

L'accompagnement vers et dans l'emploi comme voie de rétablissement pour les personnes en situation de handicap psychique. Les ESAT de transition de l'association Messidor*

Inès de Pierrefeu¹, Bernard Pachoud²

RÉSUMÉ

L'association Messidor, spécialisée dans la réinsertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique, propose au sein de ses ESAT « de transition » un accompagnement dans le cadre d'une expérience de travail, avec pour objectif une insertion en milieu ordinaire de travail ou bien une autre voie de rétablissement dans une vie active et sociale. À partir d'une étude des pratiques d'accompagnement au travail au sein de Messidor, nous nous attacherons à préciser comment les valeurs du rétablissement y sont mises en œuvre concrètement et s'avèrent un ressort d'efficacité. La promotion de ces valeurs requiert cependant de trouver un équilibre entre des principes éthiques divergents : par exemple entre des prises de risque mesurées de la part des accompagnants de Messidor, qui témoignent ainsi d'une confiance, et une exigence de sécurité et de protection, ou bien entre le respect de l'autodétermination et celui du principe de réalité.

Mots clés : handicap psychique, insertion professionnelle, travail, atelier protégé, centre d'aide par le travail, accompagnement

ABSTRACT

Support services towards and during employment as the way to recovery for people with mental disabilities. ESAT transition association Messidor. Messidor association support services are devoted to the vocational rehabilitation for people living with mental disabilities. It provides "transitional" support within sheltered employment, aiming at enabling people to obtain a job in the competitive work market or to find another personal way toward their own recovery. We attempted to specify how the recovery values are implemented within Messidor support practices, and turn out to be a source of efficacy. Promoting the values underlying the recovery process requires striking a balance between different ethical principles such as taking a reasonable risk to move toward autonomy and protection requirements, or between respect for the self-determination and the sense of reality.

Key words: psychiatric disability, vocational outcome, sheltered employment, supported employment, recovery, empowerment, values based practices

¹ Psychologue clinicienne, doctorante au CRMPS, Université Paris-Diderot, Sorbonne Paris Cité Q1

² Psychiatre, professeur de psychopathologie, CRMPS, Université Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité Q2
<bernard.pachoud@gmail.com>

* 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.

Tirés à part : B. Pachoud

RESUMEN

El acompañamiento hacia y dentro del trabajo como vía de restablecimiento para las personas en situación de discapacidad psíquica. Los ESAT de transición de la asociación Messidor La asociación Messidor, especializada en la reinserción profesional de las personas en situación de deficiencia psíquica, propone dentro de sus ESAT “de transición” un acompañamiento en el marco de una experiencia laboral, con el objetivo de una inserción en un medio ordinario de trabajo o bien otra vía de restablecimiento en una vida activa y social. Partiendo de un estudio de las prácticas de acompañamiento en el trabajo dentro de Messidor, nos preocuparemos por puntualizar cómo los valores del restablecimiento están ahí puestas a práctica concretamente y confirman que son un recurso de eficacia. La promoción de estos valores requiere sin embargo encontrar un equilibrio entre principios éticos divergentes: por ejemplo entre una asunción correctamente valorada de riesgos de parte de los acompañantes de Messidor, que dan fe así de una confianza, y una exigencia de seguridad y protección, o bien entre el respeto de la autodeterminación y el del principio de realidad.

Palabras claves : deficiencia psíquica, inserción profesional, trabajo, taller protegido, centro de ayuda mediante el trabajo, acompañamiento

Quelques résultats contre-intuitifs de la recherche en matière de réinsertion professionnelle des personnes présentant des troubles mentaux

En France comme dans beaucoup de pays développés, la réinsertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique est devenue une préoccupation d'actualité : on voit se développer une diversité de pratiques d'accompagnement à la réinsertion, et, dans le monde anglo-saxon principalement, une activité de recherche croissante dans ce domaine. En témoignent de très nombreuses publications, et maintenant des ouvrages de synthèse [10, 21].

De cette littérature internationale spécialisée, abondante, 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 ; les variables médicales, auxquelles on peut associer les variables cognitives, ne sont en fait ni suffisantes, ni même le principal déterminant du retour à l'emploi. 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 l'expérience acquise du monde du travail avant la maladie ou le rapport que le sujet entretient avec le travail, mais aussi ses aptitudes relationnelles (liées à sa cognition sociale), et enfin les facteurs motivationnels nombreux et de nature diverse [15, 28] ; les facteurs environnementaux, en particulier la qualité de l'accompagnement et du soutien apportés à la démarche de réinsertion, jouent un

rôle essentiel pour la reprise d'une activité professionnelle [16, 18].

Un autre résultat majeur ressort quant à lui des études comparatives des méthodes et pratiques d'accompagnement vers l'emploi. 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 [4, 18]. 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 18 mois en moyenne, alors qu'il n'est que de 24 % avec les autres méthodes d'accompagnement [5]. Cette pratique performante s'oppose par divers aspects aux pratiques traditionnelles de réinsertion. Alors que ces dernières reposent sur la progressivité et le réentraînement préalable à l'insertion en milieu de travail ordinaire, 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 nous arrêter ici à une présentation détaillée de ce type de pratique, facilement accessible par ailleurs [3, 20, 27], nous allons évoquer quelques données apportant un éclairage sur les ressorts de son efficacité.

Les recherches qui ont contribué à faire connaître cette pratique en montrant son efficacité établissent que, au sein même des « programmes de soutien à l'emploi », définis pas une série de principes [8, 18], si le taux d'insertion en milieu ordinaire atteint en moyenne 60 % dans une méta-analyse, il varie en réalité de 27 % à 78 % selon les contextes et modes de mise en œuvre de ce type de pratique [5]. Or il ressort que ces variations dépendent en grande partie des professionnels qui assurent l'accompagnement vers et dans l'emploi [12, 19]. On assiste pour cette raison à l'essor des recherches portant sur les compétences et les attitudes de ces professionnels [22, 34]. Une récente étude, conduite aux Pays-Bas et au Canada, montre que les principales compétences de ces « conseillers en emploi » peuvent être structurées en douze composantes ; la plus significative pour prédire de bons résultats d'insertion est la capacité d'établir des relations étroites avec les acteurs de l'intégration au travail, les employeurs en particulier [9].

Pour notre part, en cherchant à spécifier ce qui fondamentalement différencie les pratiques nouvelles des pratiques traditionnelles, et ce qui peut contribuer à expliquer leur efficacité, nous avons été frappés de constater que les pratiques performantes étaient guidées par des valeurs et des principes éthiques, que schématiquement nous ramènerons ici à trois :

- une volonté de prioriser l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap [32] ;
- 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* [23, 25, 27] ;
- enfin, seul un mode d'organisation du soutien laissant aux accompagnants une large autonomie et un pouvoir d'initiative et d'action peut rendre possible 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 [26].

Une pratique originale d'accompagnement vers l'emploi : les ESAT de transition de l'association Messidor

C'est dans ce contexte, et en tenant compte de ces données de la recherche, que nous avons entrepris l'étude d'une pratique originale d'accompagnement dans l'emploi, déve-

loppée en France par l'association Messidor : implantée dans la région Rhône-Alpes depuis 37 ans, cette structure associative est spécialisée dans la réinsertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique. Environ 700 personnes par an y bénéficient d'un accompagnement dans le travail, assuré par 180 professionnels répartis dans 13 établissements. Cette pratique a cela de remarquable qu'elle consiste à favoriser la réinsertion professionnelle en milieu ordinaire, à partir d'une expérience de travail en milieu protégé (en ESAT), envisagée comme une étape, une transition, soit vers une activité de travail en milieu ordinaire, soit vers un autre type d'activité et de rétablissement social. Nous reviendrons sur cette notion de rétablissement qui constitue la visée explicite de ce parcours.

Cette pratique se distingue par ses résultats : 25 % environ des personnes engagées dans cette démarche de transition au sein de Messidor parviennent, après 3 à 4 ans en moyenne, à une insertion en milieu ordinaire de travail [6]. Ce taux d'accès à l'emploi ordinaire est nettement supérieur à celui observé dans les autres ESAT dédiés au handicap psychique ; et c'est aussi, pour la France et à notre connaissance, un excellent taux d'insertion professionnelle pour les personnes concernées.

Il est trop tôt pour présenter ici notre étude – encore en cours – qui vise à identifier les ressorts d'efficacité de cette pratique, en analysant d'une part les compétences des professionnels de l'accompagnement au sein de Messidor, et d'autre part le processus de rétablissement des travailleurs engagés dans cette « transition par le travail ». Nous nous limiterons ici à caractériser le mode d'accompagnement proposé au sein de Messidor, puis nous nous focaliserons sur ce que signifie concrètement dans ce cadre « une pratique axée sur le rétablissement ».

Dans une étude exploratoire, avec une méthodologie qualitative, nous nous sommes attachés en premier lieu à relever les caractéristiques du mode d'accompagnement développé au sein de Messidor, en tentant de rendre compte des leviers de performance de cette pratique, notamment en termes de retour à l'emploi en milieu ordinaire. Un certain nombre de ces facteurs sont revendiquées dans le projet associatif de Messidor [6] :

1. Un taux d'encadrement élevé : un moniteur d'atelier pour 5 ou 6 travailleurs environ, pour une moyenne de un moniteur pour 12 à 15 travailleurs, et parfois plus, dans les ESAT dédiés au handicap psychique.
2. Une exigence de productivité, qui tend vers celle du milieu ordinaire et permet de dégager les ressources économiques nécessaires pour assurer cet encadrement personnalisé ; les travailleurs sont amenés à s'adapter à cette exigence de productivité.
3. L'accompagnement individualisé des travailleurs ne se réduit pas à leur parcours professionnel au sein de l'ESAT, mais se prolonge dans leur projet d'insertion en milieu ordinaire, de la recherche d'un emploi aux débuts de

leur nouvelle activité dans l'entreprise. Une pratique qui s'apparente au *job coaching* des « pratiques de soutien à l'emploi » dans le monde anglo-saxon [7, 8, 11, 27].

4. Un dernier facteur est le principe du double encadrement des travailleurs des ESAT, par le moniteur d'atelier – nommé le responsable d'unité de production (RUP) chez Messidor –, et le conseiller d'insertion (CI)

Cette complémentarité dans l'accompagnement, assuré à la fois par le moniteur d'atelier et le conseiller d'insertion, contribue au processus de transition. Il permet le développement d'un mouvement de reconstruction de l'identité professionnelle, et rend ainsi plus accessible le milieu ordinaire de travail pour certains. Concrètement, avec le RUP, le travailleur développe des compétences professionnelles transférables en milieu ordinaire et des compétences comportementales de savoir-être au travail et en collectivité. Ces acquisitions et ces succès restaurent sa confiance et lui prouvent qu'il peut dépasser des obstacles qui lui semblaient insurmontables au départ. Cette observation est convergente avec les travaux montrant que le soutien à l'emploi contribue à restaurer un sentiment d'efficacité, notamment à surmonter les obstacles à la réinsertion, ce qui est corrélé avec le retour à l'emploi en milieu ordinaire [11, 14]. Avec le CI, le travailleur est invité à construire un projet de sortie, vers un emploi en milieu ordinaire ou vers un autre type de sortie adapté pour lui. Cet engagement dès le départ à envisager un « après », un « ailleurs » hors de Messidor, est déterminant pour assurer qu'il s'agit d'une transition.

La pratique de Messidor est originale en France ; elle ne s'apparente pas exactement à celle des ESAT traditionnels, et s'avère finalement plus facilement comparable à des pratiques étrangères. Si l'on cherche à la situer parmi ce qui apparaît dans la littérature internationale de recherche comme les modèles de référence en matière d'intégration au travail, cette pratique apparaît comme un modèle hybride entre le travail en milieu protégé, une entreprise à économie sociale et un programme de soutien à l'emploi [13, 29]. En effet, le travail dans ces ESAT de transition correspond bien à un temps de préparation avant l'insertion, mais dans un contexte professionnel proche du milieu ordinaire, avec des exigences économiques importantes : cette pratique s'apparente à celle des entreprises sociales de type A qui mêlent dans une même structure des travailleurs en situation de handicap et des travailleurs valides [36]. Par l'incitation et le soutien apporté à l'insertion en milieu ordinaire de travail, cette pratique s'apparente plutôt aux entreprises sociales de type B, mais aussi bien sûr aux programmes de soutien à l'emploi [18, 26] : comme dans les programmes de soutien à l'emploi, les équipes de Messidor axent leur travail sur l'idée que la réinsertion en milieu ordinaire de travail est possible pour les personnes en situation de handicap psychique, et qu'elle est souhaitable pour qu'ils retrouvent un sentiment de pleine intégration dans la vie sociale et professionnelle. Cette conviction et cette détermination dans le

soutien s'avèrent des facteurs déterminants dans l'efficacité de l'accompagnement ; cela ressort de nos résultats préliminaires, en conformité à ce qui est décrit dans la littérature [9, 19, 29].

On retrouve cette proximité entre l'accompagnement que propose Messidor et les pratiques de soutien à l'emploi anglo-saxonnes dans les principes éthiques qui orientent ces deux types d'accompagnement [2] : la visée de l'inclusion sociale des personnes vulnérables, un accompagnement individualisé et « sur mesure », et le souci de promouvoir l'*empowerment* des personnes. Nous verrons que ces principes sont également associés à la visée du rétablissement dans laquelle Messidor reconnaît une reformulation et un prolongement des intuitions de son fondateur, Vincent Verry [33], et qui oriente et structure ses pratiques d'accompagnement.

Que signifie une pratique axée sur le rétablissement ? En premier lieu, que l'objectif essentiel n'est pas la réinsertion professionnelle : celle-ci n'est qu'un moyen, certes privilégié, d'un rétablissement dans une vie active et sociale, mais il existe d'autres voies que le travail pour se rétablir ou accéder à une vie satisfaisante. Si à l'issue de son expérience de travail au sein de Messidor, une personne arrive à la conclusion que sa voie de rétablissement n'est pas le travail, mais un autre type d'activité, cette issue est également considérée comme un succès et elle sera accompagnée. Il reste à préciser comment, dans l'accompagnement, est privilégiée cette visée du rétablissement.

Une pratique axée sur le rétablissement, une pratique orientée par des valeurs

Nous ne reviendrons que brièvement sur la perspective – ou le paradigme – du rétablissement, que nous avons présenté en 2012 dans cette même revue [24]. Rappelons qu'à la différence des notions médicales de guérison ou de rémission, qui désignent des modalités évolutives de la maladie, la notion de rétablissement caractérise le devenir de la personne. Il s'agit de « sortir de la maladie mentale », de « s'en sortir » comme on dit familièrement ; cela ne requiert pas que la maladie ait complètement disparu, mais que la personne ait pu se dégager d'une identité de « malade mental », et recouvrer une vie active et sociale en dépit d'éventuelles difficultés résiduelles [1].

Or, le « devenir de la personne » n'est pas déterminé uniquement, ni même prioritairement, par les paramètres médicaux, contrairement au préjugé médical. S'occuper du rétablissement, c'est donc prendre en compte, et éventuellement prendre appui sur ses autres déterminants : au premier rang desquels les objectifs propres de la personne, ses ressources pour les atteindre, mais aussi des facteurs subjectifs tels que la croyance ou l'espoir qu'un tel rétablissement est possible. Et souvent c'est un changement de

regard de la personne sur sa situation de handicap qui initie ce processus : un changement par lequel, dans un même mouvement, elle accepte les limitations imposées par le handicap et découvre qu'il persiste des possibles, des voies de développement et d'accomplissement de soi [1, 17].

On observe couramment aujourd'hui une disjonction entre l'évolution de la maladie et le devenir de la personne. En particulier avec les traitements actuels, il n'est pas rare de rencontrer des patients cliniquement stabilisés, en rémission symptomatique, qui conservent cependant un lourd handicap social – avec une absence d'activité et un profond isolement. Ce constat incite à développer, à côté de la stratégie médicale traditionnelle qui vise à optimiser l'évolution de la maladie – la rémission –, une stratégie complémentaire visant l'optimisation du devenir de la personne, donc le rétablissement, en tenant compte de ses déterminants propres : parmi les plus significatifs, la réappropriation d'un pouvoir de décider et d'agir (*empowerment*) et la restauration d'un contrôle sur sa vie.

Ces facteurs ont des conditions subjectives et inter-subjectives : la restauration de l'espoir, la confiance de l'entourage – soignants ou proches – dans les potentialités de la personne ; et des conditions éthiques : pour la personne, la question est celle de ses choix de vie. En tant que processus de redéfinition de soi, le rétablissement suppose un rapport évaluatif à soi, qui peut être considéré comme la forme élémentaire de l'expérience éthique. Cela requiert de l'entourage le respect et la promotion d'un principe d'autodétermination [31].

On rappelle parfois que pour promouvoir les droits des personnes handicapées, il importe de les protéger – juridiquement, ou par des mesures d'accompagnement –, tout en veillant à préserver, néanmoins, et autant que possible, leur autonomie, leurs préférences, leurs choix de vie. La perspective du rétablissement propose en quelque sorte un renversement de cet ordre de priorité : il s'agit d'abord de promouvoir, de soutenir et de respecter l'autonomie de la personne, son autodétermination, en veillant cependant à ce qu'elle ne se mette pas en danger. Certes, il y a dans chacune de ces deux approches un équilibre à trouver entre protection et autonomisation, et on peut considérer qu'idéalement elles convergent. Elles recouvrent cependant des démarches différentes, précisément dans la façon de concevoir et d'arbitrer la tension entre les exigences de protection de la première, de respect de l'autodétermination de la seconde.

La perspective du rétablissement incarne aussi un changement de registre. Il s'agit de passer d'une stratégie de soins curatifs, fondée sur l'expertise des soignants (que cherche à garantir le paradigme de l'*Evidence Based Medicine*), mais qui tend à laisser le « patient » dans une posture passive, à une stratégie de réinsertion et de réengagement dans un projet de vie, qui requiert une posture active de la personne, la réappropriation par elle-même de sa vie et de son projet ; dès lors, cette pratique apparaît moins guidée

par un savoir que par des valeurs, comme le souligne le courant alternatif de la « médecine fondée sur des valeurs » (*Values based medicine*) [2, 31].

Les dilemmes éthiques d'une pratique orientée par les principes du rétablissement

Notre étude sur les accompagnants de Messidor a permis de repérer que certaines situations d'accompagnement, marquées par le souci de promouvoir le rétablissement en respectant ses principes, confrontent les professionnels à des difficultés, assimilables à des dilemmes éthiques.

Parmi les principes visant à soutenir le processus de rétablissement, nous retiendrons en particulier que les professionnels doivent adopter un « changement de point de vue ou de regard » sur la personne accompagnée, en cessant de la considérer d'abord comme « malade » – voire comme handicapée – pour la valoriser en tant que personne, reconnue dans son potentiel, comme actrice de sa vie et de son inclusion sociale [30]. Une première difficulté apparente est que cela implique de se départir de l'*asymétrie* propre à toute relation de soin, dans laquelle une forme de pouvoir s'exerce du soignant sur le soigné, l'un étant en supériorité de capacité sur l'autre [35]. Dans une approche axée sur le rétablissement, c'est bien cette asymétrie qu'il convient de limiter. Le supplément de capacité de l'accompagnant sur l'accompagné se voit temporisé au profit d'une valorisation par l'accompagnant des capacités existantes chez l'accompagné. Le principe est de s'axer sur les forces et les potentiels de la personne, plutôt que sur ses limites et ses restrictions, et de promouvoir ou de restaurer son « pouvoir d'agir », conformément à l'idée d'*empowerment*. Cette orientation, qualifiée aussi de « pratique centrée sur la personne », est soucieuse de privilégier l'autodétermination : la personne est non seulement consultée mais c'est elle qui prend les décisions et choisit son orientation. Elle est considérée comme actrice de sa vie ; cela signifie qu'elle est également responsable de ses choix et de ses actes, et ne sera pas maternée ou assistée, ou encore infantilisée. En revanche, même si la personne est valorisée et responsabilisée, la reconnaissance du droit à l'erreur et de la non-linéarité du parcours reste pour autant centrale. Le rétablissement est un processus, ce n'est pas une progression linéaire facile, mais un parcours semé d'embûches et de chutes qui doivent être acceptées.

Assurer un accompagnement qui respecte ces différentes polarités, qui trouve le juste équilibre entre ces exigences, n'est pas toujours facile au quotidien. Nous avons caractérisé plus haut le mode d'accompagnement de Messidor qui repose sur deux professionnels, le responsable d'unité de production (RUP) et le (en réalité le plus souvent la) conseillère d'insertion (CI). Responsable et conseillère d'insertion s'assurent donc tous deux que le travailleur ait un projet de

sortie et l'accompagnent dans sa mise en œuvre, en veillant cependant à ne pas « faire à sa place ». Deux principes du rétablissement sont clés dans cette pratique : le *principe d'autodétermination* et celui de *responsabilité*. Sur le terrain, le respect de ces principes confronte les accompagnants à des difficultés, qui s'apparentent souvent à des « dilemmes éthiques » dont voici quelques illustrations.

Quelle attitude adopter à l'égard d'un travailleur dont le projet d'insertion semble prématuré ou irréaliste ?

Un responsable d'unité de production en logistique accueille un nouveau travailleur qui, avant ses hospitalisations en psychiatrie, travaillait justement en logistique. Ce dernier, que nous appellerons Patrick, annonce d'emblée son projet de retrouver un emploi en milieu ordinaire, dans son secteur d'activité antérieur, la logistique. Après quelques semaines et différentes missions au sein de l'ESAT, le moniteur constate que Patrick peine à « tenir le rythme », et risque par conséquent d'être en difficulté pour satisfaire aux exigences de productivité du milieu ordinaire. Le moniteur est alors confronté au dilemme suivant : doit-il prendre le risque de « casser le rêve » du travailleur, en le mettant dès à présent en garde à l'égard du risque d'échec auquel l'expose son projet, que l'on peut juger prématuré ? Ou bien doit-il, en vertu du principe d'autodétermination, laisser le travailleur tenter, comme il le souhaite, un retour au travail en milieu ordinaire ? C'est cette seconde option que le moniteur choisira, en proposant un stage de logistique en entreprise. Malheureusement, Patrick se trouve rapidement en échec dans ce stage, ce qui entraîne une rechute dépressive et une nouvelle hospitalisation. Le moniteur se reproche alors d'avoir insuffisamment « prévenu » cette rechute, ou su protéger Patrick ; il avait choisi de ne pas « casser son rêve » et de le soutenir. L'équilibre entre le respect de l'autonomie et le devoir de protéger est difficile à trouver.

Quelle attitude adopter à l'égard d'un travailleur qui annonce son intention d'abandonner ?

Aïcha travaille à l'ESAT dans le secteur hygiène et propreté ; elle est efficace et appréciée. Son moniteur est confiant dans sa capacité à s'intégrer dans un emploi en milieu ordinaire assez rapidement, il la valorise et l'encourage en ce sens. Aïcha, en revanche, doute d'elle-même, se dévalorise, est anxieuse et évoque de façon récurrente auprès de ses collègues son intention d'abandonner, affirmant « ne pas se sentir au niveau ». Elle remet finalement une lettre de démission à son moniteur. Celui-ci, d'abord surpris, refuse la démission, et déclare avec véhémence qu'il est hors de question qu'elle quitte l'ESAT : « tu travailles très bien, je sais que tu peux te réinsérer. Si toi tu n'y crois pas, moi j'y crois. » Aïcha

part en claquant la porte. Elle revient travailler à l'ESAT dès le lendemain, sans reparler de démission. Il est clair que ce type de réaction transgresse le principe de respect de l'autodétermination puisque le moniteur a « refusé » la démission. Mais la suite de l'histoire donne à réfléchir... Le moniteur trouve rapidement une place en milieu ordinaire pour Aïcha, en premier temps dans un CDD qui se transforme ensuite en CDI, emploi dans lequel Aïcha apparaît aujourd'hui épanouie. Dans ce cas, le principe d'autodétermination, interprété comme l'expression d'une angoisse, n'a pas été respecté, pour privilégier un projet de rétablissement à travers une intégration professionnelle qui en l'occurrence s'est avérée possible.

Quelle attitude adopter à l'égard d'un travailleur en rupture de soin ?

Le principe de responsabilité, également requis pour promouvoir un parcours de rétablissement, impose de ne pas mater les travailleurs, et d'appliquer autant que possible dans l'ESAT les règles en vigueur en milieu ordinaire.

Une des travailleuses ayant plusieurs années d'ancienneté dans l'ESAT, Monique, semble en difficulté depuis quelques semaines, vraisemblablement après une interruption de son traitement psychotrope. Elle se sent persécutée par ses collègues, les menace, déclarant « qu'elle va faire sauter l'ESAT ». Le directeur la convoque pour l'inciter à reprendre le suivi psychiatrique et les soins, et précise qu'elle ne pourra poursuivre son activité dans l'établissement si elle continue à menacer ses collègues. Monique refuse les soins et continue de venir à l'ESAT, où elle se montre de plus en plus agitée. Le directeur se voit alors contraint de lui adresser un avertissement, puis une mise à pied. Elle interprète ce recadrage comme une persécution supplémentaire et décompense ; elle est hospitalisée plusieurs mois. Le dilemme du directeur est d'avoir tenu à appliquer les règles de la vie professionnelle – on ne menace pas ses collègues –, tout en sachant que Monique est malade et qu'il s'agit d'une manifestation de sa maladie. Cette décision de mise à pied était un vrai dilemme pour lui, qu'il était seul à porter en tant que directeur.

Dans chacun de ces cas, les professionnels sont confrontés à la tension entre le souci de promouvoir l'autonomie et la responsabilité et celui d'assurer aussi une protection, entre « ne pas décider pour autrui » et « ne pas exposer au danger », tout en tenant compte de la variabilité dans le temps des capacités de la personne, liée à la relative instabilité du handicap psychique.

Le rétablissement et ses principes directeurs rencontrent sur le terrain des limites dans leur application qui peuvent constituer de vraies difficultés pour des accompagnants, désemparés et isolés face à ces « cas de conscience ». Leur fournir un espace de délibération autour de ces situations apparaît souhaitable. Comme le fait remarquer F. Worms [35], il y a une exigence politique portant sur « *le soutien*

au soutien » ; il est nécessaire d'accompagner les accompagnants, ce qui ne signifie pas seulement valoriser leur travail, mais leur apporter les conditions cohérentes pour qu'ils puissent faire vivre, avec discernement, les principes du rétablissement. Cela implique notamment qu'ils soient eux-mêmes traités dans le respect de ces principes : autodétermination, responsabilité, *empowerment*. Par conséquent, au plan organisationnel, et plus largement au plan de la politique associative et de la politique d'établissement, il importe que ce choix d'une pratique orientée vers le rétablissement soit assumé : cela suppose de veiller à réunir les conditions pour que puisse être mise en œuvre cette pratique délicate de soutien au parcours de rétablissement. Ces conditions, on le voit, reposent en grande partie sur les attitudes et les compétences des accompagnants, qui doivent donc être soutenues dans ce mode d'accompagnement.

Remerciements. Remerciements à Catherine des Moutiers pour ses commentaires et sa relecture de ce texte.

Liens d'intérêts : Q3

Références

1. Amering M, Schmolke M. *Recovery in mental health. Reshaping scientific and clinical responsibilities*. Wiley-Blackwell, 2009Q4.
2. Baptiste R. Développer l'éthique en travail social. *Chronique sociale Lyon*Q5.
3. Becker D, Bond GR, Mueser KT, Torrey WC. Manuel de base IPS (Traduction française par de Cooman R, Deleu GM), 2006. www.espace-socrate.com/SocProAccueil/Rehabilitation.aspx?page=3.
4. Bond GR, Becker DR, Drake RE. Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatr Serv*Q6 2001 ; 52 : 313-22.
5. Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J* 2008 ; 31 : 280-90.
6. Brun T, Emerard M, Collombier JM, Mourier C, Grange S, Escudero A. *Une voie de rétablissement pour les personnes en situation de handicap psychique. L'expérience de Messidor*. Edition Interface 2011 (247p.).
7. Burns T, et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness : a randomised controlled trial. *Lancet* 2007 ; 370 : 1146-1152Q7.
8. Corbière M. Les programmes de soutien à l'emploi : leurs ingrédients et leur implantation. In : Lecomte T, Leclerc C, eds. *Manuel de réadaptation psychiatrique*, 2^e édition. Montréal : Presses de l'Université du Québec, 2012 (pp.143-164).
9. Corbière M, Brouwers E, Lanctôt N, Weeghel J. Employment specialist competencies needed to help people with severe mental disorders enrolled in supported employment programs. *J Occup Rehabil* (accepté)Q8.
10. Corbière M, Durand MJ (Eds.). *Du Trouble mental à l'incapacité au travail. Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention*. Presses de l'Université du Québec, 2011.
11. Corbière M, Lanctôt N. Salient components in supported employment programs: Perspectives from employment specialists and clients. *J Prev Assess Rehabil* 2011 ; 39 : 427-39.
12. Corbière M, Lanctôt N, Lecomte T, et al. A Pan-Canadian evaluation of supported employment programs dedicated to people with severe mental disorders. *Community Ment Health J* 2010 ; 46 : 44-55.
13. Corbière M, Lecomte T. Vocational services offered to people with severe mental illness. *J Ment Health* 2009 ; 18 : 38-50.
14. Corbière M, Mercier C, Lesage AD. Perceptions of Barriers to Employment, Coping Efficacy, and Career Search Efficacy in people with Mental Illness. *J Career Assess* 2004 ; 12 : 460-78.
15. Corbière M, Mercier C, Lesage A, Villeneuve K. L'insertion au travail de personnes souffrant d'une maladie mentale: analyse des caractéristiques de la personne. *Can J Psychiatr* 2004 ; 50 : 722-33.
16. Corbière M, Zaniboni S, Lecomte T, et al. Job acquisition for people with severe mental illness enrolled in supported employment programs: a theoretically grounded empirical study. *J Occup Rehabil* 2011 ; 21 : 342-54.
17. Davidson L. *Living outside mental illness. Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York : University Press, 2003.
18. Drake RE, Bond GR, Becker DR. *Individual placement and support: an evidence-based approach to supported employment*. New York : Oxford University Press, 2012.
19. Drake RE, Bond GR, Rapp C. Explaining the variance within supported employment programs : comment on "what predicts supported employment outcomes?". *Community Ment Health J* 2006 ; 42 : 315-8.
20. Latimer E. Le soutien à l'emploi de type « placement et soutien individuels » pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves : sa pertinence pour le Québec. Monographie. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, 2008. Available from: URL: http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/AETMIS/Rapports/Psychologie/MO-2008-01_Modele_IPS.pdf.
21. Lloyd C (Ed.). *Vocational Rehabilitation and Mental Health*. Wiley-Blackwell, 2010.
22. Loisel MD, Corbière M. Compétences requises de l'intervenant qui facilite le retour ou la réintégration au travail des personnes à risque d'une incapacité prolongée (Chapitre 9). In : Corbière M, Durand MJ, (Eds.). *Du Trouble mental à l'incapacité au travail. Une perspective transdisciplinaire*. Presses de l'Université du Québec, 2011.
23. Pachoud B. La place centrale du « care » dans les pratiques de réhabilitation psychosociales en santé mentale. *Transverse* 2012 ; 3 : 29-45.
24. Pachoud B. Se rétablir de troubles psychiatriques. Un changement de regard sur le devenir des personnes. *L'information Psychiatrique* 2012 ; 88 : 257-66.

25. Pachoud B. Le soin en famille d'accueil : Théories du « care » et quotidienneté. *Annales Médico-psychologiques, revue de psychiatrie* 2013 ; 8 : 544-8.
26. Pachoud B. Pratiques d'accompagnement vers l'emploi et empowerment des personnes en situation de handicap psychique. Contributions de la recherche. *ADSP (Actualité et dossier en Santé publique)* 2013 ; 84 : 31-4.
27. Pachoud B, Allemand C. Le soutien à l'emploi (ou les pratiques de "job coaching") : une nouvelle stratégie d'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique. *L'Evolution Psychiatrique* 2013 ; 78 : 107-17.
28. Pachoud B, Leplège A, Plagnol A. La problématique de l'insertion professionnelle des personnes présentant un handicap psychique : les différentes dimensions à prendre en compte. *Revue Française des Affaires Sociales* 2009 : 257-77.
29. Pierrefeu I. L'étude des compétences des conseillers d'insertion professionnelle des ESAT Messidor favorisant la réinsertion en milieu ordinaire de travailleurs en situation de handicap psychique. Mémoire de Master 2 Recherche, 2013.
30. SAMHSA. SAMHSA announces a working definition of "recovery" from mental disorders and substance use disorders, 2011. [Available from : <http://www.samhsa.gov/newsroom/advisories/1112223420.aspx>].
31. Slade M. *Personal Recovery and Mental Illness. A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge University Press, 2009.
32. Union Européenne de l'Emploi Assisté. Brochure d'information et normes de qualité. [<http://www.euse.org/resources/publications/EUSE%20Information%20Brochure%20-%20French.pdf>].
33. Verry V. *L'archipel asilaire*. Edition des 2 continents. 1995.
34. Whitley R, Kostick KM, Bush PW, Desirable Characteristics PW. Competencies of Supported Employment Specialists: An Empirically-Grounded Framework. *Adm Policy Ment Health* 2010 ; 37 : 509-19.
35. Worms F. *Soin et Politique*. Editions PUF, 2011.
36. Zaniboni S, Fraccaroli F, Villotti P, Corbière M. Working plans of people with mental disorders employed in Italian Social Enterprises. *Psychiatr Rehabil J* 2011 ; 35 : 55-8.