

HANDICAP PSYCHIQUE ET INSERTION PROFESSIONNELLE : DE NOUVELLES ORIENTATIONS THÉORIQUES ET PRATIQUES

Bernard Pachoud

Martin Média | *Le Journal des psychologues*

2014/2 - n° 315
pages 32 à 36

ISSN 0752-501X

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2014-2-page-32.htm>

Pour citer cet article :

Pachoud Bernard, « Handicap psychique et insertion professionnelle : de nouvelles orientations théoriques et pratiques »,
Le Journal des psychologues, 2014/2 n° 315, p. 32-36. DOI : 10.3917/jdp.315.0032

Distribution électronique Cairn.info pour Martin Média.

© Martin Média. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



Bernard Pachoud

Psychiatre

Professeur de
psychopathologie,
CRMPS, université Paris-
Diderot, Sorbonne
Paris-Cité

Handicap psychique et de nouvelles orientations

La remédiation cognitive améliore le fonctionnement cognitif et social. Cela permet d'envisager autrement la question de l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique, en abandonnant le versant déficitaire. S'intéresser aux modalités de soutien apportées durant le parcours d'insertion représente une véritable prise de conscience aujourd'hui nécessaire pour envisager de nouvelles pratiques d'accompagnement vers et dans l'emploi.

En France, comme dans beaucoup de pays développés, la réinsertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique est devenue une préoccupation d'actualité pour un ensemble de raisons. L'amélioration des traitements pharmacologiques, plus respectueux des fonctions cognitives, permet mieux qu'auparavant d'envisager une reprise d'activité. Le raccourcissement des prises en charge hospitalières conduit à ramener rapidement les personnes dans leur environnement social, ce qui suppose aussi le maintien ou la restauration d'une activité, si possible à caractère professionnel. Le moindre délai entre l'interruption d'activité professionnelle, du fait de la maladie, et un éventuel retour à l'emploi est également un facteur facilitant la réinsertion. Sur le plan social, les lois sur le handicap, en particulier celle de 2005, dont sont bénéficiaires, au titre du handicap psychique, les personnes ayant présenté des troubles psychiatriques sévères, prévoient et favorisent des mesures de soutien à la réinsertion professionnelle. C'est dans ce contexte que se développe, en France, mais aussi à l'étranger, une diversité

de pratiques d'accompagnement à la réinsertion. Ce qui est sans doute plus nouveau, c'est que la réinsertion professionnelle de ce public soit devenue, dans le monde anglo-saxon principalement, une thématique de recherche majeure. De cette littérature internationale spécialisée et abondante (Corbière, Durand, 2011 ; Lloyd, 2010), un certain nombre de résultats se dégagent, d'autant plus saillants qu'ils sont contre-intuitifs et viennent remettre en question nos pratiques traditionnelles dans ce champ. Ces recherches portent en particulier sur les déterminants de la réinsertion professionnelle de ces personnes : contrairement au préjugé médical selon lequel la réduction des troubles est une condition à la reprise d'une activité de travail, elles établissent que l'évolution symptomatique n'est que faiblement corrélée aux capacités de travail (pour la schizophrénie, par exemple, il n'y a pratiquement pas de corrélation entre la symptomatologie positive et les performances de travail ; en revanche, la symptomatologie négative retentit sur les capacités de travail) (Addington *et al.*, 1991 ; Bowie *et al.*, 2010). Les performances cognitives altérées (en particulier les troubles de la mémoire, de l'attention et des fonctions exécutives dans la schizophrénie) ont également un impact sur les capacités de travail, mais elles ne sont ni suffisantes ni même le principal déterminant du retour à l'emploi (Bowie *et al.*, 2010). Nombre d'autres facteurs doivent être pris en compte. Parmi eux, il faut distinguer les facteurs personnels et les facteurs liés à l'environnement du sujet. Les premiers sont notamment les facteurs liés au travail, tels que le niveau de formation et, surtout, l'expérience acquise du monde du travail, avant la maladie ou, plus généralement, le rapport que le sujet entretient avec le travail, mais aussi ses aptitudes relationnelles (requis pour s'intégrer dans le collectif de travail) et, enfin, les facteurs motivationnels, difficiles à objectiver, par exemple le « sentiment d'efficacité » à faire face aux exigences de tel ou tel emploi et à surmonter les obstacles à l'insertion (Corbière *et al.*, 2004 ;

insertion professionnelle : théoriques et pratiques

Pachoud *et al.*, 2009). À ces facteurs individuels, il faut joindre les facteurs environnementaux, tel que le soutien apporté par l'entourage de la personne à ses démarches de réinsertion ou, plus spécifiquement, la qualité de l'accompagnement médico-social, qui jouent un rôle essentiel pour la reprise d'une activité professionnelle (Corbière *et al.*, 2011 ; Drake *et al.*, 2012).

Comme nous allons le détailler, il est frappant de constater que les travaux de recherche tendent aujourd'hui à se développer en se focalisant de plus en plus sur les déterminants externes ou environnementaux de l'insertion professionnelle, tels que les modes d'accompagnement vers l'emploi, les compétences des professionnels de l'accompagnement vers l'emploi (Loisel, Corbière, 2011) ou les accommodements de travail en entreprise pour ces personnes plutôt que sur les propriétés des personnes supposées conditionner leur employabilité. Cette évolution est remarquablement convergente avec l'évolution des conceptions concernant la notion de handicap.

LA NOTION DE HANDICAP

En France, c'est en qualité de personne vivant avec un handicap – le « handicap psychique » ayant été introduit, depuis la loi de 2005, pour le distinguer du handicap mental, lié à une déficience intellectuelle – que les personnes ayant des troubles psychiatriques peuvent bénéficier de mesures de soutien social et de dispositifs médico-sociaux d'aide à l'insertion professionnelle.

La notion de handicap psychique renvoie aux conséquences (ou au retentissement) de la maladie mentale sur les activités et la vie quotidienne d'une personne, ainsi qu'au désavantage social qui en résulte. Elle est essentiellement inspirée des travaux préparatoires de la nouvelle classification des handicaps de l'Organisation mondiale de la santé¹, puis surtout de la Cif², travaux qui doivent eux-mêmes beaucoup aux propositions de redéfinition du handicap

par les mouvements de personnes handicapées, qui se sont démarqués d'une conception déficitaire et ont déplacé l'attention de la maladie sur l'ensemble de ses conséquences pratiques et sociales, puis sur les déterminants situationnels de ces conséquences. Or, s'il existe aujourd'hui un apparent consensus sur cette définition, elle laisse en fait le champ ouvert à des appréciations très différentes concernant le handicap psychique, du fait, d'une part, de la plus ou moins grande importance que l'on accorde à ces « conséquences de la maladie sur la vie des personnes » et, d'autre part, parce qu'elle ne se prononce pas sur les déterminants de ce retentissement qui restent très diversement compris et évalués.

Il est maintenant admis que doivent être distingués au moins deux modèles du handicap :

- En premier lieu, le modèle médical (ou biomédical), traditionnel, se focalise sur la ou les déficiences qui, certes, entravent la personne dans son autonomie, ses activités et sa vie quotidienne, mais sont conçues comme des conséquences plus ou moins directes de la maladie. Par conséquent, c'est en s'attaquant à la maladie – en optimisant les soins – que l'on espère réduire le handicap. Il est vrai que cette approche médicale tend à s'élargir avec la prise en considération des déficiences cognitives induites par la maladie. Selon la même logique, on adjoint alors aux soins des pratiques de remédiation cognitive pour tenter de réduire le handicap, ce dernier restant compris comme la conséquence directe des troubles et des déficiences de la personne.

Notes

1. Oms, 1980, « Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités, désavantages », Genève, CTNERHI-INSERM, 1988.

2. Oms, 2001, « Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé », Genève.



→ • Le modèle alternatif, qualifié de modèle « social » du handicap, revendique que soient considérées non seulement les déficiences de l'individu imputables à sa maladie, mais aussi l'ensemble des conséquences de la maladie pour sa vie ; puis, dans un second temps, il déplace l'attention des déterminants individuels ou personnels de ce retentissement vers ses déterminants situationnels ou environnementaux. Il faut insister sur ce double changement de perspective. En premier lieu, il s'agit d'un déplacement d'attention de la maladie sur les répercussions de celle-ci sur la vie de la personne, sur ses activités et sa vie relationnelle. Or, cet impact sur le devenir de la personne et sa vie sociale ne dépend pas seulement, ni même prioritairement, de la maladie et de son évolution. Un ensemble d'autres facteurs, non médicaux, s'avèrent des déterminants majeurs du devenir des personnes et constituent, dès lors, un champ d'investigation et d'intervention spécifique, propre au handicap, plus large que le champ de la perspective médicale. Le second changement de perspective tient à la reconnaissance du rôle essentiel des déterminants environnementaux ou situationnels sur le devenir de la personne, sur ses limitations d'activité et d'accès à des aspects importants de la vie sociale (par exemple au travail). Dans le cas du handicap psychique, le facteur environnemental aggravant les limitations d'accès et d'activité tient pour l'essentiel à l'impact négatif des représentations sociales concernant la folie et les troubles psychiatriques : il en résulte une stigmatisation des personnes atteintes de ces maladies, stigmatisation qui, en contribuant à leur marginalisation, voire à leur exclusion, participe largement au handicap (Slade, 2009). À ces deux principaux modèles du handicap, on pourrait ajouter ce que nous qualifierons de « modèle du dépassement du handicap » lié à la perspective du rétablissement. Cette approche requiert un nouveau changement de perspective – on devrait même plutôt parler, dans ce cas, de « changement de regard », car il concerne la façon dont la personne elle-même considère sa situation de handicap (Deegan, 1988 ; Slade, 2009). Il ne s'agit pas, en effet, d'en rester à la prise de conscience des limitations subies, mais d'envisager les ressources disponibles et les possibilités de parvenir à une forme de dépassement du handicap. Or, le facteur ici déterminant est subjectif : ce qui est essentiellement requis, c'est un changement de regard de la personne sur sa situation de handicap et, corrélativement, un changement de posture. Il s'agit de se départir d'une posture passive d'invalidé, pour « reprendre en main » le cours de sa vie et retrouver un contrôle sur son destin. Le mouvement du « rétablissement » incarne ce changement d'attitude,

qui doit être favorisé par l'environnement, mais qui résulte prioritairement d'un changement de regard de la personne sur sa situation et sur ses possibilités. Il est important de noter que les principaux penseurs de ce modèle sont les personnes souffrant d'un handicap psychique elles-mêmes : elles sont sans doute les mieux à même de spécifier tout autant cette expérience du handicap psychique que celle de ce changement de regard sur leur situation, comme elles le revendiquent d'ailleurs (Amering, Schmolke, 2009 ; Deegan, 1988). Ces différents modèles du handicap gagnent à être considérés comme complémentaires, même si leur articulation soulève des difficultés liées, par exemple, à des conflits de priorité. Ce qui distingue essentiellement ces conceptions du handicap, ce sont, au départ, de simples déplacements d'attention ou de focus, mais qui impliquent une nouvelle hiérarchisation des préoccupations, la prise en compte de nouveaux facteurs et de dimensions auparavant négligés et une nouvelle pondération des déterminants du devenir de la personne. Comprendre le handicap psychique, selon ces différentes conceptions, c'est s'efforcer de prendre la mesure de ce qu'implique, sur le plan théorique, mais aussi sur le plan des pratiques de soutien, ces déplacements de focus, en particulier cette nouvelle hiérarchisation des objectifs et, corrélativement, des moyens appropriés pour les atteindre.

DES PRATIQUES INNOVANTES D'ACCOMPAGNEMENT VERS ET DANS L'EMPLOI

Un des résultats les plus saillants de la recherche sur l'insertion professionnelle des personnes vivant avec des troubles mentaux, c'est l'importance décisive des modes et de la qualité de l'accompagnement vers et dans l'emploi, ce qui confirme l'impact de l'environnement souligné par les modèles contemporains du handicap. Un grand nombre d'études se sont focalisées sur la comparaison des méthodes et pratiques d'accompagnement vers l'emploi, faisant apparaître qu'il s'agit là d'un facteur essentiel de la réinsertion au travail de ce public. Un type de pratique dite de « soutien à l'emploi » (*supported employment*) s'est imposé comme le plus efficace : toutes les études comparatives (randomisées contrôlées) lui reconnaissent un taux d'insertion en milieu ordinaire de travail au moins deux fois supérieur à celui obtenu par les pratiques traditionnelles d'aide à la réinsertion pour ces personnes (Bond *et al.*, 2001 ; Drake *et al.*, 2012). Une méta-analyse portant sur le programme IPS (*Individual Placement and Support*) « d'intégration dans l'emploi avec accompagnement individualisé » – le plus représentatif de la pratique

de « soutien à l'emploi » – établit un taux d'insertion moyen en milieu ordinaire d'environ 60 % à l'issue d'un suivi de dix-huit mois en moyenne, alors qu'il n'est que de 24 % avec les autres méthodes d'accompagnement (Bond *et al.*, 2008). Cette pratique particulièrement performante s'oppose par divers aspects aux pratiques traditionnelles de réinsertion. Alors que ces dernières reposent sur la progressivité et le réentraînement préalables à l'insertion en milieu ordinaire de travail, et respectent le principe, qui semble de bon sens, du « *train and place* » (entraîner ou former, puis réinsérer), l'approche alternative revendique et opère le renversement de ce principe, qui devient « *place and train* » : insérer d'abord, puis former et soutenir dans le cadre de l'activité de travail. Il s'agit donc d'insérer au plus vite les personnes en milieu ordinaire de travail, sans étapes préparatoires qui tendent à différer indéfiniment le retour à l'emploi réel, mais d'assurer ensuite, sur le long terme, un réel soutien dans l'activité de travail. Une même personne, qualifiée de « *job coach* » – ou, au Québec, de « conseiller en emploi spécialisé » –, assume les différentes tâches que sont l'aide à la recherche et à l'obtention d'un emploi et ensuite le soutien à la prise de poste, puis tout au long de l'activité de travail. Sans pouvoir proposer ici une présentation détaillée de ce type de pratique – nous renvoyons pour cela à une documentation facilement accessible³ –, il importe de s'interroger sur les ressorts de son efficacité et sur les principales divergences avec l'approche traditionnelle. Ces résultats viennent, en effet, remettre en cause nos pratiques dominantes, nos habitudes et, par conséquent, les croyances (ou préjugés) qui les fondent.

- Il y a d'abord lieu de s'étonner des résultats obtenus : 60 % des personnes vivant avec des troubles psychiques seraient insérées en milieu ordinaire en moins de dix-huit mois, sans qu'il y ait eu de présélection de ces personnes selon leurs troubles ou leur employabilité (en vertu du principe éthique « d'exclusion zéro » propre au modèle IPS). Certes, on peut discuter ces données de recherche, s'interroger sur la durée des insertions réalisées, sur d'éventuels modes de sélection cachés (*via* les procédures de recrutement, les abandons). Mais le scepticisme couramment exprimé face à ces résultats ne relève pas de la seule et légitime critique scientifique : il trahit également la croyance dominante que cette intégration en milieu ordinaire de travail n'est que rarement possible pour ces personnes, et peut-être même pas souhaitable. Ce type de croyance, si on admet ces résultats de recherche, s'avère un préjugé, qui, en effet, influe sur nos pratiques. Il est d'ailleurs notable – et problématique – que nous ne disposons pas, en France, de statistiques publiées sur les taux d'intégration en milieu ordinaire de travail

de ces personnes ni d'ailleurs d'étude publiée sur l'efficacité de nos pratiques dans ce domaine.

Dans l'accompagnement en milieu protégé, par exemple, l'accès au milieu ordinaire de travail est rarement retenu comme un objectif priorisé, à l'exception de quelques établissements, tels ceux de Messidor, qui revendiquent et se donnent les moyens de cet objectif. Cette association est d'ailleurs à ce jour, à notre connaissance, la seule à avoir



débuté une expérimentation de « soutien à l'emploi ». Elle obtient, avec un an de recul, des résultats comparables à ceux obtenus dans les études citées.

- Second résultat notable de ces travaux : ce ne sont pas, comme on pourrait s'y attendre, les propriétés des personnes en situation de handicap (leurs ressources et leurs limitations) qui s'avèrent déterminantes pour le succès de l'insertion professionnelle, mais le mode



Note

3. Latimer E., 2008, *Le Soutien à l'emploi de type « placement et soutien individuels » pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves : sa pertinence pour le Québec*.
http://www.iness.qc.ca/fileadmin/doc/AETMIS/Rapports/Psychologie/MO-2008-01_Modele_IPS.pdf.

→ d'accompagnement et la politique mise en œuvre pour l'inclusion dans le monde du travail de ces personnes.

• Enfin, au sein même des programmes de « soutien à l'emploi », le taux d'insertion en milieu ordinaire, s'il atteint en moyenne (dans une méta-analyse) 60 %, varie en réalité considérablement (de 27 % à 78 %) selon les contextes et modes de mise en œuvre de ce type de pratique (Bond *et al.*, 2008).

Dans une recherche comparant vingt-trois programmes de mise en œuvre du « soutien à l'emploi » à travers l'ensemble du Canada, Marc Corbière et ses collaborateurs (2010) montrent que ces variations de résultats dépendent essentiellement de la qualité de l'accompagnement et, plus spécifiquement, de certaines compétences et attitudes des « *job coach* » ou conseillers en emploi spécialisés.

D'où l'essor des recherches portant justement sur les compétences et les attitudes de ces professionnels (Loisel, Corbière, 2011). Ainsi apparaît-il que le mode et la qualité de l'accompagnement sont un des principaux déterminants de l'insertion en milieu de travail ordinaire de ce public.

• On peut, enfin, se demander ce qui, fondamentalement, différencie cette pratique innovante d'« emploi accompagné⁴ », parfois qualifiée aussi de « *job coaching* », puisqu'elle repose, en effet, sur l'accompagnement par ce seul professionnel des pratiques traditionnelles, et ce qui peut contribuer à expliquer son efficacité. Il est frappant de constater que ce type de pratique a, en réalité, pour origine et reste guidé par des valeurs et des principes éthiques que nous ramènerons ici schématiquement au nombre de trois :

- une volonté de prioriser l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap ;
- un mode d'accompagnement personnalisé et de proximité, continu et capable de s'adapter aux besoins spécifiques de chaque personne accompagnée, pour en promouvoir l'autonomie et le destin propre : à ce titre, cet accompagnement satisfait aux principes de l'éthique du *care* (Pachoud, 2012 ; Pachoud, Allemand, 2013) ;
- enfin, seul un mode d'organisation du soutien laissant aux accompagnants une large autonomie et un pouvoir d'initiative et d'action peut rendre possibles cette continuité et cette adaptabilité de l'accompagnement et, finalement, permettre de promouvoir l'autonomie des personnes accompagnées vers l'emploi. Il apparaît ainsi que le principe – et la visée – d'*empowerment* des personnes accompagnées, c'est-à-dire la restauration

de leur pouvoir d'initiative et d'agir, s'avère dépendant de l'*empowerment* des accompagnants, qui, lui-même, dépend des modes d'organisation et de gouvernance des pratiques de réinsertion et des rapports de pouvoir qui en découlent (Amering, Schmolke, 2009 ; Slade, 2009).

Il nous semble important de remarquer que ces pratiques, qui s'imposent dans le monde anglo-saxon comme des pratiques de référence en raison de leur efficacité – elles sont aussi qualifiées de pratiques fondées sur des données probantes (*evidence based*) (Drake *et al.*, 2012) –, ont été au départ conçues pour répondre à des exigences éthiques ; or ces principes éthiques qui les ont inspirées et continuent de les guider s'avèrent aussi les principaux ressorts de leur efficacité.

EN CONCLUSION

Pour terminer, on peut chercher à préciser mieux la place de la remédiation cognitive dans les pratiques de soutien à la réinsertion professionnelle. Il a été clairement établi que les pratiques de remédiation cognitive ciblées en fonction des besoins spécifiques des personnes contribuaient à faciliter une insertion professionnelle durable (Bell *et al.*, 2008 ; McGurk *et al.*, 2005). Il nous paraît intéressant aussi de remarquer que les équipes de chercheurs qui ont empiriquement démontré – et cherché à promouvoir – la pertinence de la remédiation cognitive pour le retour à l'emploi, sont aussi celles qui ont démontré – et qui contribuent à promouvoir – la supériorité des pratiques d'accompagnement de type « *place and train* », que nous venons d'exposer (McGurk *et al.*, 2005 ; 2007). Cette évolution émane des résultats de leurs recherches. L'étude des déterminants du retour à l'emploi de ce public fait apparaître que les performances cognitives sont certes un facteur à prendre en compte et à optimiser, mais que le mode d'accompagnement – de type « *place and train* » –, ainsi que la qualité de cet accompagnement, sont des déterminants qui s'avèrent encore plus importants pour l'accès à l'emploi en milieu ordinaire. Il convient donc d'articuler ces deux approches pour optimiser les chances d'intégration professionnelle durable. Cela constitue une illustration de l'intérêt d'articuler l'approche médicale et l'approche sociale du handicap, afin de maximiser les ressources qui permettraient de le dépasser. ▶

Note

4. Voir la brochure d'information et les normes de qualité de l'Union européenne de l'emploi assisté. <http://www.euse.org/resources/publications/EUSE%20Information%20Brochure%20-%20French.pdf>

Cette recherche a bénéficié de l'aide conjointe de la mission recherche de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (MIRE-DREES), de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dans le cadre de l'appel à recherche lancé par l'IRESP en 2011.