur un marché. A la suite de quoi, il se présente à CAP emploi qui lui trouve un emploi dans une messagerie. Il trouve ensuite une formation pour devenir chauffeur routier. Mais il abandonne ce projet après avoir passé une semaine dans une entreprise de transport à plein temps en plein hiver. « *J'ai pas apprécié quoi* ». Il n'a pas tenu longtemps dans cette entreprise en raison des conditions de travail. Il se rend alors chez Interjob, une autre entreprise d'Intérim pour la réinsertion. Il y travaille comme coursier pendant un an à temps partiel. A un moment donné, son chef d'agence le fait passer à plein temps. Mais il ne tient pas le coup en raison d'un changement de médicament. Certes, selon Marc, le nouveau traitement lui permet dans un premier temps de travailler plus longtemps. Les effets secondaires du nouveau produit sont faibles. Il explique qu'il dort moins qu'avant, et qu'il ressent plus d'émotions, de sensations. Il se « *sent pousser des ailes* », dit-il. Mais pas pour longtemps. La fatigue reprend vite le dessus. Il révèle alors son handicap pour demander une réduction de son temps de travail. Mais le chef d'agence met en doute sa parole. « *Apparemment, je donne une bonne image de moi, mais dans le travail, je ne suis pas* ». Marc s'en sort grâce à l'intervention de ORSAC qui explique au chef d'agence qu'il est réellement handicapé. Mais le climat se détériore. Il quitte Interjob et trouve un autre service d'Interim qui lui offre un emploi mais dans une déchetterie. Il refuse ce nouvel emploi en raison de la nature du travail proposé. Il n'a alors plus de travail.

La déstabilisation dans l'emploi peut être causée par des dysfonctionnements sociaux qui n'ont rien à voir avec le monde du travail. Citons par exemple une expérience rapportée par Yann Boulon et Valérie Thoullier¹⁹ :

« (...) dans le cadre du LIFT, nous avons accompagné dans l'emploi une personne. Après une période concluante de 6 mois d'activité, nous nous sommes intéressés à la question du logement. En effet, cette personne vivait en foyer de jeunes travailleurs, dans des conditions qui nous semblaient pas très satisfaisantes (chambre de 9 m², douches sur le palier, salle de repas collective...). Nous avons donc engagé des démarches de recherches de logements qui ont abouti à l'obtention d'un T2 dans un immeuble rénové. Trois mois plus tard, nous sommes interpellés par l'employeur qui nous signale l'abandon de poste, alors que tout se passait bien sur le lieu de travail.

¹⁹ Boulon (Y), Thoullier (V.), Accompagnement et projets éducatifs, troubles psychiques : Réflexions, Novembre 2004, note ronéotée

Quand nous avons, plus tard, reconstitué le fil des événements, il s'est avéré que le changement de logement a été à l'origine de tout. La personne a pu nous dire, après coup, qu'au foyer, étant donné la petitesse de sa chambre, l'absence d'équipements pour faire la cuisine, elle s'obligeait à sortir et donc à voir du monde. Par contre, dans l'appartement qui avait tout le confort et dans un immeuble, sans connaissances, avec des voisins qui n'étaient pas du même milieu, elle s'est peu à peu isolée et a perdu l'équilibre de vie, certes précaire, mais structurant qu'elle avait établi au sein du foyer de jeunes travailleurs. Très conciliante et dynamisée par la perspective, la personne n'a jamais pu nous faire état de ce sentiment tout au long de la mise en œuvre du projet qui a permis l'accès au logement ».

Beaucoup d'itinéraires ressemblent à ceux que nous venons de donner en exemple. A un moment ou un autre de leur trajectoire biographique, les personnes souffrant de troubles psychiques connaissent ce genre d'instabilité. Il faut ajouter cependant que les parcours ne sont pas en permanence ponctués par de telles successions de ruptures. Des périodes de grande stabilité peuvent très bien alterner avec des périodes plus mouvementées. Mais ce qui reste au bout du compte c'est ce sentiment que les itinéraires sont toujours plus ou moins menacés. Menacés par la précarité sociale, professionnelle, affective, mais aussi par la précarité psychique. Tout se passe donc comme si le seuil n'était jamais véritablement franchi...même quand toutes les apparences de la normalité sont là.

2.3. La présentation de soi

Comment, dans ces conditions, les personnes qui vivent ces situations de liminalité se présentent-elles dans l'entreprise ? La question est importante, car, en principe, le statut accordé par la COTOREP est destiné à la fois à soutenir les personnes concernées dans leurs démarches d'insertion et à aider les employeurs éventuels à adapter le travail à la spécificité de la déficience. D'une certaine manière, le statut fait de la déficience une ressource potentielle, sous réserve bien entendu que celle-ci soit mobilisée par les intéressés. Les personnes handicapées savent en général qu'avec un tel statut elles peuvent bénéficier d'un certain nombre d'aides et de protection, que leur poste de travail ou que les horaires de travail peuvent être aménagés. Elles savent aussi qu'elles peuvent espérer un peu plus d'indulgence de la part des supérieurs concernant leurs performances. Nous venons ainsi de voir comment

Marc essayait – en vain il est vrai – de faire valoir son handicap pour revenir à un temps partiel. Certaines doutent pendant longtemps de la réalité d'un tel « privilège ». Les professionnels (psychiatres, travailleurs sociaux...) qui sont en lien avec ces personnes ou bien l'entourage s'efforcent alors de persuader celles-ci de l'opportunité que peut représenter le statut de travailleur handicapé.

S'ils finissent par être convaincus et s'ils entreprennent les démarches nécessaires, les intéressés continuent de penser que le handicap, et en particulier le handicap psychique, fait l'objet d'un regard social très négatif. Dans les représentations sociales, la folie reste encore associée à la dangerosité. Marc (30 ans) termine d'ailleurs son entretien en soulignant qu'il souhaite œuvrer pour la réhabilitation des schizophrènes : *« J'ai écrit à Delarue pour participer à son émission. J'aurais voulu dire que les schizophrènes, c'est pas des psychopathes qui découpent les gens à la tronçonneuse, qu'on peut s'en sortir, on peut se réinsérer et vivre normalement... Un jour si je peux rendre la monnaie de ma pièce, ça me plairait »*. Certains se rendent compte aussi que les troubles psychiques ne déclenchent pas seulement des sentiments de peur mais aussi une certaine suspicion. Le handicap psychique n'est pas visible. Rien ne vient attester la réalité de la déficience. Dans ces conditions, le handicapé psychique peut passer pour un usurpateur ou un profiteur. Nous avons déjà cité ce que racontait Michel à propos de ses collègues de travail qui considèrent les « psy » comme des « malades imaginaires » cherchant à se mettre à la charge de la société. Nous venons de voir que Marc (30 ans) a eu beaucoup de mal à persuader son chef de chantier de son handicap. Pour Robert (52 ans) *« le regard des autres ne dit pas « oh quel malheureux », mais plutôt, « qu'est-ce qu'il a encore fait celui-là ? » »*. Annick (26 ans) se sent mis à l'index par le regard des autres : *« Les gens ne comprennent pas. Ils disent des choses, mais tant qu'ils n'ont pas vécu. Ce manque de compréhension fait mal. Je vois le regard des gens et ça me suffis... »*²⁰

Bref, l'affichage d'une déficience qui ne se voit pas ne va pas de soi. Surtout, si de surcroît, comme nous avons eu l'occasion de le souligner, les personnes qui ont un passé psychiatrique ne se considèrent pas pour autant réellement handicapées. Là encore, les gens

²⁰ Cette suspicion n'est pas propre au monde de l'entreprise bien sûr. Ainsi Christiane (40 ans) est en froid avec sa petite sœur : *« je ne m'entends pas bien avec elle. Elle n'accepte pas bien {ma maladie mentale}. Elle croit un petit peu que je fais de la comédie. Elle n'y croit pas »*. Le curateur et le père de Yves (45 ans) estiment que celui-ci ne travaille pas parce qu'il est « fainéant » : *« Demain, il trouve du boulot s'il veut »*.

qui sont à la recherche d'un emploi sont dans l'hésitation et oscillent souvent entre plusieurs positions.

Pour certains, l'affichage du handicap est une sorte d'obligation quasi-juridique. Ils parlent d'ailleurs de leur statut comme d'une nouvelle identité administrative qui leur a été attribuée de l'extérieur pratiquement sans leur consentement. Ainsi Yanick (28 ans) explique qu'il a vu beaucoup « *d'infirmières, des psychologues* ». Le psychiatre « *qui a rempli le dossier COTOREP a marqué quelque chose sur le dossier. Il n'a pas voulu me dire ce que c'était* ». Gilbert (30 ans) ne sait pas très bien non plus comment il a été reconnu « *travailleur handicapé* ». Il dit qu'il n'a jamais été au contact de la COTOREP et que c'est le médecin ou son référent insertion qui a toujours rempli les dossiers. Quant à Abdel (40 ans) qui est encore en formation et qui commence à peine son parcours d'insertion professionnel, il n'a pas de doute. Il déclarera son handicap car il ne pourra pas faire autrement : « *Quand j'irai chercher un emploi, je serai obligé de dire que je suis RQTH... Et oui, je suis obligé parce qu'on est travailleur handicapé, on peut pas avoir un travail normal parce que après, s'il arrive quelque chose, les assurances vont dire, il est travailleur handicapé, vous n'avez pas le droit de faire travailler là ou là* ».

D'autres ont adopté un temps la même position qu'Abdel. Mais ils se sont alors rendu compte que l'affichage du handicap leur portait finalement préjudice. Marc (30 ans) a commencé par dissimuler son handicap et a été recruté sans problème « *à RVI, partout quoi* ». Il constate que le jour où il a précisé sa situation, sa demande n'a pas eu de suite. « *Pour le libre service je l'avais dit à l'entretien d'embauche et j'ai reçu une lettre comme quoi je n'étais pas apte* ». La plupart préfèrent dissimuler d'une façon ou d'une autre leur statut. Christiane (40 ans) est catégorique : « *Le problème c'est que quand je passe des entretiens, les employeurs disent « vous avez des références ». Mais ces références savent très bien que je suis malade et... je ne dis jamais aux entretiens que je suis malade* ». Elle ne s'étend donc pas sur la structure d'où elle vient lorsqu'un employeur demande des précisions. « *Dans les entretiens, quand on me demande ce que c'est Messidor, je réponds, c'est une boîte qui s'occupe de reprographie et de dactylographie... Je n'en dis pas plus. Mais je n'ose pas dire que c'est une association destinée à aider l'insertion professionnelle des personnes handicapées. Je n'ose pas dire ça parce qu'ils vont dire « ça y est, elle est handicapée, qu'est ce qu'elle vient foutre ici, ce n'est pas pour nous* ». Toutefois ce « mensonge par omission » met Christiane en porte-à-faux. Elle préférerait plus de transparence et « *qu'on enlève les*

tabous » car « si ce n'était pas tabou auprès des employeurs, je le dirais à tous les entretiens. Mais qu'on arrête de dire « les travailleurs handicapés ne sont bons à rien, on va les payer à coup de lance-pierre » non ! ».

Pour certaines personnes, tout se passe comme si la dissimulation du statut était une sorte de manque de loyauté vis-à-vis de l'entreprise, et par conséquent un jeu dangereux pour celui qui serait découvert. Le handicap peut être occulté au moment de l'embauche. Mais au bout d'un certain temps il est difficile de ne pas être trahi soit par des absences répétées soit par des baisses de performances soit tout simplement par la rumeur. Ainsi Marc (30 ans) se sent obligé au bout d'un certain temps de révéler son handicap, non sans avoir constaté au préalable que d'autres collègues de travail étaient dans le même cas que lui et que par conséquent il ne risquait rien. Mais son silence n'a pas été apprécié par l'employeur : *« Je lui ai pas dit tout de suite. Je lui ai dit quand j'ai su que d'autres personnes étaient travailleurs handicapés dans l'entreprise. Ca s'est mal passé au téléphone quand je lui ai dit car il m'a dit que je lui avais caché des choses ... ».* Josette (40 ans) n'a pas trop eu le choix car sa situation a été révélée à l'employeur par la structure d'insertion. Elle aurait préféré plus de discrétion et s'emploie maintenant à cacher son handicap à ses collègues de travail qui pour l'instant *« ne savent rien. Il n'y a que le patron qui sait par Y.V. Mais les patrons ils ne veulent pas embaucher des gens comme nous... Ils préfèrent payer des amendes... Alors il vaut mieux ne pas le dire ».*

Les personnes qui ont des troubles psychiques et qui tentent de s'insérer dans le milieu professionnel sont finalement dans une situation très inconfortable. Elles sont titulaires d'une déficience qui n'est pas visible d'emblée et que parfois, elles ne reconnaissent pas elles-mêmes. Elles sont poussées à rendre public leur handicap car des avantages sont liés à cet affichage, mais elles préféreraient très nettement le taire. Du coup, la plupart adoptent une position intermédiaire ou bien même contradictoire. Abdel (40 ans) a beau annoncer, comme nous venons de le voir, qu'il révélera sa qualification de RQTH lorsqu'il cherchera du travail. Toujours est-il qu'au moment où nous le rencontrons, il est stagiaire dans une entreprise dans laquelle il veille à garder secret son handicap. *« Dans les stages, je ne leur ai pas dit que j'étais RQTH. Je leur ai pas dit que c'était la dépression. Ils n'ont pas à être au courant de toutes les manières ».* Mais, on l'a vu aussi, certains n'assument pas véritablement cette position et vivent alors dans la crainte d'être découvert. Ainsi Michel (51 ans) affirme que personne ne connaît son passé. *« Mon employeur ne sait rien sur mon passé ».* Mais il n'est

pas à l'abri d'une indiscretion car « *il y a des coïncidences, la femme qui fait la compta dans mon entreprise faisait la comptabilité chez Lift* ». Christiane (40 ans) dit qu'elle n'a pas honte de son statut de RQTH, mais elle ajoute : « *à part que dans les entretiens je n'ose pas le dire quand même* ».

Or le fait de garder secrète une information amplifie son importance lorsque celle-ci en vient à être découverte par autrui. D'une certaine manière ceux qui sont affligés de handicaps psychiques vivent plus ou moins en état d'alerte permanent dans la crainte d'être disqualifiés à la fois comme malades mentaux mais aussi comme dissimulateurs. D'autant, qu'ils sont aussi amenés à jouer différents rôles sociaux selon les contextes. Paraître « normal » dans le milieu professionnel, se présenter comme malade mental devant le psychiatre ou le travailleur social, comme handicapé devant la COTOREP pour bénéficier de l'AAH ou d'une formation... Bref, ces personnes se sentent « discréditables »²¹ à plusieurs titres : en raison de leur passé psychiatriques mais aussi en raison du « double-jeu » dans lequel elles se trouvent. Elles sont « discréditables » tant que leur identité sociale réelle n'est pas découverte. Elles risquent le discrédit et peuvent alors être effectivement « discréditées » dès lors que leur cette identité est dévoilée. Bien entendu, elles s'efforcent d'éviter une telle situation. Mais paradoxalement, tous les efforts qu'elles font pour masquer une partie de leur identité sont susceptibles de jouer contre elles et de mettre en scène des conduites suspectes ou étranges. Selon E. Goffman en effet, « l'ensemble du stigmaté et de l'effort accompli pour le dissimuler ou y porter remède se « fixe » en tant que partie de l'identité personnelle ». Finalement, pour mettre un terme à cette situation inconfortable de « faux-semblant »²², certains décident de lever le secret. Ainsi, Juliette (37 ans) tait un moment sa toxicomanie mais au bout du compte finit par la révéler : « *Je n'en parle pas que j'ai été toxicomane... Ou si j'en parle, ce sera au fil de... on va dire 6 mois... Peut-être que je pourrai leur en parler parce qu'ils m'auront comprise mais pas avant. Ils ne comprennent pas grand-chose* ». Pour autant Juliette n'est pas réellement tranquillisée car elle n'est pas sûre d'être comprise. Elle continue en effet de travailler mais « *avec la peur bien sûr, comme tout le monde parce que les patrons en milieu ordinaire, c'est tout-à-fait différent, ils ne comprennent rien* ». Fatima (30 ans) est angoissée dès qu'elle participe à un groupe. Elle craint que « *ses problèmes moraux soient dévoilés* ». Elle ne supporte l'acte qu'elle a commis conduisant à un accident et elle ne peut accepter que cet acte soit connu socialement. Son intégration socioprofessionnelle

²¹ Goffman, (E.), Stigmaté, les usages sociaux des handicaps, Les Editions de Minuit, 1975

²² Opus cité

passer par les possibilités qui lui sont offertes de protéger ce secret. La crainte que celui-ci puisse être découvert détermine nombre de ses comportements : fugue, repli...

Ainsi, les personnes souffrant de troubles psychiques et qui cherchent à s'insérer professionnellement sont moins enclines à s'emparer de leur handicap pour faire valoir leurs droits que de le minorer pour tenter de le faire oublier, sans toujours y parvenir réellement ni définitivement. Bien souvent, les modalités très hésitantes de présentation de soi ne font que conforter la situation de liminalité dans laquelle elles se trouvent.

III. LES ALEAS DE LA COMPENSATION.

Dans ces conditions, la compensation des conséquences du handicap psychique devient effectivement difficile à penser. En effet, le handicap psychique n'est pas visible a priori ; il touche la subjectivité des individus et relève du « malheur intime » selon les termes de Alain Ehrenberg ; et surtout son existence sociale dépend en grande partie du jugement porté par autrui. La déviance d'un comportement peut être ainsi classée de diverses façons par le milieu dans lequel évolue la personne : comme le symptôme d'une maladie ou d'un handicap, comme une incompétence, comme un manque de loyauté etc. L'absence d'un salarié dans l'entreprise par exemple peut-être imputée par l'employeur à la maladie ou au handicap mais aussi au manque de mobilisation, à la paresse ou à la négligence. Les personnes ayant des troubles psychiques sont donc toujours plus ou moins dans l'incertitude du jugement qui est porté par autrui comme Juliette (37 ans) qui sait qu'elle fait peur avec son handicap et craint les réactions qu'elle risque de susciter : « *On a peur de moi parce que je suis de la COTOREP, handicapée comme ils appellent ça... On ne sait pas comment ils vont réagir et puis voilà.* ». Ces personnes doivent en permanence « négocier » leur place dans un contexte où, à des degrés divers, elles sont affaiblies par leur passé psychiatrique et par leur déficience. Du coup la compensation qui est à imaginer ne consiste pas seulement à rétablir un équilibre ni à combler un déficit. Elle doit aussi conforter des capacités de « négociation » dans le contexte très incertain de liminalité. Or, si l'on en croit les personnes interrogées, de telles compensations ne sauraient relever de mesures générales et normalisées. Celles-ci semblent devoir être adaptées très concrètement à la singularité de chaque situation.

3.1. Le rétablissement de l'équilibre.

Selon les personnes que nous avons rencontrées, leurs difficultés à s'insérer durablement tiennent en parties à des incapacités liées à la maladie mentale ou aux thérapies médicamenteuses. Plusieurs personnes nous ont en effet parlé de leur fatigue, de la lenteur de leurs gestes, de leur difficulté à s'assujettir à des rythmes de travail trop intenses et du stress qui en résulte, de leur manque d'endurance, de leur absence de concentration, de leur difficulté à retenir les consignes qui leur sont données. Elles objectivent ainsi plus ou moins leurs déficiences.

Si l'on reprend le tableau proposé par le réseau Galaxie²³, ces déficiences peuvent se décliner suivant plusieurs champs : le champ cognitif, celui des habiletés sociales, des habiletés professionnelles et enfin celui de l'identité personnelle. Nous ne nous attarderons pas ici sur ces différents champs puisque leur description a été présentée dans un autre texte. Nous voulons simplement confirmer qu'au regard de leurs expériences, les personnes souffrant de troubles psychiques évoquent leurs difficultés, parfois simultanément, dans ces différents champs.

Ainsi, c'est dans le champ cognitif et dans celui des habiletés sociales que se situe Marc (30 ans) lorsqu'il évoque son impossibilité de se rendre à Paris pour suivre une formation. Ce sont ses capacités de repérage spatio-temporel et sa difficulté à s'adapter à un environnement inconnu qui sont en cause. *« C'est beaucoup de stress pour une personne malade... qui est très angoissée dans les transports en commun quand il y a beaucoup de monde »*. Marc est obligé de renoncer à son projet et de rester en province dans un environnement plus connu. Mais même à Bourg-en-Bresse ses habiletés réceptives²⁴ sont problématiques. Il abandonne son travail à cause d'un collègue de travail et de l'environnement dans lequel il travaille : *« Je suis mal tombé, surtout qu'il y avait un ouvrier qui m'a miné le moral pendant toute la semaine et qu'on faisait partout des chrysanthèmes... C'était trop tôt »*.

²³ Arrive (D.), Colombo (C.), Leroux (M), Les besoins spécifiques des personnes en situation de handicap psychique au regard de l'emploi, Réseau Galaxie, Fonds Social Européen, 7 décembre 2004

²⁴ Définies par le document précité comme « la capacité d'identifier et de comprendre les paramètres importants d'une situation sociale ».

Dans le champ des habiletés professionnelles, Robert (52 ans) parle de ses difficultés de régulation. Il se dit à la fois très « *stressé* » parce qu'il « *est trop lent* » et qu'on le lui reproche. Mais il s'active et du coup en fait trop. Il ne reste pas longtemps chez RVI qui le licencie pour cette raison. Comme Robert, Gilbert (30 ans) évoque sa lenteur. Mais il met cela sur le compte de sa maladie qui lui a fait perdre une partie de ses compétences et surtout sur le compte de son traitement qui « *l'amoinde dans le travail* », qui le rend « *plus lent, plus nonchalant, ce qui a été remarqué par {son} chef d'atelier* ». Annick (26 ans) souffre d'un manque de mémoire sur son lieu de travail. Ce qui l'inquiète, c'est de ne pas pouvoir identifier la cause. « *Des fois, ça me fait peur parce que ce n'est pas normal* ». Christiane (40 ans) reconnaît que son manque de concentration est problématique. « *Quand vous n'arrivez plus à vous concentrer, quand vous faites n'importe quoi, quand vous n'êtes pas dans votre état normal... Donc, je suis partie car je faisais n'importe quoi, je n'étais pas réellement moi* ».

Les questions identitaires sont aussi évoquées. Ainsi, doutant d'elle-même, Josette (40 ans) a peur de la confrontation avec autrui. Elle parle de timidité et de rancune que l'on devine rentrée : « *J'étais timide. Quand quelqu'un m'égueulait j'en voulais à tout le monde... en fait j'étais très rancunière* ». Juliette (37 ans) ne se fie pas à ses capacités. Elle se trouve fragile, trop mince et ne pense pas pouvoir prendre des initiatives. « *Je fais quelques fois des petites dépressions et puis des pertes de poids aussi, ça m'arrive... Parce que je suis assez fragile, je suis toujours mince. Et c'est vrai que quand je travaille, si on me fait trop bosser... Et puis je suis pas très capable de chercher du boulot par moi-même* ». Cécile (40 ans) se juge incapable de multiplier ses projets en raison des diverses « tensions » auxquelles elle est soumise. Son seul projet, et encore elle n'en est pas sûre, c'est un espoir de stabilité dans son travail : « *Avec toutes ces tensions psychologiques et toutes les difficultés sociales en ce moment, je n'ai aucun projet... Mon projet c'est peut-être que mon travail s'améliore, d'avoir une continuité, d'évoluer....* »

Face à ces déficits qu'elles révèlent parfois quand on les questionne sur ce sujet, les personnes rencontrées entrevoient certaines des mesures qui pourraient être prises pour les stabiliser ou les rassurer un peu. Celles-ci ont déjà été évoquées dans ce texte et sont relativement connues. Elles convergent vers la même direction. Les personnes fragilisées par leur passé psychiatrique attendent, dans le milieu professionnel, un relâchement de la pression qui s'exerce en général sur les salariés.

Cette pression se matérialise d'abord et avant tout par le rythme de travail et c'est donc autour de ce rythme que les aménagements sont attendus. Plusieurs personnes indiquent en effet que les médicaments qu'elles prennent rendent très difficile leur réveil. Elles ont alors besoin d'un temps de latence plus ou moins long avant de pouvoir se mobiliser. Ainsi, Marc (30 ans) parle de ses difficultés à se lever le matin, en raison de « *l'alourdissement* » des médicaments. Abdel (40 ans) évoque la période où il n'avait pas encore trouvé le bon médicament. « *Pour les médicaments, j'ai mis pas mal de temps pour trouver les médicaments qui me convenaient. Avant avec les autres médicaments, j'avais enflé, j'étais fatigué... Et là c'est stabilisé.* » Les horaires aménagés sont par conséquent bien indiqués pour tenir compte de cette difficulté et plus généralement pour prendre en compte la question de la fatigabilité. C'est d'ailleurs la possibilité de choisir ses propres horaires que Fatima (30 ans) avait apprécié lorsqu'elle été à l'ADADPT : « *J'aime bien l'ADAPT parce que c'est adapté aux personnes handicapées. Ils ont des horaires adaptés. Le médecin et l'infirmière, là-bas, quand ils me voyaient fatiguée, ils me disaient de commencer l'après-midi à 15 h plutôt qu'à 13 h. Finalement, je suis allée les voir la semaine dernière et ils m'ont dit que quand ça ira mieux, si vous voulez revenir, il n'y a pas de problèmes* ». Il en est de même pour Cécile : « *Quand j'étais à Messidor, ça se passait bien parce qu'il y avait les conditions de travail, les horaires, il n'y avait aucune heure supplémentaire* ». Christiane (40 ans) qui occupe un emploi qui ne correspond à sa formation, l'accepte cependant à cause des horaires. « *C'est souple. Je travaille un peu quand je le souhaite* ». En tous cas, elle n'envisage plus le temps plein : « *Je ne peux pas me permettre de travailler à plein temps avec la maladie avec laquelle je vis. A plein temps, ça me surmène trop, plus le boulot à la maison, je ne peux pas* ».

Mais la réduction de la pression passe aussi par l'allègement des cadences de travail. Plusieurs personnes veulent bien se risquer dans le milieu ordinaire à condition de pouvoir suivre leur propre rythme. L'aménagement des conditions de travail doit en effet permettre de tenir compte de l'épuisement anormal de certains salariés mais aussi du temps nécessaire à la concentration ou à la mémorisation des consignes. Ainsi Annick (26 ans) entend « *avancer doucement, à {son} rythme* ». De même Josette (40 ans) tient à pouvoir « *retrouver un rythme* » qui lui est propre. Juliette (37 ans) considère d'ailleurs que les structures d'insertion devraient pouvoir pénétrer dans l'entreprise pour vérifier que le travail proposé et que le rythme imposé correspondent bien aux possibilités du salarié. Ainsi, selon elle, il faudrait

« qu'il y ait un accompagnement, un suivi.... Qu'on respecte qui on est et qu'on travaille dans les conditions qu'on peut. Il ne faut pas qu'on nous sous-estime. C'est vrai que Messidor, ils sont venus me voir une fois...parce que des fois, il se passe des choses un peu dures dans le travail et s'il n'y a pas quelqu'un qui vous défend, on se fait un peu marcher sur les pieds. Il faudrait un accompagnement... voir si notre rythme, si on aime faire ce poste... C'est des choses comme ça qui seraient importantes ».

La simplification des tâches est un autre versant de la compensation. Selon notre échantillon, elle est de nature à réduire les impératifs de concentration et de mémorisation et surtout à neutraliser l'angoisse et le stress. Abdel (40 ans) est très clair sur ce sujet. Il était conducteur offset, mais depuis sa maladie il n'envisage plus un tel niveau de complexité et de responsabilité qui pèse sur le « moral ». Il préfère nettement le travail de magasinier auquel il se prépare qui est certes fatigant mais qui, au moins peut être compensé par du repos.

« Conducteur offset, je pourrais pas le refaire parce que c'est un métier, déjà c'est minutieux, moralement c'est stressant un peu, parce que les clients ils sont exigeants, ils veulent la teinte exacte, il faut être toujours précis, c'est vraiment une prise de tête, vraiment. Il faut rien avoir dans ta tête. Quand tu conduis une machine qui vaut 800 millions il faut pas rigoler...Je regrette ce métier, c'était bien payé. C'est un beau métier, j'avais commencé tout en bas, et j'ai fini conducteur... J'aimerais bien reprendre ça, mais je sais que je ne suis pas capable, c'est ça le problème... pour l'instant, comme je suis, peut-être plus tard, s'il y a une petite machine je pourrai la conduire. Mono couleur oui, mais 4 ou 5 couleurs non (...) Le métier de magasinier, j'ai fait deux stages déjà, dans des ateliers automobiles, c'est plus physique, c'est pas moral. Je préfère, on pense à rien quand c'est physique. Physique c'est la fatigue, tu te reposes et c'est tout ».

Bien entendu, la simplification des tâches n'est pas généralisable (comme les autres mesures d'ailleurs). Certains entendent au contraire conserver une certaine complexité dans le travail car ils y voient un enrichissement personnel possible. C'est ainsi que René (40 ans) renonce à son métier d'opérateur car il ne tient pas le rythme. *« Le travail demandait d'aller trop vite. Je n'arrivais pas à gérer mon temps et c'est à ce moment-là que j'avais des flashes qui revenaient...où je me prenais des claques dans la figure...Et c'est ça en fait qui m'a beaucoup handicapé parce qu'il y avait un frein dans le boulot... C'était ça... Je n'arrivais pas à me concentrer sur le travail...Au début, ça allait j'arrivais à suivre le rythme mais*

après ça a été la catastrophe... C'était trop rapide...Il y avait des arrêts au niveau informatique et on était bloqué... ». René finit par être licencié, mais contrairement à Abdel il ne se tourne pas vers une activité plus simple. Il se tourne vers un métier de création. Il devient auteur de bandes dessinées. *« Actuellement, ce qui me plaît dans mon travail, c'est de pouvoir créer des personnages... Ce qui est incroyable c'est que dans mon cerveau, j'arrive à voir des images de ces personnages, la mise en forme, les couleurs... J'ai fait un album entièrement... J'ai fait le scénario, les dessins et la couleur...Entièrement... ».* Sa compétence est reconnue puisque le Club Léo Lagrange lui demande d'encadrer un groupe d'enfants pour les aider à faire des bandes dessinées : *« Ce travail était vraiment très enrichissant parce que je donnais un peu de mon savoir aux enfants et ils étaient contents ».*

Au-delà, ce qui est attendu surtout, c'est que le milieu professionnel devienne bienveillant à l'égard des personnes qui ont souffert de troubles psychiques²⁵. Cette bienveillance passe par l'adaptation des postes, des horaires, des rythmes, mais aussi par la tolérance à l'égard des éventuelles erreurs du salarié. Selon Juliette (37 ans), *« il doit y avoir des postes adaptés justement à ceux qui ont des problèmes psychologiques ou autres. Parce que je pense qu'on a besoin d'être entourés, et puis qu'on nous dise qu'on fait notre travail correctement, qu'on soit moins exigeant ».*

3.2. Des arrangements personnels

Or, nous avons eu l'occasion à maintes reprises de le rappeler dans ce texte, cette bienveillance est loin d'être acquise selon les interviewés. C'est pourquoi, plusieurs personnes vantent le mérite (mais pas toujours) du milieu protégé qui semble plus adapté à ceux qui ont des problèmes psychologiques. Cette bienveillance, Abdel (40 ans) l'a trouvée au LIFT, comme d'autres l'ont trouvée à ORSAC, MESSIDOR ou à L'ADAPT : *« Au Lift ce qui est bien, c'est que il y a des gens ils ont des problèmes physiques ou psychiques, mais eux ils savent les reconnaître, ils les prennent en considération. C'est leur job, ils savent ce qu'ils*

²⁵ Rappelons ici que cette bienveillance attendue et en même temps redoutée par certains car elle risque d'être aussi stigmatisante.

font. Ils remettent les gens à niveau...Au niveau math, français, ils vous redonnent confiance, on fait des CV. Ils donnent des conseils sur la vie, sur tout quoi. On peut dialoguer, prendre des rendez vous, ils remettent en confiance quoi... Ils redonnent la mémoire de tout ce qu'on avait perdu, oublié... ».

Mais on est loin d'un tel soutien dans le milieu ordinaire. Notons d'ailleurs que le milieu protégé n'a pas toujours toutes les faveurs. Ainsi, Andrée (50 ans) - qui nous l'avons vu n'a jamais travaillé ou presque- garde un très mauvais souvenir lié à son passage en milieu protégé : *« ils me disaient toujours d'aller travailler, mais moi je voulais jamais... »*. Ses accusations sont même plus graves puisqu'elle impute au milieu protégé la perte de l'enfant qu'elle portait : *« ils m'ont même fait travailler (...) et j'ai perdu un enfant comme ça, j'étais enceinte de 4 mois ; j'ai perdu mon enfant parce qu'ils me faisaient faire un travail trop lourd »*.

Ce genre de plainte est plutôt l'exception dans notre échantillon. C'est plutôt le milieu ordinaire qui est en général blâmé pour sa rigidité, pour son manque de compréhension à l'égard des personnes en difficulté psychiques. Du coup celles-ci n'attendent pas beaucoup de soutien de la part de l'environnement, que ce soit des collègues de travail ou de la hiérarchie.

Là encore, il faut se garder de généraliser, car de temps à autres, des situations d'entraide sont mentionnées. Ainsi, Cécile trouve plus d'aide du côté de ses collègues de travail que de la psychiatrie : *« D'aller voir les psy, je ne peux pas dire que ça m'ait apporté, mais ça m'apporte pas ne serait-ce que par rapport au travail... Moi, j'essaye plutôt de discuter avec les collègues de travail parce que comme on est tous concernés, des fois, on n'a plus la possibilité de s'expliquer, enfin d'exprimer... »*. Mais ce soutien, Cécile l'obtient en fait à l'insu de ses collègues de travail puisqu'elle entend garder secrète sa situation de personne handicapées (parce qu'elle ne se reconnaît pas dans ce statut). Finalement, Cécile trouve d'elle-même une aide en s'intégrant dans un collectif de travail.

Les soutiens explicites qui pourraient relever d'un aménagement spécifique de travail et être considérés comme une « compensation » paraissent beaucoup plus rares. Aucune des personnes que nous avons croisées ne nous en ont fait état. Dans sa thèse sur la maladie

mentale, Livia Velpry²⁶ cite un cas d'organisation spécifique du milieu professionnel visant à maintenir dans l'emploi une salariée atteinte de trouble psychique.

Le cas est exemplaire et mérite d'être relaté. Thérèse est en effet sujette à des crises à répétition et en perçoit elle-même les signes annonciateurs. Mais souligne Livia Velpry, « dans le cas de Thérèse, un mode de contrôle des rechutes presque formalisé est en place. Il s'agit d'une sorte de « veille » qui implique la collaboration des professionnels de la psychiatrie avec d'autres acteurs liés à ses autres inscriptions sociales, notamment professionnelles. Thérèse présente en effet dans son entourage proche un véritable réseau de surveillance. Ses collègues connaissent sa maladie, repèrent les signes et la traitent en conséquence. Cela peut consister à aménager ses conditions de travail, aménagement que Thérèse présente parfois comme une marque spéciale d'attention donc d'importance : elle raconte ainsi lorsqu'elle s'est énervée l'autre jour, c'est sa collègue qui a été envoyée ailleurs. Les collègues peuvent également chercher à intervenir sur son comportement : *« J'ai une collègue, elle me connaît, l'autre jour, je me suis énervée, elle dit : Thérèse, tu sors, tu vas boire une boisson fraîche et tu vas à la fenêtre et puis sœur, aux réexpéditions. Elle dit : c'est comme ça toute la matinée, on veut pas que tu t'énermes encore à nouveau. Bon ça a été pris à temps et tout »*. Comme l'indique la conclusion de Thérèse, selon elle, ce genre d'intervention peut prévenir la crise. Lorsque cela ne suffit pas, c'est-à-dire lorsqu'il faut envisager l'hospitalisation, ses supérieurs prennent les choses en main. Ils sont en lien avec son médecin généraliste, le seul médecin en qui elle ait confiance. C'est ainsi tout un réseau de surveillance qui permet que les crises soient repérées rapidement et qui s'active et s'implique fortement dans le travail psychiatrique, et ce jusqu'à l'hôpital (...) L'assistante sociale du lieu de travail peut être mobilisée lors des crises mais également de façon plus continue »²⁷.

Un tel cas de « compensation » dans le travail est à la fois exemplaire et très particulier. En effet, cette organisation « presque formalisée » selon les termes de Livia Velpry est ici particulièrement complexe puisqu'elle articule la salariée elle-même, son environnement immédiat à savoir ses collègues de travail, la hiérarchie qui agit en seconde intention lorsque la crise n'est pas régulée, l'assistante sociale de l'entreprise, la psychiatrie et enfin même l'hôpital. Un véritable réseau de vigilance (de « veille » selon Livia Velpry) qui

²⁶ Velpry (L), L'expérience sociale de la maladie mentale. Etre un patient à long terme en psychiatrie de secteur, Thèse dirigée par Alain Ehrenberg, Paris, 2006.

²⁷ Opus cité

va de l'atelier jusqu'à l'hôpital permet de contrôler les situations de crise que traverse Thérèse.

Or ce type de compensation ne paraît possible qu'à certaines conditions. En premier lieu, la maladie et le handicap font ici l'objet d'une reconnaissance de la part du sujet concerné. Le contrôle de la crise ne relève pas seulement du réseau de vigilance. Thérèse sait aussi détecter elle-même les signes. « Elle dit qu'elle « commence à se connaître ». Avant de s'énerver et de partir dans un sens ou un autre, elle « commence à avoir chaud aux oreilles » »²⁸. D'une certaine manière Thérèse fait donc partie intégrante du réseau de vigilance dans lequel elle n'est pas simplement un acteur passif. Elle participe à son fonctionnement.

En second lieu, Thérèse accepte l'affichage public de son handicap. Ses collègues de travail ainsi que l'encadrement semblent le connaître et peuvent par conséquent articuler – quoique de façon informelle – un ensemble de procédures spécifiques. C'est l'environnement de proximité qui intervient d'abord, puis la hiérarchie en cas d'aggravation de la crise. En arrière plan l'assistante sociale assure la continuité du suivi etc. Toute cette organisation dépend très étroitement de la façon dont Thérèse parle de sa maladie, de ses symptômes, et de la façon dont elle accepte les aides qui lui sont proposées sans pour autant se sentir stigmatisée par elles.

Enfin, cet aménagement spécifique semble possible en raison de l'ancienneté de Thérèse dans une entreprise qui n'est probablement pas de petite taille²⁹. Livia Velpry ne donne aucune indication sur ce sujet, mais on peut déduire de la complexité de la procédure et surtout de son mode d'élaboration que Thérèse appartient à l'entreprise concernée depuis un certain temps. Le réseau de vigilance n'a pas été imposé par du jour au lendemain puisque celui-ci n'est pas formalisé et s'est donc très probablement construit sur un mode pragmatique. Le temps semble aussi nécessaire à la mise en relations d'acteurs qui sont non seulement nombreux mais aussi hétérogènes. Quant à la familiarité des rapports entre Thérèse et son entourage (« sœurlette »), elle indique aussi que ceux-ci ne sont pas tout récents.

²⁸ Opus cité

²⁹ Seules des grandes entreprises peuvent recruter une assistante sociale en continu.

Or, ces trois conditions ne semblent être que très exceptionnellement réunies. Nous avons vu que dans notre échantillon en effet, seule Christiane gère entièrement son handicap et en accepte l'exposition publique. Toutes les autres personnes ont un comportement beaucoup plus en retrait à cet égard, certaines optant pour la dissimulation totale, d'autre pour un affichage en demi-teinte ou paradoxal dans leur milieu de travail. Par ailleurs, nous avons vu que la plupart des personnes rencontrées sont engagés dans des parcours professionnels particulièrement segmentés. Sous contrats aidés, en CDD, ne supportant longtemps les conditions de travail ou bien certains emplois disqualifiés, celles-ci ne restent pas en général suffisamment de temps dans les entreprises pour tisser des réseaux similaires à celui de Thérèse. Bref, les réaménagements internes à l'entreprise paraissent le plus souvent hors de portée ou bien limités à quelques arrangements sur lesquels nous reviendrons plus loin.

Pour autant, le soutien dans le processus d'insertion sociale et professionnelle existe et est même jugé indispensable par les personnes concernées. Simplement celles-ci cherchent à l'inscrire plutôt dans la sphère privée afin notamment de ne pas avoir à rendre public leur handicap, leur maladie ou plus simplement leurs difficultés. Elles évoquent en effet souvent leur isolement qui les empêche de s'insérer. Elles s'efforcent, avec plus ou moins de bonheur d'ailleurs, de reconstituer un réseau de proximité sur lequel prendre un appui ciblé et personnel. Certes René (40 ans) pense que « *les personnes handicapées ont besoin d'être encadrées* », il reste que lui-même trouve l'essentiel de son aide dans des relations interpersonnelles. Il trouve un travail grâce à une rencontre avec un président d'association dont il devient un intime. « *Ah oui, maintenant on est ami... et depuis on ne se quitte plus* ». Yannick (28 ans) trouve un soutien auprès de conseillers d'insertion mais précise à plusieurs reprises qu'il s'agit en fait des amis de sa mère. Juliette (37 ans) estime qu'elle a encore besoin d'encadrement : « *C'est pour ça, j'ai encore besoin de gens sociaux... Parce que si j'ai pas eux, je ne sorts pas, je ne fais rien et je suis capable de retomber en dépression parce que je suis encore assez fragile (...) j'ai toujours besoin de l'aide des sociaux... Si j'avais pas ça, je serais complètement seule. Peut-être je risquerais de m'enfoncer encore plus, si je n'ai pas de soutien...* ». Mais si elle trouve de l'aide chez les « sociaux » c'est que les relations sont très personnalisées même avec des professionnels. Elle désigne en effet les gens qui l'on aidée et surtout comprise. Une assistante sociale, un psychiatre qu'elle compare à son père. « *Mon psychiatre, c'est presque comme mon père* » dit-elle.

D'autres disent s'en sortir ou en être sorti grâce à une « rencontre » fortuite. L'apport des institutions peut être reconnu. Mais bien souvent, c'est surtout une personne particulière dans l'institution (ou en dehors d'elle) qui est l'élément déterminant. C'est par exemple une infirmière que Marc (30 ans) dit avoir eu la chance de rencontrer. Il voit dans cette rencontre un privilège dont bien peu ont bénéficié. *« Je ne regrette pas. Je suis vraiment tombé sur une perle... L'infirmière m'a beaucoup aidée et encore maintenant, quand j'ai un petit flash (...) quand j'ai besoin de relâcher la pression, je vais la voir et on trouve une solution ensemble, et ça a l'air juste à chaque fois parce qu'elle a de l'expérience, elle me connaît... Je ne pense pas qu'elle ait suivi d'autres patients aussi longtemps »*. Annick (26 ans) estime que les choses ont commencé à aller mieux à l'ADAPT, mais parce que dans la structure elle a rencontré un ami. *« Cela a commencé à aller mieux le jour où j'ai fait sa connaissance »*. Gilbert (51 ans) impute les raisons de son « déclin » à sa rencontre avec sa future compagne. *« J'ai fait une rencontre, une copine, c'est peut-être ça. Je me suis mis à ressortir à avoir des copains autour de moi... C'est reparti d'un coup. En très peu de temps, c'est reparti »*. Cette rencontre singulière lui permet de tisser d'autres relations sociales et de s'ouvrir à nouveau sur le monde.

Ces relations interpersonnelles voire même intimes que les personnes parviennent parfois à tisser ont une vertu mobilisatrice jusque dans le milieu de travail. L'existence d'un référent situé « quelque part » permet aux individus – qui vivent des situations de flou et de liminalité - de se placer « sous le regard d'autrui » et d'avoir le sentiment de compter pour quelqu'un. Plusieurs personnes ont indiqué qu'elles avaient été encouragées par le sentiment de fierté que leur parcours **avait** inspiré chez leurs aidants.

Notons ici qu'une telle aide est en principe possible dans le milieu de travail même. Mais elle passe en général par tout un travail de « sélection » de la part de la personne qui accepte de se confier à tel collègue mais pas à l'autre, à telle personne de l'encadrement, mais surtout pas aux gens de l'atelier etc. Cette opération de « ciblage » reste nécessairement discrète lorsque l'exposition publique du handicap n'est pas envisagée.

Cet appui qui est recherché dans la relation interpersonnelle ne suffit pas toujours, loin de là, pour permettre aux salariés concernés de « négocier » un aménagement de poste ou d'horaire dans l'entreprise. Pour autant l'idée du travail adapté en milieu ordinaire n'est pas abandonnée. On peut en effet constater au travers de notre enquête que plusieurs personnes

effectuent cette adaptation par eux-mêmes, souvent avec le soutien d'un tiers (Cap emploi, structures d'insertion) mais sans la négocier ouvertement. Comme n'importe quel salarié d'ailleurs, ils procèdent par essai erreur jusqu'à trouver l'emploi qui correspond à leur possibilité ou à leur goût. Ce qui explique d'ailleurs en partie le parcours morcelé de certains qui quittent des emplois qui ne leur conviennent pas. Une fois installés dans l'entreprise, ils tentent d'obtenir certains arrangements, sans pour autant dévoiler leur handicap. Evidemment ces démarches ne sont pas toujours couronnées de succès.

Ainsi Marc (30 ans) parvient à trouver un travail adapté après plusieurs tentatives infructueuses. Il pense qu'il n'est pas sociable et qu'il a du mal à s'intégrer dans des collectifs de travail. Il claque la porte d'une entreprise au bout de 7 mois car il ne supporte pas ses camarades de travail. Il finit par trouver un emploi de chauffeur dans une messagerie. Il ne voit ses collègues qu'une fois par semaine. Il estime que ce poste répond à sa situation puisqu'il n'est plus confronté aux autres salariés et que de plus, grâce à un mi-temps, il peut récupérer en dormant l'après-midi et éviter ainsi un trop grand surmenage. Janine (52 ans) fait une première expérience dans un CAT. Mais elle trouve que le milieu, bien que protégé, est beaucoup trop stressant pour elle. Elle ne supporte pas la pression du travail à la chaîne. Elle finit par trouver un emploi à la SPA. *« Là c'est bien, avec les animaux, il n'y a pas de stress. Je travaille à mon rythme, j'ai moins d'angoisses »*. Christiane (40 ans) sait ce qu'elle cherche compte tenu de sa fatigue. Elle est amenée souvent à quitter les postes qu'elle occupe. *« La plupart du temps, c'est moi qui suit partie »*. Il lui faut maintenant un emploi à mi-temps : *« Je n'ai pas toujours été hospitalisé, mais je sentais que ça allait venir... C'était trop. C'est pour ça que je cherche du boulot à mi-temps. Je ne peux pas me permettre de travailler à plein temps avec la maladie avec laquelle je vis. A plein temps, ça me surmène trop, plus le boulot à la maison, je ne peux pas »*. Mais Christiane n'entend aucunement révéler son handicap pour obtenir un aménagement d'horaire ou de poste.

Certains enfin ne comptent que sur eux-mêmes. Ils trouvent ainsi les moyens de s'arranger pour gérer leurs propres difficultés sans recourir à qui que ce soit, ni quelque aménagement que ce soit. C'est dans la discrétion qu'est contrôlée la manifestation des troubles. Ainsi, Abdel explique comment il se contrôle : *« Des fois, pendant 6 mois, je peux aller bien et du jour au lendemain je deviens agressif. Maintenant, je m'en rends compte et je fume une cigarette, je me mets à l'écart, je marche un peu, j'évite tous les endroits où il y a du monde (...) Je ressens quelqu'un s'il m'inspire confiance ou non »*.

Finalement, le handicap psychique n'est pas souvent mis en avant dans la perspective d'obtenir un aménagement particulier alors que dans le même temps l'adaptation du travail est plutôt considérée une nécessité légitime. Tout se passe comme si, faute de pouvoir (vouloir) se prévaloir de son handicap, les personnes handicapées par des troubles psychiques mobilisaient la notion de compensation moins comme un droit que comme un arrangement plus ou moins personnel.

3.3. La sécurisation des trajectoires

Au terme de cette enquête auprès de ces personnes, on peut donc se demander comment envisager la compensation du handicap au sein de l'entreprise. Rappelons que, selon l'article L. 323-9 du code du travail, le respect du principe d'égalité des chances passe par l'obligation qui est faite aux employeurs de prendre « *en fonction des besoins dans une situation concrètes*, les mesures appropriées pour permettre aux travailleurs (...) d'accéder à un emploi, de l'exercer ou d'y progresser etc. » Ces mesures appropriées concernent « l'adaptation de machines et d'outillages, l'aménagement de postes de travail y compris l'accompagnement et l'équipement individuels » ainsi que « l'aménagement d'horaires *individualisés* »³⁰.

Au regard de cet article, il est clair que les réponses attendues ne sont aucunement standardisées et qu'elles sont au contraire à examiner au cas par cas. C'est en effet, en fonction des besoins, repérés dans une situation concrète, que les employeurs sont incités à procéder à des aménagements spécifiques que ce soit dans le domaine de l'outillage, de l'accompagnement ou bien des horaires de travail. L'aménagement approprié est donc toujours personnalisé.

Notre enquête montre que cette individualisation des réponses correspond aux besoins d'insertion des personnes ayant souffert de troubles psychiques. Nous avons eu l'occasion de constater l'extrême hétérogénéité de cette population. Certes, celle-ci est couramment désignée comme étant composée de personnes souffrant d'une même déficience, le « handicap psychique ». Toutefois, cette catégorie abrite une très grande diversité de

³⁰ Souligné par nous.

situations. Celles-ci se déclinent sur un continuum allant de la souffrance psychique peu invalidante dont l'origine peut être aussi bien sociale que pathologique à la maladie mentale limitant un grand nombre de capacités. Dans ce contexte, l'aménagement n'est approprié que s'il correspond aux besoins d'une personne particulière. On peut certes, imaginer une palette très riche de dispositifs particuliers ou bien même un ensemble apparemment complet de « bonnes pratiques ». Il reste que ces pratiques ne seront bonnes qu'à partir du moment où elles seront « négociées » avec la personne considérée. Ainsi, on peut estimer que les personnes ayant souffert de troubles mentaux ont besoin d'horaires aménagés leur permettant de tenir compte de leur fatigue. Plusieurs personnes de notre échantillon évoquent cette possibilité. Mais, par exemple, cela n'empêche pas Josette (40 ans) de regretter son temps partiel et d'exprimer le souhait de faire plus d'heures. C'est elle qui trouve, seule, un arrangement qui ne lui convient pas tout à fait : « *Je voudrais faire plus d'heures... mais ils ne me proposent pas plus d'heures donc j'essaye le soir, mais arrêter et reprendre le soir, c'est trop fatigant* ». Dans ce cas là, l'horaire individualisé passerait par une augmentation de temps de travail, ce qui bien sûr est une décision qui relève de bien d'autres considérations.

Or, notre enquête montre que ce sont les capacités de « négociation » qui sont le plus problématiques chez les personnes qui se présentent sur le marché du travail après avoir traversé une période d'invalidation en raison de troubles psychiques. Nous avons eu l'occasion de rappeler à plusieurs reprises les difficultés de ces personnes à évoquer leur passé psychiatrique dans un contexte de forte stigmatisation de la maladie mentale et par conséquent à s'appuyer sur leur handicap pour faire valoir leurs droits. Or les mesures d'aménagement appropriées supposent que d'une part le handicap soit assumé par la personne concernée non seulement au moment de son recrutement mais aussi dans la durée et que d'autre part ce handicap soit accepté par l'environnement professionnel, là encore dans la durée.

Si nous reprenons la liste des besoins spécifiques établie par le réseau Galaxie (Cf. Annexe), nous pouvons effectivement constater que, dans l'idéal, l'insertion professionnelle requiert de la part des personnes concernées, une acceptation de leur statut, un travail de « prise en charge » du handicap qui s'inscrit dans la durée, une capacité importante de négociation. Selon une logique interactive, cette insertion dépend aussi étroitement de la réception du handicap par le milieu professionnel.

Les propositions du réseau Galaxie partent d'une analyse des besoins spécifiques dans les différents champs que sont le champ cognitif, celui des habiletés sociales, des habiletés professionnelles et enfin de l'identité personnelle. Ces besoins sont classés selon qu'ils sont liés à la personne ou bien liés à l'environnement professionnel.

On peut mettre en évidence à partir de la liste de ces besoins, que l'insertion professionnelle repose sur une très grande mobilisation des personnes, en tant que personne handicapées.

De façon transversale aux différents champs, on peut classer les propositions concernant les personnes selon qu'elles relèvent de l'organisation du travail proprement dite, de l'apprentissage ou bien des compétences de négociation.

En ce qui concerne l'organisation du travail, il est en effet proposé aux personnes concernées d'adopter un rythme de travail adapté, d'éviter la solitude, d'adopter une certaine hygiène de vie, de construire et de s'approprier des schémas de fonctionnement, de consulter les fiches d'exécution des tâches. Bien évidemment, cette adaptation ne dépend pas seulement du salarié. Il dépend aussi de la façon dont l'entreprise a conçu l'organisation du travail. Toujours est-il que les aptitudes adaptatives de la personne sont ici convoquées.

L'insertion professionnelle passe aussi par l'acceptation par la personne concernée d'une posture d'apprentissage permanent dans l'entreprise. Il est en effet attendu des salariés que ceux-ci puissent, en raison de leur handicap, contrôler leurs comportements (et/ou leur maladie) en repérant « les causes exogènes qui peuvent améliorer ou perturber la capacité d'idéation » et en apprenant à « contenir les parasites » susceptibles d'entraîner des erreurs dans l'exécution des tâches. Il est leur est aussi suggéré d'apprendre à gérer leurs affects, à accepter d'effectuer « un travail de deuil des compétences perdues » et plus généralement de se former (formation dans des domaines à la limite du personnel et du professionnel par exemple...).

Enfin, l'insertion dépend aussi des capacités de négociation de la personne. Celle-ci est appelée à faire valoir ses droits : « droit de demander des explications », droit de réitérer les demandes en cas d'incompréhension, droit à l'erreur, droit de pouvoir bénéficier d'un

tuteur et ou d'un « coach », « droit de disposer de plus de temps que la moyenne des personnes valides » pour l'exécution des tâches etc.

Mais l'insertion est très étroitement liée aussi à la façon dont l'environnement professionnel reconnaît le handicap et en accepte les conséquences. Du côté de l'entreprise, l'acceptation d'un travailleur handicapé pour troubles psychiques passe par une organisation particulière du travail, par une reconfiguration du collectif de travail, et enfin par une certaine tolérance à l'égard de la personne concernée.

Selon la liste réalisée par le Réseau Galaxie, l'organisation du travail doit faire l'objet d'une attention particulière : horaires aménagés, faible diversification des tâches, accompagnement du changement, limitation de l'affectation des postes de décision, prise en compte de la sociabilité de la personne, soutien et contrôle par des fiches techniques, des repères visuels, des consignes écrites et/ou récurrentes.

Quant au collectif de travail, il est conçu de telle façon que celui-ci puisse intégrer des personnes en difficulté, avec notamment le recours au tutorat et au « coaching », la mise en place de réseaux de vigilance et de contrôle et enfin la valorisation d'espaces informels de socialisation.

Enfin, la tolérance est une autre condition d'accueil des personnes handicapées dans l'entreprise. Pour répondre aux besoins spécifiques, il est recommandée, dans la liste que nous évoquons, d'accepter « le déficit de réactivité », « une certaine lenteur », de reconnaître que « la lenteur est différente de la paresse », d'accompagner « d'une façon plus sereine et plus compréhensive », de procéder à des gratifications régulières par l'équipe de travail, de « préparer les collègues au caractère déconcertant éventuel du comportement ou du raisonnement » etc.

Ces recommandations sont applicables lorsque les personnes sont dans une logique de contrôle de leur handicap, qu'elles acceptent de rendre celui-ci public et que l'entreprise (des collègues de travail à la hiérarchie) adopte d'emblée une posture de bienveillance. Nous avons d'ailleurs cité le cas de Thérèse qui semble assez bien correspondre à un tel schéma. Ce genre de cas doit être aussi plus fréquent dans le cas de la procédure de maintien dans l'emploi, lorsque les personnes concernées sont dans l'entreprise depuis un certain temps et bénéficient

d'un capital social conséquent. Par contre, ces recommandations deviennent beaucoup plus problématiques lorsqu'il s'agit de personnes qui sont en situation de liminalité et dont les difficultés sont précisément liées à leur fragilité à la fois psychique et relationnelle. C'est justement cette fragilité qui fait que plusieurs personnes de notre échantillon s'inscrivent dans des parcours très chaotiques, l'insertion d'un moment étant toujours plus au moins compromise à terme soit en raison d'un environnement de travail inhospitalier soit en raison du choix de la personne elle-même. Leur vulnérabilité rend donc très aléatoire pour elles l'application de la plupart de ces recommandations.

Pour autant, ces personnes estiment qu'elles doivent continuer à être soutenues y compris lorsqu'elles sont dans le milieu professionnel en raison de leur parcours qui continue d'être chaotique et hésitant. Ainsi, Annick (26 ans) est satisfaite de l'emploi qu'elle occupe. Malheureusement, il s'agit d'un CDD et elle sait qu'à terme elle devra à nouveau chercher du travail. Elle souhaite alors avoir le même genre de suivi que celui qu'elle a eu pour trouver le poste qu'elle occupe. Elle pense que *« toute seule, elle aurait encore du mal, et se sent rassurée de savoir qu'une personne l'aide »*. Juliette (37 ans) ne voit pas comment elle pourrait se passer des *« sociaux »*. Mais ce soutien semble moins attendu dans le milieu professionnel qu'à l'extérieur de celui-ci bien souvent afin de ne pas avoir à s'exposer publiquement

Les professionnels qui travaillent dans les organismes d'insertion confirment d'ailleurs qu'ils sont amenés à suivre pendant des mois voire des années les personnes qui sont passées par leur structure. Toutefois, ce travail de suivi qui consiste finalement à accompagner les personnes dans l'emploi et à sécuriser leurs trajectoires n'est généralement pas reconnu. C'est en effet de façon bénévole que ce genre de pratiques se développent alors qu'elles sont manifestement l'un des éléments importants qui favorisent la stabilisation des personnes dans leurs parcours de vie.

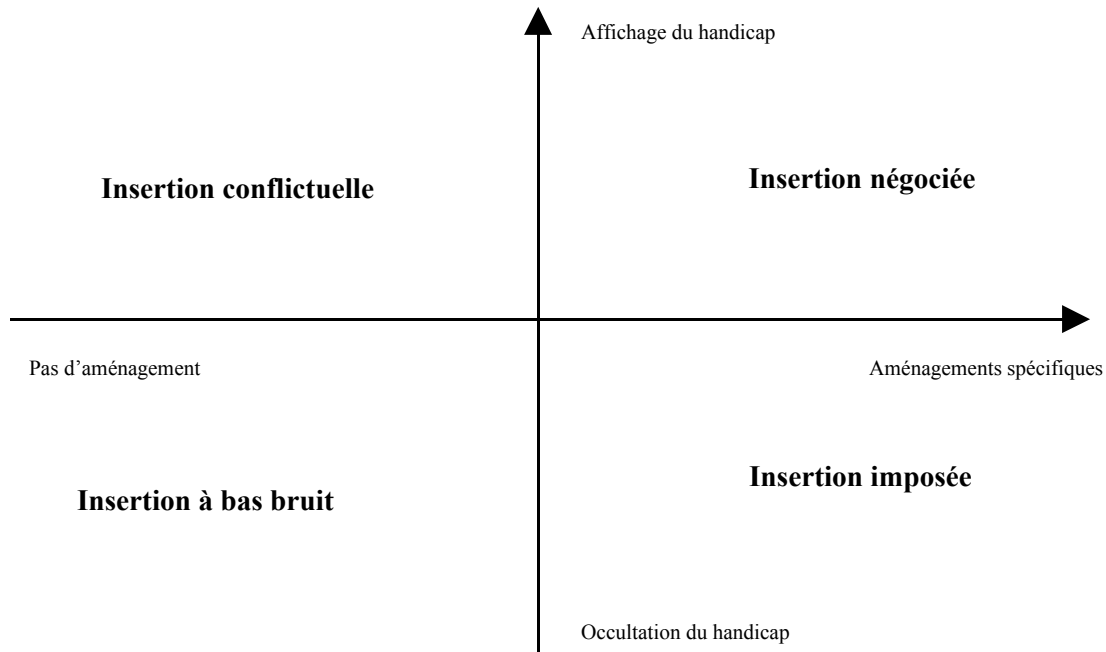
Peut-être pourrait-on penser que, pour beaucoup de personnes souffrant de troubles psychiques, l'aménagement approprié ne se situe pas forcément dans le milieu de travail mais à la périphérie de celui-ci. Dans ces conditions, ces personnes pourraient être dotées d'une sorte de « droit de tirage » leur permettant - même quand elles sont en milieu de travail - de consulter et se faire aider par des organismes tiers, sans avoir à passer nécessairement par de nouvelles procédures d'orientation. Bien que situés à l'extérieur du monde du travail, ces

organismes tiers devraient être aussi soutenus, d'une façon ou d'une autre, par les entreprises. Ce serait une façon pour elles de concourir à l'aménagement approprié dès lors que celui-ci n'est pas (ou peu) concevable en interne. Bien entendu, cette disposition ne seraient pas exclusives d'autres mesures concernant le milieu professionnel puisque ce n'est qu'au cas par cas que peut être imaginée la compensation.

3.4. Eléments de cadrage

On peut toutefois, à la fin de ce travail, proposer un certain cadrage des différentes situations que nous avons rencontrées au cours de notre enquête, au regard de l'insertion professionnelle des personnes atteintes par des troubles psychique. Certes, les situations sont à traiter au singulier. Mais elles se distribuent selon quatre grands types de configurations.

Afin de les faire apparaître, nous proposons de croiser deux axes : un premier axe (en abscisse) concerne l'aménagement en entreprise. A un extrême, l'entreprise n'engage aucun aménagement particulier ; à l'autre, des aménagements spécifiques sont mise en place pour accueillir les personnes handicapées. Le second axe (en ordonnée) est celui de l'affichage du handicap par les personnes intéressées. Nous avons vu au cours de nos entretiens l'importance que pouvait avoir, pour les individus, l'exposition publique de leurs troubles. A une extrémité de cet axe, les troubles psychiques font l'objet d'un certain affichage. Les personnes s'appuient sur leur handicap pour tenter d'obtenir des droits. A l'autre extrémité au contraire, elles gardent secrète cette information est préfèrent se débrouiller sans avoir à négocier quoi que ce soit.



Du croisement de ces deux axes, on peut dégager quatre grands types d'insertion. Bien entendu, il ne s'agit là que de situations idéal-typiques proposées pour la réflexion. Dans la réalité, ces situations se chevauchent et surtout peuvent, pour un même individu, évoluer avec le temps. Ainsi, nous pouvons définir les modalités d'insertion suivantes :

- **L'insertion négociée.** Dans cette configuration, l'entreprise tente de prendre des mesures d'aménagement approprié pour répondre aux besoins tels que les exprime la personne handicapée. Celle-ci accepte par conséquent d'afficher son handicap, de mettre à jour ses difficultés et de négocier son insertion. Un tel schéma est celui qui sert de référence à l'une des dispositions de la loi du 11 février 2005 sur la non-discrimination dans le monde du travail. Toutefois, nous n'avons pas rencontré une telle situation dans notre échantillon. Par contre, nous avons évoqué l'exemple présenté par Lidia Velpy et qui illustre bien cette problématique. L'insertion négociée doit aussi être probablement plus fréquente dans les situations de maintien dans l'emploi à partir du moment où les personnes concernées bénéficient au préalable d'un fort capital social dans l'entreprise.
- **L'insertion conflictuelle.** De telles situations ont été évoquées par certaines personnes de notre échantillon. Il s'agit de cas où les personnes acceptent de se

présenter avec leurs handicaps, mais où les employeurs sont réticents à procéder à des aménagements particuliers. Des tensions peuvent alors se produire soit autour du type d'aménagement réclamé, soit autour de la reconnaissance et de l'acceptation du handicap. Ces situations sont probablement aussi fréquentes dans le cas du maintien dans l'emploi.

- **L'insertion imposée.** Ces situations ne sont pas majoritaires, mais elles ont été évoquées par certaines personnes rencontrées dans le cadre de notre enquête. L'insertion est en quelques sortes imposée quand, par exemple, les conditions de la participation de la personne handicapée au milieu ordinaire sont essentiellement discutées entre l'employeur d'une part et le référent de la personne concernée d'autre part. Le passé psychiatrique est alors plus ou moins dévoilé dans la perspective d'obtenir un avantage ou bien une certaine tolérance, alors que le salarié ne souhaite pas s'afficher comme déficient et aspire à la normalisation.

- **L'insertion à bas bruit.** C'est ce type d'insertion que nous avons surtout observé dans le cadre de notre travail. Celui-ci est assez problématique. En effet, dans cette situation, l'employeur ne procède à aucun aménagement spécifique dans la mesure où il ignore le déficit du salarié recruté. Quant à ce dernier, il tente d'accéder à l'emploi et de s'y maintenir sur le mode de l'arrangement. De tel parcours d'insertion sont particulièrement fragmentés. L'insertion reste très précaire et ne peut être soutenue, nous semble-t-il que de l'extérieur de l'entreprise.

CONCLUSION

L'enquête à laquelle nous avons procédé nous oriente donc vers des propositions d'aménagement appropriés qui sont individualisées puisqu'elles visent à sécuriser au cas par cas les trajectoires de vie des personnes. En même temps ces mesures sont caractérisées par

leur discrétion puisque, concernant les personnes plutôt aux marges de leur milieu de travail, elles ne sont pas destinées à accéder à la notoriété publique.

On aura compris que s'il en est ainsi c'est que les personnes atteintes de troubles psychiques ont tendance à considérer souvent comme stigmatisantes les mesures spécifiques destinées à compenser les conséquences de leur handicap et à leur faire bénéficier d'un « régime à part » dans le milieu de travail. Leurs parcours les **ont** en général conduites de l'hôpital à un milieu de travail qualifié d'ordinaire. A ce moment de leur vie, elles souhaitent accéder à la normalité, se délester de l'étiquetage de « malade mental » et par conséquent éliminer tous signes distinctifs quand bien même ceux-ci sont crédités d'une valence positive. Finalement, elles ne font qu'exprimer ainsi et actualiser de façon assez complète le schéma de Philipp Wood. Elles reconnaissent en effet (mais pas toujours) qu'elles ont eu des déficiences, que celles-ci ont généré des incapacités comme la lenteur ou les difficultés de concentration. Mais elles ajoutent un élément important qui complète ces deux premières séquences, à savoir le rôle de l'environnement dans la construction de leur situation. Le désavantage auquel elles sont confrontées résulte aussi des représentations sociales de la maladie mentale, du handicap psychique et plus largement de la folie. Comment en serait-il autrement d'ailleurs ? Une enquête récente montre que pour beaucoup de monde la folie et la maladie mentale sont associées à la violence³¹. Selon cette enquête « 45 % des personnes interrogées pensent que commettre un meurtre est associé au fait d'être « fou » et 30 % « malade mental ». Par ailleurs, la folie est largement perçue comme une maladie incurable. En effet, « 69 % des personnes pensent qu'il n'est pas possible de guérir un « fou » et près de 90 % déclarent que l'on ne pourra jamais le guérir totalement ». Le jugement sur la maladie mentale est un peu différent, mais majoritairement aussi, les personnes enquêtées estiment à hauteur de 55 % qu'il est impossible de guérir un « malade mental » et près de 80 % qu'il est impossible de le guérir totalement. On peut comprendre dans ces conditions les personnes qui cherchent à échapper à une catégorisation qui non seulement génère de la peur sociale mais encore impose le statut d'incurable. Certes le refus de se reconnaître comme malade mental est souvent associé à un symptôme de la maladie et notamment de la schizophrénie. Selon un psychiatre « le meilleur moyen de redevenir normal après des bouffées délirantes (est) d'oublier qu'on a été fou »³². Si

³¹ Bellamy (V.), Roelandt (J.L.), Caria (A.), Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. *Etudes et Résultats*, n° 347, octobre 2004, Drees. A propos de ses représentations, l'enquête s'intéresse à la façon dont est perçue la maladie mentale selon que l'on utilise le terme de « fou », de « malade mental » ou de « dépressif ».

³² Cité par le CREAI Ile de France, Conseil Général de Seine-Saint-Denis, Le handicap psychique, compte rendu de la séance du 27 mars 2006 www.cg93.fr/caphandicap/handicapsychique27mars06

l'on peut mettre cette volonté d'amnésie sur le compte de la maladie, on peut aussi la déduire de la crainte de regard social. Car après tout pour quelle raison vouloir oublier que l'on a été fou sinon que la folie fait l'objet d'un très fort rejet social ? Et que, plus positivement, la dissimulation de cet état devient un moyen d'espérer retrouver une place sociale ? Certes, on pourrait penser qu'il existe une autre solution. Celle qui consiste à tenter un « retournement du stigmaté »³³. Cependant dans le cas du handicap psychique, cette issue semble une entreprise particulièrement risquée. Les porteurs de stigmates visibles (couleur de la peau, déficience physique) peuvent en effet, au prix d'importants efforts, valoriser un stigmaté auquel ils ne peuvent échapper pour gagner une reconnaissance sociale. Cette stratégie est beaucoup plus incertaine lorsque la déficience n'apparaît pas d'emblée au grand jour alors qu'elle est potentiellement très discréditée. Il peut y avoir alors plus à perdre qu'à gagner dans le fait d'étaler son déficit³⁴.

C'est par conséquent « à bas bruit » que les personnes ayant été atteintes de troubles psychiques cherchent à se frayer un chemin dans l'insertion professionnelle. Elles vivent une situation de liminalité et tout ce passe comme si elles désiraient rester dans cet entre-deux, tant le franchissement du seuil paraît périlleux. A vouloir apparaître au grand jour, elles ont le sentiment (parfois justifié) d'être renvoyées à la « case départ », c'est-à-dire à leur statut de malade ou pire, de fou. Et nous avons vu que plusieurs d'entre elles préféreraient plutôt se glisser dans les interstices du monde professionnel, procéder par une succession d'essais erreur, chercher des niches professionnelles plus ou moins protégées, trouver des arrangements précaires et enfin parfois même limiter leurs engagements ou tout simplement renoncer.

De ce point de vue, la proposition de sécurisation des trajectoires grâce à des interventions d'organismes tiers, extérieurs au monde du travail, peut sembler modeste. Elle l'est effectivement car elle ne touche pas (ou peu) à l'environnement professionnel qui reste inchangé alors que certaines formes d'organisation du travail sont parfois pathogènes³⁵. Elle

³³ Goffman (E.), opus cité

³⁴ Cette conclusion doit cependant être nuancée. Des associations d'usagers de la santé mentale, réunissant patients, anciens patients, professionnels, semblent se développer actuellement. L'engagement des individus dans ces associations signale, de leur part, une certaine acceptation de leur maladie, parfois de l'exposition publique de celle-ci et par conséquent, une volonté d'en obtenir la déstigmatisation. Toutefois, ce mouvement n'est pas comparable à ceux que l'on peut observer pour d'autres maladies. (Cf. sur ce sujet, Sabine Visintainer, Mémoire de DEA, Université de Lyon II, 2006)

³⁵ Cf. tous les travaux concernant l'intensification du travail et la souffrance au travail.

fait reposer l'insertion des personnes sur les capacités de celle-ci à s'entourer des étayages appropriés. Et nous avons vu que c'est ce qu'elles font effectivement quand elles continuent à cultiver des relations avec des personnes qu'elles ont rencontrées de façon fortuite et qui les ont aidées un moment.

Tant que les représentations sociales du handicap psychique seront aussi négatives, « l'aménagement approprié », interne à l'entreprise, restera donc une solution exceptionnelle, à proposer avec tact, et surtout, bien entendu, en étroite concertation avec les personnes concernées, afin de limiter les effets de stigmatisation.

ANNEXE

**Les besoins spécifiques des personnes en situation de handicap psychique au regard de
l'emploi (7 décembre 2004)**

Arrive (D.), Colombo (C.) et Leroux (M.)

EXTRAIT

2. Les besoins spécifiques

a) Le Champ cognitif

Items	Effets négatifs sur le travail ³⁶	Besoins spécifiques liés à la personne	Besoins spécifiques liés à l'environnement professionnel	Commentaires/préconisations particulières
<i>Repérage spatio-temporel</i>	Difficultés d'organisation du poste de travail Organisation difficile de l'emploi du temps : la personne a du mal à intégrer les horaires, les temps de repos... Difficultés à se projeter au-delà de l'immédiat Difficultés à acquérir, retenir et modifier les itinéraires extérieurs (transports...) et intérieurs au lieu de travail Difficultés dans la réalisation de certaines tâches exigeant un bon repérage spatial	Intégrer le droit de demander des explications (la non compréhension est autorisée)	Accepter le déficit de réactivité Mettre des supports constamment à disposition : agenda, fiches... Supports généraux adaptés : signaux, repères visuels... Proximité, accessibilité, disponibilité du référent/tuteur Montrer, faire avec, répéter les démonstrations	Au moins deux périodes importantes : - la première période dans l'entreprise (« apprentissage » mutuel) - les périodes de changement : des modifications horaires, des changements de bureaux etc. doivent être à nouveau préparés, montrés, répétés... L'organisation du poste de travail doit faire l'objet d'une attention particulière
<i>Vitesse d'idéation</i>	La lenteur d'idéation se traduit par un décalage « long » de : - La compréhension - La réaction ... après la consigne, ou tout simplement dans le dialogue	Repérer les causes exogènes qui peuvent améliorer ou perturber la capacité d'idéation	Accepter une certaine lenteur Selon les causes de cette lenteur : - créer les conditions d'un progrès - prévenir la détérioration (sensibilité au changement, de l'interlocuteur par ex...)	Il est intéressant de renforcer la capacité des personnes à repérer elles-mêmes l'influence de l'environnement, pour leur permettre d'alerter avant un passage à l'acte ou une détérioration de la situation.
<i>Intégration, assimilation, mémorisation des consignes</i>	Consignes oubliées, se diluant, perdant leur sens ou s'entremêlant	Intégrer le droit de (re)demande Construire et s'approprier un mode de fonctionnement (aide)	Fiches, supports... Répéter ou reformuler les consignes Vigilance - contrôle	Nécessité de la proximité du contrôle
<i>Concentration, mobilisation de l'attention</i>	Erreurs dans l'exécution des tâches « décrochage », parasitage	Apprendre à repérer puis « contenir » les parasites	Étude du poste et environnement adaptés Établir des critères clairs de qualité de l'environnement (bruit, flux, résonance émotionnelle)	Cet apprentissage de la personne à « gérer » ses difficultés (repérer sa sensibilité à l'environnement, la venue d'éléments parasitants...) nécessite une articulation entre les soins (le psychiatre) et l'accompagnement socio professionnel.

³⁶ Par « effets » nous entendons les effets concrets des difficultés rencontrées par les personnes handicapées psychiques dans le domaine concerné.

<p><i>Mobilisation du savoir</i></p>	<p>Écart significatif entre le savoir mobilisable et le mobilisé, d'où des difficultés à organiser, synthétiser et communiquer sa pensée et ses savoirs.</p> <p>Ces difficultés peuvent être continues ou à éclipses (périodes où les personnes sont en pleine capacité) Difficultés de transférer son savoir dans un autre environnement</p>	<p>Effectuer un bilan des capacités réellement mobilisables (et ne pas s'en tenir à la seule qualification) Nécessité d'effectuer un « travail de deuil » des compétences perdues. Nécessité de valoriser et développer les compétences conservées Mieux connaître les phénomènes d'éclipse</p>	<p>Explicitation à l'employeur et aux instances du personnel du décalage entre le niveau initial de qualification et les capacités mobilisables et mobilisées (conventions collectives...)</p> <p>Accompagner les occurrences de transfert des savoirs</p>	<p>Le travail « sur soi » de la personne peut permettre d'élaborer des stratégies de recherche d'emploi différenciées : mise en avant ou pas de son diplôme, explicitation des compétences conservées et perdues, etc. Limite, voire contre productivité du bilan « ordinaire », quand il est sans lien avec les difficultés de mobilisation des compétences. Intérêt du bilan et des tests psychotechniques en cours du projet, pour (in)valider les pistes</p> <p>Articulation accompagnement/ psychiatrie</p>
<p><i>Capacités de jugement, de raisonnement logique et d'analyse</i></p>	<p>Discours et comportements inadaptés, décalés, incompréhensibles pour l'entourage, pouvant entraîner du rejet, de la peur... « Interprétation » inadaptée des propos ou conduites d'autrui Risques d'agression</p>	<p>Accepter d'alerter le service accompagnant avant toute prise de décision Apprendre à : - contenir l'envahissement de l'affectif susceptible d'inhiber l'intellect - reconnaître et interrompre les chaînes associatives « abusives »</p>	<p>Accepter d'alerter le service accompagnant (soins/social) avant toute prise de décision</p> <p>Contre-indication éventuelle pour certains postes</p>	<p>Maintenir l'application du règlement, respecter le droit du travail (pas de passe-droit)</p> <p>Articulation entreprise, médecine du travail accompagnement/ psychiatrie (tripolaire et non bipolaire)</p>
<p>Besoins spécifiques liés à l'ensemble du champ cognitif</p>				<p>Commentaire général</p>
<p>1) Repérage et explicitation des difficultés <u>précises</u> de la personne pour éviter deux écueils : - des difficultés énoncées vaguement risquent d'être interprétées plus largement qu'elles ne le sont vraiment - toute difficulté rencontrée risque d'être interprétée comme une expression du handicap, alors qu'une personne n'est pas réductible à son handicap. Ce besoin de repérage puis d'explicitation des difficultés concerne : - la personne elle-même (conscience de ses limites, mais aussi du potentiel ou des possibilités de compensation) - l'environnement d'accueil : employeur, collègues, centre de formation... 2) L'ensemble des difficultés cognitives peut être amélioré par des actions de remédiation cognitive. 3) Compte tenu de la « contamination » des différents champs, et notamment de l'émotionnel sur le cognitif, l'articulation de l'accompagnement et des soins constitue un levier d'amélioration puissant - veille en entreprise (tuteur).</p>				<p>L'enjeu est important : 1) Permettre à la personne elle-même de connaître, d'intégrer et de communiquer à autrui les caractéristiques de sa candidature 2) Valoriser la candidature puis faciliter l'intégration : les difficultés sont circonscrites et connues 3) Repérer les modalités d'amélioration des capacités</p>

b) Le champ des habiletés sociales

Items	Effets négatifs sur le travail³⁷	Besoins spécifiques liés à la personne	Besoins spécifiques liés à l'environnement professionnel	Commentaires/préconisations particulières
<i>Liens et repères sociaux</i>	Incapacité à faire des démarches de manière autonome Entrée en relation difficile Difficulté à repérer les fonctions hiérarchiques, les collègues Perte des codes sociaux élémentaires Isolement, dévalorisation de soi, entraînant des difficultés d'intégration	Soutien des personnes au moment de la prise de poste et « veille » pendant le contrat, au moyen de groupes de parole, participation à des activités, à des actions de redynamisation... Organiser des liens et des repères sociaux	Référent tuteur Présentation spécifique et progressive des collègues et de la hiérarchie Information (auprès de l'environnement immédiat)	L'enjeu est double : - Faciliter l'intégration - Éviter la réduction des contacts à la seule sphère professionnelle
<i>Mobilisation des savoirs être et des habiletés comportementales</i>	Tenue inadaptée Langage non adapté (tutoiement) Difficulté à trouver la « bonne distance », comportements en tout ou rien, sans nuance Gestes maladroits, familiarité déplacée ou indifférence à l'entourage	Accepter de se former sur un domaine à la limite du personnel et du professionnel Acquisition des codes sociaux de base dans les rapports entre collègues	Mise en situation professionnelle : - Dans des « sas », des « bancs d'essai », des stages (rémunérés ou pas) qui permettent d'évaluer et/ou d'acquérir les savoir être et les habiletés comportementales - Grâce à des contrats aidés	Accompagnement spécifique tel qu'il existe dans les dispositifs de droit commun (comme le CES) : - Le temps partiel est souvent suffisant et permet de maintenir ou d'organiser des activités de soutien - La présence obligatoire d'un tuteur en entreprise, et l'organisation des bilans permettent d'accompagner les personnes handicapées au même titre que les autres - L'accès possible aux personnes vulnérables psychologiquement, mais qui ne souhaitent pas être reconnues TH. Il serait intéressant de pouvoir diversifier les postes proposés en CES.
<i>Gestion de l'hygiène de vie</i>	Incidences sur l'assiduité, la ponctualité. → éventuelles conduites addictives, hygiène corporelle, vestimentaire, troubles du sommeil → baisse de rythme, assoupissement	Intégrer l'incidence de ces aspects sur le poste de travail → actions(s) de sensibilisation en amont dès l'apparition d'effets Veille sur les effets de l'alcool + médicaments	Informar, sensibiliser, favoriser l'accès à des actions de prévention, de sensibilisation (médecine du travail...) Formation du tuteur Application du droit du travail	Articulation des services concernés : service social de l'entreprise/service d'accompagnement/médecin L'application du droit du travail reste le cadre valable pour tout le monde, y compris pour les personnes handicapées

³⁷ Par « effets » nous entendons les effets concrets des difficultés rencontrées par les personnes handicapées psychiques dans le domaine concerné.

<i>Habiletés fonctionnelles et décisionnelles</i>	Décisions et initiatives inadaptées, disproportionnées		Préparer les collègues au caractère déconcertant éventuel du comportement ou du raisonnement	Mais attention à ne pas « surinformer », en créant plus de problèmes
Besoins spécifiques liés à l'ensemble du champ « habiletés sociales »			Commentaire général	
<p>L'ensemble des habiletés sociales nécessaires à la tenue d'un poste de travail peut être renforcé par la remédiation, le soutien, l'accompagnement, le suivi thérapeutique, avec un objectif d'amélioration de l'interface entre ces difficultés et le milieu de travail.</p> <p>Le développement d'un accompagnement spécifique tel qu'il existe dans les dispositifs de droit commun (comme le CES), quantitatif et qualitatif, avec l'intégration des activités d'accompagnement dans la formation, répondrait à certains besoins, à condition de prévoir les passerelles vers des contrats pérennes (temps partiel avec obligation de formation, tutorat en entreprises...).</p>			Ces activités de soutien et d'accompagnement, dans la mesure où elles ont un objectif d'amélioration des capacités au travail, pourraient être inscrites au plan de formation et effectuées sur le temps de travail, ou être assimilées à la formation dans le cadre d'un dispositif d'accompagnement personnalisé.	

c) Le champ des habiletés professionnelles

Items	Effets négatifs sur le travail³⁸	Besoins spécifiques liés à la personne	Besoins spécifiques liés à l'environnement professionnel	Commentaires/préconisations particulières
<i>Vitesse d'exécution</i>	Lenteur d'exécution Maladresse Rendement et productivité moindres	Disposer de plus de temps que la moyenne des personnes valides Repérer les causes (traitement ...) Aider l'enchaînement des tâches par schéma ou fiches	Comprendre que la lenteur est différente de la paresse Éviter une cadence trop dépendante des autres Éviter de diversifier les tâches Information des collègues de travail « Proposer » un poste pour lequel « une lenteur » n'a pas d'incidence majeure sur le rendement <i>global</i> de l'entreprise Valoriser le travail effectué (même lentement)	La qualité peut être un plus à la lenteur (suivre une machine peut être possible)
<i>Mobilisation des savoir-faire</i>	Ne peut pas démarrer un travail sans explication préalable Gestes de travail pas toujours appropriés, maladresse ; troubles de la coordination, tremblements... Écarts entre mobilisé et mobilisable → non ou mauvaise exécution des tâches	Accompagnement d'un tuteur Formation pratique et continue des gestes techniques et professionnels Valorisation et transfert des savoir-faire existants Développer les compétences en fonction des capacités d'apprentissage (formation) Stages d'Accès à l'Emploi	Faire le lien entre les tâches → donner du sens, travail d'explicitation Information Acceptation de la différence de rythme, tolérance Informé l'employeur sur cet éventuel décalage	
<i>Endurance</i>	Fatigabilité plus grande que la norme	Rythme de travail adapté Hygiène de vie (sommeil)	Les temps partiels sont souvent adaptés .Prévoir des possibilités souples de « respiration » (RTT, formations, congés...)	

³⁸ Par « effets » nous entendons les effets concrets des difficultés rencontrées par les personnes handicapées psychiques dans le domaine concerné.

<i>Habiletés fonctionnelles et décisionnelles</i>	Difficultés à prioriser les actes et les pensées, à organiser les pensées Tendance à penser de manière binaire (oui/non), en tout ou rien, d'où des décisions disproportionnées ou des actions incompréhensibles pour l'entourage	Aider les personnes à diversifier les hypothèses de compréhension, à « gagner du temps », à repérer ce fonctionnement « automatique », et à solliciter alors un « coaching » pour diversifier l'analyse.	Éviter les postes où il y a un champ décisionnel important Consignes claires séquencées avec procédures et tracabilité Explicitation	Articulation entre soins, rééducation (remédiation) et accompagnement
Besoins spécifiques liés à l'ensemble du champ « habiletés professionnelles »			Commentaire général	
Éviter les situations de choix et de décision, ou éviter à la personne d'être seule pour cela Évaluer les capacités et compétences de la personne et identifier les effets résiduels liés à la maladie ou au traitement. Et à partir de cela, accompagner la personne dans une phase de définition de projet professionnel par le biais de « transfert de compétences, aide de mobilité professionnelle » Études de postes (approfondies) Évaluation en Milieu de Travail ; essais, mise en situation... Culture d'entreprise à développer : outils en termes de procédure d'alerte et de contrôle afin d'aider les personnes			Articulation entre soins, rééducation (remédiation) et accompagnement	

d) Le champ de l'identité personnelle

Items	Effets négatifs sur le travail ³⁹	Besoins spécifiques liés à la personne	Besoins spécifiques liés à l'environnement professionnel	Commentaires/préconisations particulières
		Assurance + mise en confiance	Écoute + veille (tuteur)	L'anxiété ou l'incompréhension peut provoquer une réaction disproportionnée et pénalisante
<i>Perception de soi et de ses compétences</i>	Sous-estimation Sur-estimation des compétences Effet Pygmalion : « l'autre pense que je vais faire des erreurs, donc je fais des erreurs » Dévalorisation de l'estime de soi, manque de confiance en ses capacités ou risque de surestimation Si moins : insatisfaction, sentiment d'échec, dévalorisation de soi, de son travail ; perception négative du travail effectué Si plus : absence de remise en question Manque de confiance engendrant des erreurs ou le repli sur soi	Mini évaluations régulières Besoin de feed-back positifs ET négatifs, avec explications <u>précises</u> (pourquoi c'est bien, pourquoi ce n'est pas bien) Renarcissisation Si sous-estimation : Valoriser Travail sur la confiance : stages de remise en confiance (suffisamment longs) Si surestimation : amener la personne à évaluer son travail, objectivation Assurance + écoute	Contrôle régulier Donner des explications rassurantes (tout le monde fait des erreurs) et valoriser ce qui est positif Gratification, reconnaissance par l'équipe de travail Établir des critères de référence Accompagner d'une façon plus sereine et compréhensive Évaluation des stages, en privilégiant une évaluation directe par le responsable, éventuellement en utilisant des supports à remplir tels que des grilles d'évaluation clairement définies	Évaluation annuelle « normale » si ça rentre dans la culture de l'entreprise
<i>Perception de soi au travail</i>	Image parfois dévalorisée du travail, de l'entreprise, de l'employeur.	Information sur les règles de l'embauche des personnes handicapées en vigueur Insister sur l'utilité interne de la tâche et l'utilité externe de la production de l'entreprise	Produire un engagement mutuel entre l'entreprise et la personne, « équitable » et clair	Etre attentif, sur la durée, à la représentation qu'a la personne handicapée de sa place dans l'entreprise ; cette représentation évolue
<i>Anxiété</i>	Présence de peurs diverses (de la foule dans les transports, des rassemblements...) Monopolise la parole Conduites d'évitement	Suivi thérapeutique Soutien adapté à chaque type de problématique Analyse des peurs	Aménagement des horaires d'embauche/débauche	

³⁹ Par « effets » nous entendons les effets concrets des difficultés rencontrées par les personnes handicapées psychiques dans le domaine concerné.

<i>Intégration dans le groupe</i>	<p>Demande du temps Besoin d'être sollicitée régulièrement Isolement Agressivité Peur de demander de l'info en cas de doute Peut échanger mais ne peut faire le premier pas Mauvaise évaluation dedans/dehors Peur du groupe, peur de s'y perdre Difficultés à travailler en équipe Repli sur soi</p>	<p>Suivi thérapeutique, soutien adapté à ce type de problématique Faciliter l'intégration à l'équipe</p>	<p>Tuteur (pour faciliter l'intégration) Disponibilité du tuteur et des collègues Présenter les lieux en détail et les personnes Aménagement : travail seul ou en équipe Ne pas s'installer dans des comportements durables de surprotection ou de mise à l'écart Expliquer, dédramatiser les situations (collègues) Solliciter la personne régulièrement</p>	<p>Importance du tuteur et d'un environnement proche « porteur »</p>
<i>Gestion émotionnelle</i>	<p>Réaction disproportionnée avec une situation (on me parle fort → je pars) Absentéisme comme mode de réaction Débordement des émotions sur le travail (les émotions prennent « le dessus »)</p>	<p>Besoin d'un référent externe à qui s'adresser (toujours le même)</p>	<p>Disponibilité, écoute, empathie Adaptation à un poste de travail « neutre » émotionnellement parlant</p>	<p>Nécessité de préciser ce qui est du ressort respectif du tuteur et du référent externe, et l'articulation entre les deux</p>
<i>Gestion relationnelle</i>	<p>Conflits /personnes Absentéisme comme mode de réaction Positionnement inadapté Agressivité/inhibition, trop ou trop peu... Non intégration au groupe</p>	<p>Acquérir la compréhension que les autres ont aussi des difficultés Référent externe à qui s'adresser (toujours le même) Apprentissage des relations sociales, formation aux codes sociaux Acquérir la capacité à « décentrer » ses relations (s'intéresser à l'autre)</p>	<p>Disponibilité, écoute, empathie Information générale sur le caractère déconcertant des réactions Encouragement à aller à la cafétéria, à participer aux « pots », aux moments collectifs...</p>	<p>Tension entre l'information nécessaire pour éviter le rejet et la discrétion pour ne pas « en rajouter » Un des effets handicapants de la maladie réside dans un repli sur soi, un rétrécissement des intérêts sur sa propre personne, qui coupe des autres. Hypersensibilité à ce qui m'arrive/indifférence aux autres rendent les relations difficiles</p>
<i>Habiletés décisionnelles</i>	<p>Indécision, erreurs Ralentissement Apragmatisme Peur de prise de décision Décision compulsive</p>	<p>Ne pas être seul Organiser son travail Construire et s'approprier un espace de décision clair et limité</p>	<p>Des directives claires et cohérentes Consignes écrites Possibilité explicitée d'écrire sur un cahier les difficultés auxquelles la personne est confrontée ou identification d'un collègue à qui en</p>	<p>Tension entre le désir de réduire l'imprévu par des procédures, et de construire un cadre pour permettre aux personnes de gérer l'imprévu (qu'on ne peut réduire à zéro)</p>

			parler	
<i>Sensibilité au changement</i>	<p>Refus de changer « fuite » ou erreurs Apragmatisme Instabilité, réactivité extrême => comportement en « dents de scie », hypersensibilité/changement => risques de décompensation Un changement de collègue ou de poste de travail déstabilise</p>	<p>Expliquer pourquoi et comment on change Besoin d'être préparée en temps utile d'éventuels changements (ce délai d'information/préparation est à individualiser) Importance du suivi médical, du traitement médicamenteux stabilisant l'humeur et permettant de « relativiser » ce qui se passe à l'extérieur</p>	<p>Préparer l'information sur le changement Donner un sens à ce changement et qu'il ne soit pas brutal Organisation rigoureuse de l'activité de la personne Accompagner les changements imprévus Collaboration, travail en commun : formateur, encadrant, référent, tuteur, médecins...</p>	<p>L'hypersensibilité au changement d'un grand nombre de personnes handicapées psychiques a pu être à l'origine du discours sur leur « imprévisibilité », alors que ce sont plutôt les changements eux-mêmes qui peuvent ne pas être tous prévisibles. Et comme cette hypersensibilité induit que même des changements minimes (quasi invisibles) sont anxiogènes, c'est la personne elle-même qui devient imprévisible aux yeux de son entourage.</p>
Besoins spécifiques liés à l'ensemble du champ « identité intégrative »			Commentaire général	
<p>On peut imaginer que la construction d'une offre de « remédiation générale » soit utile sur ce champ, et permette de faire progresser les personnes sur l'interface entre leur personnalité et les contraintes du travail.</p>			<p>L'importance de ces besoins spécifiques doit être comprise et adoptée par l'ensemble des partenaires autour de la personne en situation de handicap psychique (cellule de veille, une personne de chaque « environnement »). Les besoins des personnes doivent être contenus dans le cadre du droit du travail et du règlement intérieur, qui doivent servir de référence commune.</p>	

