

Conservatoire national des arts et métiers
École doctorale du Cnam, TP 415
Laboratoire Brigitte Frybourg pour l'insertion sociale des Personnes handicapées
Chaire « Handicap, travail et société »

Thèse pour obtenir le grade de Docteur de l'Université
Discipline : Sociologie

Lorsque les troubles psychiques deviennent un handicap : le salarié et l'entreprise à l'épreuve du maintien dans l'emploi

Le cas de cinq grandes entreprises menant des politiques en faveur des travailleurs
handicapés : Air France, EDF, IBM, SNCF et Total

Claire Le Roy-Hatala

Sous la direction de madame la Professeure
Eliana Sampaio

Soutenue publiquement
le 27 mars 2007 au Cnam - Paris

Jury :

M. Guy Baillon, psychiatre des hôpitaux

M. Alain Blanc, Professeur et directeur du Centre pluridisciplinaire de gérontologie de l'Université Pierre Mendès-France de Grenoble

M. Bernard Eme, maître de conférence associé au Conservatoire national des arts et métiers, Lise, UMR, CNRS n°6209

M. Eric Plaisance, Professeur et directeur du centre de recherche sur les liens sociaux, CNRS, à l'Université Paris V – René Descartes

Mme Eliana Sampaio, Professeure titulaire de la Chaire « Handicap, travail et société » au Conservatoire national des arts et métiers

M. Henri-Jacques Stiker, directeur d'études au Laboratoire "Identités, Cultures, Territoires" à l'Université Paris VII-Denis Diderot.

Remerciements

L'opportunité de travailler sur ce sujet tient d'abord à une rencontre avec Eliana Sampaio qui a accepté de diriger ce travail et Anne Voileau qui a soutenu cette recherche en m'impliquant au sein de la revue *ÊTRE Handicap Information*. Merci à elles deux pour leur soutien, leur audace, la liberté et l'autonomie qu'elles m'ont octroyé durant toute cette recherche. Merci également aux entreprises Air France, EDF, IBM, SNCF et Total, et plus particulièrement à Caroline Millous, Patricia Goffaux, Jean-Jacques Quinery, Dominique Vernay, Bernard Cognat, Maryse Uro-Theillou, Laurent Thévenet, Gilles Cosquer et Jacques Bravais d'avoir osé se lancer dans une telle aventure. Sans leur soutien humain et financier, ce travail n'existerait probablement pas.

Ces pages sont l'aboutissement de rencontres fortes, riches et émouvantes. Je pense notamment à toutes les personnes qui ont accepté de parler, de se livrer, de raconter leur vécu professionnel et du handicap. Ce travail leur est dédié et j'espère qu'il ouvrira des portes à toutes celles et ceux qui s'engagent et réfléchissent à la place des personnes dans le monde du travail. Le temps passé auprès des stagiaires de la revue, avec les salariés de la Sotres et dans les entreprises a constitué une ouverture sur tout un monde qui m'était inconnu.

Ces pages représentent également un travail d'équipe. Je le dois à des personnes généreuses qui ont suivi au quotidien mes doutes, mes craintes, mes satisfactions et mes avancées. Une première équipe de femmes m'a accueillie, encouragée et soutenue dans une ambiance de solidarité et de bonne humeur quasi quotidienne au Cnam ; elles ont illuminé ma cave, merci les filles ! Cécile, ces derniers moments ont été précieux au quotidien avec toi, je compte sur toi pour assurer la relève. Une deuxième équipe chaleureuse et tendre avec laquelle j'ai eu beaucoup de bonheur à travailler mais aussi à rire aux éclats m'a ouvert les bras à la revue. Aurore, Catherine, Carole, Nadia, Marie-Claire, Didier et Naira, je pense à vous et à ce que chacun à votre façon vous m'avez apporté sur mon travail. Au fur et à mesure des pages, certaines sont même devenues de vraies amies.

Des rencontres et des échanges avec des personnes uniques ont enrichi ma réflexion durant ces années. Bernard Eme a été le premier à croire en « mon petit bout de bonne femme ». Je lui suis profondément reconnaissante de m'avoir autorisée à me lancer dans ce projet un peu fou. Les échanges intenses, le regard confiant et la disponibilité de Marianne ont permis à cette recherche de prendre forme. Je ne sais comment lui traduire ma reconnaissance. Merci infiniment à Jean-Marc avec qui j'ai beaucoup parlé, qui m'a fait confiance et qui m'a ouvert les yeux sur beaucoup de choses. La rencontre avec Jean-François Coldefy a été l'occasion d'inscrire ma réflexion dans un mouvement engagé et concret. L'aventure de la revue *Pratiques en Santé Mentale* a apporté un sens à mon travail. Les quelques rencontres avec Livia et son succès en mai 2006 m'ont portés pour aller au bout de ce travail. L'aide et la disponibilité d'Anne-Gaëlle pour l'exercice ingrat de la relecture m'ont été extrêmement précieuses. Merci aussi à Jean-Louis pour son soutien indéfectible en ces périodes de rédaction. J'ai une pensée émue pour François, mon partenaire de recherche depuis science-po qui m'a souvent donné envi de refaire le monde.

Je pense aussi à deux femmes qui m'ont accompagné avec bienveillance et patience durant tout le parcours chaotique de l'expérience personnelle et professionnelle que représente une thèse. Merci à Delphine et Marie pour leur écoute attentive et leurs précieux conseils.

Une thèse c'est aussi une affaire d'amitiés et de famille. Je remercie tous les copains et cousins qui se sont plongés dans le monde du handicap psychique. Mille fois merci d'avoir imperturbablement continué à m'appeler, à me changer les idées, à m'encourager, à vous déplacer même lorsque l'enthousiasme et la motivation n'étaient plus là. Les copines se sont toujours soucies de ma vie de thésarde avec tendresse. Les garçons m'ont fait rire par leur cynisme et m'ont permis beaucoup d'autodérision. Je pense aussi à mes sœurs complices, Marine et Lise, qui ont souvent trouvé les mots justes et dont la présence généreuse m'a apporté beaucoup de courage.

Le soutien et la confiance de mes parents ont été un des socles indispensables à cette aventure. J'ai eu du plaisir à les voir explorer et s'intéresser progressivement à l'insertion professionnelle des personnes handicapées.

Clémence et Alice, la voilà cette thèse ! C'est une magnifique aventure que j'ai vécue avec vous deux. Je suis impatiente de vous lire et suis prête pour un prochain séminaire d'écriture (je trouverais bien quelque chose à rédiger).

Enfin, une thèse c'est une histoire d'amour. J'ai parfois oublié ce que c'était que de ne pas être en thèse, mais je suis impatiente de tourner une nouvelle page avec celui qui a eu l'audace de se marier dans les méandres de la problématique. De tout mon cœur, merci pour m'avoir accompagnée avec tant de patience, de curiosité et de simplicité dans tous les 'détours' de ce travail.

TABLE DES MATIERES

TOME I

| | |
|---|-----------|
| Remerciements | 3 |
| Table des encadrés | 12 |
| INTRODUCTION GÉNÉRALE | 13 |
| A. Le contexte social | 15 |
| B. Le contexte du chercheur | 20 |
| PREMIERE PARTIE | 29 |
| LE HANDICAP PSYCHIQUE : DÉFINITION ET CADRAGE | 29 |
| Chapitre 1 : Le handicap et la santé mentale : entre objet médical et objet social | 31 |
| I. Les conceptions sociales du handicap et de la santé mentale | 32 |
| A. Le handicap | 32 |
| 1. La notion de handicap | 32 |
| a) Un effort de conceptualisation | 32 |
| b) Étymologie et définition du handicap | 34 |
| 2. Les efforts de modélisation | 37 |
| a) De la CIM à la CIH | 37 |
| b) Le modèle social du handicap | 40 |
| c) La CIF | 41 |
| B. La santé mentale | 43 |
| 1. L'apport de la sociologie de la santé mentale | 43 |
| 2. Les différentes approches de la maladie mentale comme objet social | 45 |
| 3. Le concept de santé mentale ou le déplacement de la question psychiatrique | 49 |
| II. Etudier le handicap psychique dans sa dimension sociale | 52 |
| A. La recherche en sciences humaines | 52 |
| 1. Approcher le handicap comme objet social | 52 |
| 2. Handicap et société | 55 |
| 3. Le caractère central de l'emploi et de l'insertion professionnelle | 58 |
| B. S'emparer de la question | 62 |
| 1. Insertion professionnelle et handicap psychique | 62 |
| 2. Hypothèses | 66 |
| 3. Le traitement social de la question | 68 |
| 4. Méthodologie | 72 |
| Chapitre 2 : Le handicap psychique : pour une tentative d'objectivation du singulier | 81 |
| I. De la folie à la reconnaissance des troubles psychiques | 83 |

| | |
|--|------------|
| A. Qu'est ce que la maladie mentale ?..... | 83 |
| 1. Une maladie à part entière ? Un objet médical ? | 83 |
| 2. La reconnaissance des maladies mentales..... | 85 |
| 3. Les tentatives d'explicitation..... | 85 |
| B. L'enjeu des classifications | 87 |
| 1. Les origines des classifications en psychiatrie..... | 87 |
| 2. Le modèle de la psychopathologie | 89 |
| a) Les névroses..... | 90 |
| b) Les psychoses | 91 |
| 3. Les classifications dites « a-théoriques » | 92 |
| 4. Dans l'usage, la référence au DSM IV | 94 |
| a) Les troubles psychotiques aigus | 94 |
| b) Les troubles psychotiques chroniques | 95 |
| c) Les troubles de l'humeur | 95 |
| d) Les troubles anxieux | 96 |
| e) Les états démentiels | 96 |
| f) Les personnalités pathologiques..... | 96 |
| 5. De la maladie mentale aux troubles mentaux | 97 |
| II. La modélisation du handicap et la santé mentale..... | 99 |
| A. Objectiver une expérience de santé mentale : la notion de handicap psychique..... | 99 |
| 1. Le handicap psychique : une définition inscrite dans la loi? | 99 |
| 2. Les limites du concept de déficience psychique..... | 101 |
| 3. L'incapacité comme approche de l'expérience de santé mentale..... | 103 |
| 4. Le désavantage, une approche du handicap psychique ?..... | 106 |
| B. La prise en compte de la santé mentale dans la CIF..... | 109 |
| 1. L'apport de la CIF | 109 |
| 2. La modélisation du handicap dans la CIF | 109 |
| 3. L'apport de la CIF dans le champ de la santé mentale..... | 110 |
| III. L'enjeu social de la reconnaissance du handicap psychique | 114 |
| A. Dans l'usage, la notion de handicap psychique..... | 114 |
| 1. Les définitions usuelles | 114 |
| 2. L'usage de la Cotorep et le guide barème..... | 117 |
| B. La construction sociale du handicap psychique..... | 121 |
| 1. L'inscription légale du handicap psychique | 121 |
| 2. Un usage antérieur à la loi du concept de handicap psychique..... | 122 |
| 3. Une population ciblée | 124 |
| a) Dans le champ du handicap..... | 124 |
| b) Dans le champ du soin | 126 |
| 4. Une forme de reconnaissance..... | 126 |

| | |
|--|-----|
| C. Les enjeux politiques de la reconnaissance du handicap psychique..... | 130 |
| 1. L'ambiguïté du concept dans le champ de la psychiatrie..... | 130 |
| 2. La résolution sociale d'une problématique médicale..... | 134 |
| 3. L'enjeu par rapport au handicap mental..... | 137 |

TOME II

DEUXIÈME PARTIE 145

L'EXPÉRIENCE DU HANDICAP PSYCHIQUE EN SITUATION DE TRAVAIL 145

| | |
|--|------------|
| Chapitre 3 : L'émergence de la situation de handicap psychique | 147 |
| I. Repérer, définir, approcher le handicap psychique dans l'emploi | 148 |
| A. Un phénomène marginal ? | 148 |
| 1. Une question insaisissable dans l'entreprise | 148 |
| a) Une visibilité limitée..... | 148 |
| b) Les estimations des problèmes de santé mentale dans l'emploi..... | 150 |
| 2. Rendre compte des problèmes de santé mentale dans l'entreprise | 152 |
| a) Les indicateurs de troubles psychiques dans l'emploi..... | 152 |
| b) Les incapacités comportementales dans l'emploi | 154 |
| B. L'émergence du handicap dans l'emploi..... | 155 |
| 1. Le lien fragilisé avec l'entreprise | 155 |
| a) L'arrêt de travail ou la rupture du lien..... | 155 |
| b) De l'aptitude à l'inaptitude | 157 |
| 2. La manifestation bruyante des troubles psychiques | 161 |
| a) La « déviance » comportementale | 161 |
| b) Les difficultés professionnelles..... | 164 |
| c) Les champs d'expression du handicap psychique | 166 |
| 3. Les deux dimensions du handicap dans l'emploi | 167 |
| a) Les deux facettes d'un même handicap | 167 |
| b) La situation d'écart..... | 170 |
| c) De la fragilisation de la compétence à l'inemployabilité | 171 |
| II. La singularité du handicap psychique dans l'emploi..... | 174 |
| A. Les effets de singularité..... | 175 |
| 1. La notion de temporalité | 175 |
| a) Le temps de la maladie : entre discontinuité et non-linéarité..... | 175 |
| b) Entre stabilité et chronicité | 176 |
| c) La déstabilisation du rapport à soi..... | 177 |
| d) Le temps du soin..... | 178 |
| 2. Le caractère globalisant de la maladie ou l'inscription spatiale du handicap | 181 |

| | |
|--|------------|
| a) Avoir une maladie mentale ou être malade mental ? | 181 |
| b) Les soins : entre coercition et contrôle social..... | 183 |
| c) Un handicap « contagieux » | 186 |
| B. Tentative de typologie de l'émergence du handicap..... | 189 |
| 1. Une situation à l'articulation de l'individuel et du collectif..... | 189 |
| a) La conscience des troubles..... | 189 |
| b) La double articulation | 192 |
| c) La tension par rapport au collectif | 195 |
| 2. Les figures de salariés handicapés psychiques..... | 197 |
| a) Le « bon handicapé »..... | 197 |
| b) « L'inconnu »..... | 200 |
| c) Le « déviant »..... | 203 |
| Chapitre 4 : Approche systémique du maintien dans l'emploi..... | 207 |
| I. Le maintien dans l'emploi : quelle réalité dans l'entreprise ?..... | 212 |
| A. Une initiative ponctuelle..... | 212 |
| 1. Les obligations liées au maintien dans l'emploi..... | 212 |
| a) Définitions | 212 |
| b) Quelle volonté politique ?..... | 213 |
| c) Le maintien dans l'emploi dans les accords d'entreprise | 215 |
| 2. Le maintien : un espace de négociation..... | 218 |
| a) Un nombre important de salariés concernés..... | 218 |
| b) Les facteurs favorisant le maintien dans l'emploi..... | 221 |
| c) Les outils du maintien..... | 222 |
| B. Pourquoi maintenir dans l'emploi ? La place du travail dans la santé mentale..... | 227 |
| 1. Représentations et attentes du travail des personnes handicapées psychiques... 228 | 228 |
| a) Les représentations du travail des personnes handicapées..... | 228 |
| b) Un espace valorisé par les personnes | 231 |
| c) Un symbole de souffrance..... | 238 |
| 2. La visée thérapeutique du travail..... | 240 |
| a) D'une conception morale du travail à la normalisation du statut | 240 |
| b) Les effets cliniques du travail | 243 |
| c) Les différentes formes de travail proposées..... | 245 |
| II. Le maintien dans l'emploi : la mobilisation d'un système d'acteurs..... | 250 |
| A. Le point de rencontre d'une multitude d'acteurs | 250 |
| 1. La dynamique de groupe | 250 |
| a) Système ou réseau ? | 250 |
| b) Entre proximité et expertise..... | 254 |
| 2. Les acteurs du médico-social : des équilibristes | 258 |
| a) Les médecins du travail | 258 |

| | |
|---|------------|
| b) Les assistantes sociales | 262 |
| 3. Les acteurs de la sphère professionnelle : au cœur d'injonctions paradoxales | 266 |
| a) Les responsables de l'encadrement..... | 266 |
| b) Les correspondants handicap | 269 |
| c) Les collègues de travail | 271 |
| 4. Les conseillers techniques | 273 |
| a) Les psychiatres : des électrons libres | 273 |
| b) L'étayage des psychologues | 275 |
| c) Les organisations syndicales : des modérateurs ? | 277 |
| B. La dynamique collective du maintien dans l'emploi | 279 |
| 1. Une dynamique à double entrée..... | 279 |
| a) La nature des relations des acteurs du système | 279 |
| b) La participation du salarié handicapé psychique au système..... | 280 |
| c) Schéma de synthèse | 282 |
| 2. Idéaux types de situations de maintien dans l'emploi | 282 |
| a) Le modèle de la tolérance | 282 |
| b) Le modèle conflictuel | 284 |
| c) Le modèle humanitaire ou solidaire..... | 288 |
| d) Le modèle de GRH (ou du handicap banalisé) | 291 |
| e) Le modèle confidentiel | 294 |
| f) Le modèle de l'exclusion ou de la désinsertion | 296 |

TOME III

TROISIÈME PARTIE 301

L'ENTREPRISE FACE AUX SALARIÉS HANDICAPÉS PSYCHIQUES 301

| | |
|---|------------|
| Chapitre 5 : Le handicap psychique dans l'entreprise : une timide prise en compte..... | 303 |
| I. Une contrainte légale | 304 |
| A. L'obligation d'embauche de travailleurs handicapés..... | 304 |
| 1. Une préoccupation du xxe siècle | 304 |
| a) Le devoir de réparation | 304 |
| b) La « charte » de 1975 | 306 |
| c) 1987 : le « recalibrage » | 308 |
| 2. Les ambiguïtés de la loi de 2005 par rapport à l'emploi..... | 311 |
| a) La loi et l'emploi | 311 |
| b) L'impact de la loi sur les entreprises et la fonction publique..... | 314 |
| B. Une contrainte négociable | 319 |
| 1. Les modalités de l'accord d'entreprise : cadre et bilan | 319 |

| | |
|--|------------|
| a) Les raisons de l'accord | 319 |
| b) Les entreprises du Club ÊTRE face à la loi..... | 322 |
| 2. La mise en œuvre de l'accord d'entreprise | 327 |
| a) Le principe | 327 |
| b) Les Missions handicap et leurs correspondants..... | 328 |
| II. Quelle place pour le handicap psychique dans cette politique du handicap | 334 |
| A. Dans les accords | 334 |
| 1. La difficile prise en compte du handicap psychique | 334 |
| a) Le plan d'embauche en milieu ordinaire..... | 334 |
| b) Le plan de formation et d'insertion/intégration..... | 336 |
| c) Le plan de maintien dans l'emploi | 336 |
| d) Le plan de communication / sensibilisation | 338 |
| e) Le plan d'adaptation aux nouvelles technologies | 339 |
| 2. L'externalisation du handicap psychique | 339 |
| 3. L'efficacité relative des accords d'entreprise | 341 |
| B. La conjoncture politique : des avancées pour le handicap psychique ? | 342 |
| 1. La loi 2005 reçue par la psychiatrie | 342 |
| 2. La politique de santé mentale..... | 345 |
| Chapitre 6 : Une question de l'entreprise dans sa globalité | 349 |
| I. L'importance des représentations sociales dans l'insertion professionnelle..... | 351 |
| A. Les représentations du handicap..... | 351 |
| 1. Définition | 351 |
| 2. Des représentations stigmatisantes | 353 |
| B. Les rapports de la société à la folie | 356 |
| 1. Le rapprochement impossible..... | 356 |
| 2. Entre peur et fascination..... | 359 |
| C. Les représentations du handicap psychique par rapport au travail..... | 362 |
| 1. Un salarié perçu comme moins compétent..... | 362 |
| 2. Entre défi et réticences | 364 |
| 3. La confrontation avec les valeurs de l'entreprise..... | 367 |
| II. L'entreprise, un monde social à part entière..... | 373 |
| A. Le monde social de l'entreprise | 373 |
| 1. Un espace de production du lien social | 373 |
| 2. Un acteur du jeu social | 375 |
| 3. Un monde complexe et intégré..... | 376 |
| B. Les « mondes sociaux » d'entreprises face au handicap psychique | 380 |
| 1. Air France..... | 381 |
| 2. EDF | 382 |
| 3. IBM..... | 384 |

| | |
|--|------------|
| 4. SNCF | 385 |
| 5. Total | 387 |
| 6. Schéma de synthèse | 388 |
| CONCLUSION GÉNÉRALE | 393 |
| BIBLIOGRAPHIE | 404 |
| ANNEXES | 433 |
| Annexe 1 : Glossaire | 434 |
| Annexe 2 : Article 1 | 435 |
| Annexe 3 : Article 2 | 441 |
| Annexe 4 : Grilles d'entretiens | 445 |
| Annexe 5 : Questionnaire | 453 |
| Annexe 6 : Intégrer un salarié handicapé psychique dans l'entreprise (Guide pratique) | 457 |

Table des encadrés

| | |
|---|------------|
| Encadré I : Les commissions expertes du handicap..... | 118 |
| Encadré II : l'Allocation adulte handicapé (AAH) | 126 |
| Encadré III : La Prestation de compensation du handicap (PCH)..... | 129 |
| Encadré IV : Les congés maladie de longue durée..... | 153 |
| Encadré V : L'invalidité..... | 156 |
| Encadré VI : L'inaptitude | 158 |
| Encadré VII : Les modalités d'hospitalisation en psychiatrie | 184 |
| Encadré VII : 'L'empowerment' | 191 |
| Encadré VIII : L'invalidité et l'incapacité partielle permanente | 224 |
| Encadré IX : Les Centres d'aide par le travail (CAT)..... | 246 |
| Encadré X : Les Ateliers protégés (AP)..... | 247 |
| Encadré XI : L'Agefiph..... | 309 |
| Encadré XII : Le FIPHFP | 317 |
| Encadré XIII : Le Club ÊTRE..... | 323 |
| Encadré XIV : Les GEM..... | 344 |
| Encadré XV : Le réseau Galaxie..... | 346 |
| Encadré XVI : Le réseau Cap emploi | 347 |
| Encadré XVII : les « mondes sociaux de l'entreprise »..... | 377 |

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Au cours de leur vie professionnelle, un certain nombre de salariés ayant des parcours plus ou moins accidentés présentent à l'âge adulte des troubles psychiques ou déclarent une maladie mentale. La dégradation de leur santé mentale peut fragiliser leur situation professionnelle. En effet, les problèmes de santé mentale représentent actuellement l'une des plus importantes causes d'absence au travail. Historiquement, l'attention s'était portée surtout sur la prise en charge médicale dans le champ de la santé mentale ou sur une réinsertion professionnelle suite à des problèmes de santé physiques ou sensoriels dans le champ du handicap. Les évolutions actuelles invitent à repenser l'incapacité de travail due à un problème de santé mentale non pas seulement comme une conséquence de la détérioration de l'état de santé mentale, mais également, comme une construction sociale déterminée par la relation des hommes et des femmes au travail. Ainsi, le processus de réinsertion professionnelle qui fait suite à un problème de santé mentale se caractérise par sa complexité et sa dimension dynamique (Saint Arnaud *et alii*, 2003). Il peut être identifié en trois étapes successives :

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

Puis, la seconde période est celle de l'arrêt de travail marqué par la manifestation antérieure de signes et symptômes dans l'entreprise de façon plus ou moins progressive. Le soin, la réhabilitation et la stabilisation des troubles deviennent l'objectif prioritaire du salarié.

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

« Ce modèle proposé montre comment les caractéristiques individuelles, les événements stressants hors travail et l'environnement psychosocial de travail sont des dimensions qui demeurent en interrelation l'une avec l'autre et agissent sur la santé mentale et la capacité de travail des personnes » (Saint Arnaud *et alii*, 2003, p. 202). Le nécessaire accompagnement du retour à l'emploi et du maintien dans l'emploi invite dès lors à approfondir notre compréhension des mécanismes psychosociaux complexes que met en jeu suite un problème de santé mentale en matière de réinsertion professionnelle.

A. Le contexte social

Les problèmes de santé mentale sont potentiellement générateurs d'un handicap à partir du moment où ils constituent une « limitation d'activité ou une restriction à la vie en société » (article 2 de la loi Handicap du 11 février 2005). Le nombre de personnes concernées par un handicap psychique se serait élevé à 700 000 en France en 2004 (sources DREES in Charzat, 2002¹). Le Bureau international du travail (BIT) estime, pour sa part, que sur les dix causes majeures d'un handicap dans le monde, cinq concernent la santé mentale (2000). Les problèmes de santé mentale frappent les hommes comme les femmes, tous les âges de la vie adulte et tous les niveaux sociaux. Le nombre important de personnes affectées par un handicap, et plus particulièrement par un handicap psychique, oblige à s'interroger sur la place qui leur est faite dans la société.

En France, malgré les difficultés à comptabiliser le nombre de personnes handicapées, on évalue à 5 millions de personnes concernées par un handicap ou déclarant un problème de santé durable. Elles sont donc loin d'être une minorité. La situation de cette population vis-à-vis de l'emploi nous interpelle également : on compte environ 1,4 million de travailleurs handicapés (c'est-à-dire ayant une reconnaissance administrative de leur handicap par la Commission des droits et de l'autonomie), selon l'enquête Handicap incapacités et dépendance² (Amar, 2003). Parmi eux, 701 000 font partie des 25,5 millions d'actifs et 557 000 sont occupés. Ainsi, le taux d'emploi de cette population est de 37 % contre 73 % pour l'ensemble des 20-59 ans, et son taux de chômage s'établit à 24 % contre 11 % pour l'ensemble des actifs (Brouard, 2004). Ces chiffres révèlent les difficultés préoccupantes dont font part les personnes handicapées pour accéder à l'emploi. Par ailleurs, ils invitent à s'interroger sur la capacité du système économique et productif à s'organiser pour accueillir des travailleurs handicapés.

342 000 travailleurs handicapés ont un emploi en milieu ordinaire dans le secteur privé (Agefiph, 2004). On constate également que les troubles psychiatriques viennent en deuxième position sur la liste des pathologies à l'origine d'une invalidité de première catégorie³ (*ibid.*). Ces chiffres font écho au vécu des salariés dans l'entreprise qui font l'expérience de la complexité du retour à l'emploi suite à des problèmes de santé mentale.

Le handicap psychique dans le monde du travail ne peut pas, en conséquence, être considéré comme un épiphénomène. Il est au centre d'une question sociale de grande ampleur qui est celui de la santé au travail et de la place des personnes handicapées dans la société.

¹ Soit le handicap le plus représenté après le handicap moteur isolé.

² Première grande enquête en population générale de l'Insee réalisée d'octobre 1998 à fin 2001 afin de mieux connaître la population handicapée en France et ses conditions de vie. Pour la première fois ont été étudiées les conséquences des problèmes de santé sur l'intégrité physique, la vie quotidienne et la vie sociale des personnes.

³ Ces pensionnés sont reconnus capables d'exercer une activité rémunérée (activité à temps partiel essentiellement).

Les études menées au niveau international vont dans le sens d'une prise de conscience. Le BIT estime que les problèmes de santé mentale représentent 12 % des problèmes de handicap et plus spécifiquement 23 % dans les pays à hauts revenus (Ilo, 2000). Enfin, des travaux britanniques révèlent que 15% à 30 % des travailleurs feront l'expérience de problèmes de santé mentale durant leur vie au travail. Il devrait en découler des conséquences non négligeables en termes de production et de coûts directs et indirects pour le salarié, l'entreprise et la société (*ibid.*).

En France, le maintien dans l'emploi de salariés handicapés par des troubles psychiques s'inscrit dans un double contexte : celui de la politique en faveur des personnes handicapées et celui de l'évolution de la politique de santé mentale.

Un contexte d'avancée législative pour le handicap

En ce qui concerne le handicap, le dispositif français se caractérise par une politique de prise en charge spécifique pour cette population depuis la Loi d'orientation de 1975. Le contexte actuel est marqué par l'élan réformateur donné par le président de la République, Jacques Chirac, qui dès 2002 a annoncé sa volonté de faire de l'insertion professionnelle des personnes handicapées l'un des trois grands chantiers de son quinquennat. Ainsi, en décembre 2002, il a affirmé vouloir développer cette action « dans une ambition visant à renforcer notre cohésion nationale par davantage de justice et donc par davantage d'attention aux plus vulnérables⁴ ». Pour faire franchir un nouveau cap à la politique d'intégration des personnes handicapées, l'action a été portée en 2003 au rang de « grande cause nationale ». Cette volonté politique s'est illustrée par l'adoption de la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». Les avancées proposées par la loi s'appuient sur le principe d'égalité des chances avec l'ouverture d'un droit à compensation des conséquences du handicap. Y est réaffirmé le principe d'une accessibilité généralisée à tous les domaines de la vie sociale (éducation, emploi, cadre bâti, transports) et à tous les types de handicap. Enfin, cette loi a mis en place un dispositif d'accompagnement qui se veut personnalisé, simplifié et au plus près des personnes handicapées par la création de Maisons départementales des personnes handicapées. En engageant une campagne de sensibilisation et d'information autour de l'adoption de la loi, l'objectif est celui d'une prise de conscience de la société toute entière des besoins des personnes handicapées. Il s'agit aussi de réaffirmer pour les personnes handicapées leur « droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale ».

Le contexte actuel est celui d'une évolution des mentalités et du changement du regard porté sur les personnes handicapées trop souvent victimes de discriminations, d'exclusion ou assimilées à des personnes dépendantes ou assistées. Ainsi, l'enjeu politique en France est celui de la reconnaissance de leur citoyenneté. Le Conseil économique et social en était encore en 2004 à rappeler le besoin de

⁴ Discours prononcé devant le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH), au Palais de l'Élysée, le 3 décembre 2002.

reconnaître la légitimité et la nécessité de la solidarité envers les personnes en situation de handicap (Bonnet, 2004). Il estimait par ailleurs que « la solidarité à l'égard des personnes en situation de handicap était l'un des fondements de notre société et que la compensation des incapacités, qui est un droit affirmé par la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, devait être perçue aussi comme un investissement sur la personne, potentiellement facteur de richesses, et non comme un coût pour la collectivité » (*ibid.*, p. 8). Ces ambitions politiques vont dans le sens d'une responsabilisation de la société toute entière vis-à-vis du handicap. La définition du handicap que propose pour la première fois la loi Handicap de 2005 en est une des illustrations : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou trouble de santé invalidant » (article 2). La loi considère le handicap non seulement comme la conséquence d'un trouble de l'état de santé de la personne, mais surtout comme la résultante d'une interaction avec l'environnement dans une logique de participation. La société devient dès lors un acteur à part entière de la construction sociale du handicap.

Le rapprochement lent de la psychiatrie et du social

Dans le champ de la santé mentale, le contexte actuel est le fruit d'une évolution plus lente et progressive et il est fortement lié aux changements connus par la psychiatrie ces cinquante dernières années. Après plus d'un siècle d'une politique d'isolement et d'enfermement mise en place par la loi du 30 juin 1838⁵, le principal changement observé par la psychiatrie au XXe siècle est celui de l'ouverture de l'hôpital psychiatrique survenue après la Seconde Guerre mondiale qui s'est illustré par la mise en place de la politique de secteur. À la sortie de la guerre a pris naissance en France – ainsi que dans la plupart des pays occidentaux – un vaste mouvement de réforme des hôpitaux psychiatriques dont les promoteurs s'accordaient sur un certain nombre de principes : amélioration des infrastructures matérielles de l'hôpital, politique de « porte ouverte » pour atténuer la coupure entre l'hôpital et le monde extérieur, importance donnée au travail en équipe et à la formation des personnels (Castel, 1971). Cette évolution des pratiques s'est formalisée par une nouvelle politique de la psychiatrie qui s'est progressivement mise en place sous le nom de sectorisation. Son objectif principal était d'inscrire le soin au cœur de la cité. Une équipe de professionnels de la psychiatrie était dédiée à une population sur le principe de l'accès au soin valorisant avant tout le lien social et l'humain et non la qualité des structures de soin. Il s'en est suivi la diminution considérable du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques (aujourd'hui centres hospitaliers spécialisés) afin de rapprocher les patients de leurs lieux de vie et de proposer des modalités d'accompagnement plus diversifiées. La stratégie consista à promouvoir une série d'institutions permettant de suivre les patients en milieu ouvert en relation avec

⁵ Dite « loi sur les aliénés » n°7443. Cette loi a mis au centre de son dispositif une institution, l'asile, qui s'inscrit au milieu d'autres institutions dans une stratégie de reprise en main complète de certaines catégories sociales (fous, criminels, indigents, chômeurs...) dont la présence constitue un danger.

l'hôpital psychiatrique et à ouvrir les hôpitaux généraux à la maladie mentale. La sectorisation se met concrètement en place au cours des années 1970, avec l'appui de quelques circulaires supplémentaires, suite à la séparation de la neurologie et de la psychiatrie. Le secteur peut être crédité d'un bilan positif quant à ses objectifs quantitatifs : diminution de moitié du nombre de lits, des trois quarts de la durée des séjours, la plupart des patients étant suivis à temps partiel (dans les hôpitaux de jour, par exemple) et surtout en ambulatoire. Neuroleptiques, allocation adulte handicapé, suivi thérapeutique en hôpital de jour permettent à nombre de personnes atteintes de psychoses de vivre de façon plus ou moins intégrée, dans la cité.

Un double mouvement s'opère alors. D'une part, la découverte des neuroleptiques va permettre à un certain nombre de personnes de vivre en autonomie et d'atténuer les symptômes graves associés aux troubles psychiques. Les progrès réalisés dans le domaine des traitements médicamenteux apportent notamment une réduction importante des effets secondaires des psychotropes. De la sorte, les personnes qui étaient jusque-là rendues invalides par la maladie et/ou par leur traitement peuvent aujourd'hui prétendre à participer partiellement ou pleinement à la vie sociale.

D'autre part, la mise en place progressive de la politique de secteur a entraîné de profonds bouleversements dans l'activité des institutions psychiatriques. Il s'agit désormais de concevoir l'homme dans sa citoyenneté et de déployer une « équipe pluridisciplinaire mise au service d'une population déterminée pour répondre à la diversité de ses problèmes de santé mentale quelle qu'en soit la nature, en s'appuyant sur les ressources de cette même population, c'est-à-dire dans et avec l'environnement de chaque patient » (Baillon, 2003, p. 22). Il s'ensuit non seulement une diminution spectaculaire du nombre de lits dans les établissements spécialisés (ils sont passés de 120 000 au début des années 1970 à 60 000 en 1997) mais aussi et surtout une évolution des prises en charge : 80 % des patients suivis par les équipes des établissements publics le sont en extrahospitalier. La durée de séjour ne cesse de décroître : de 250 jours en 1970, elle n'est plus que de 37 jours dans les hôpitaux publics en 1995 (de Kervasdoué, 2002).

Le contexte actuel de la politique de santé mentale est celui du plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008. Il exprime depuis plusieurs années une demande croissante vis-à-vis des acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie. On estime qu'il y aurait en permanence 300 000 à 500 000 adultes atteints de psychoses délirantes chroniques en France dont 200 000 à 250 000 schizophrènes. La prévalence globale des troubles dépressifs en population générale, quelle qu'en soit la nature, est estimée à 12 % (sur la vie entière), dont 1,5 % attribuables aux troubles bi-polaires. Sept millions de français ont été ou sont donc concernés par cette pathologie (plan Psychiatrie et santé mentale, 2005-2008, annexe 1). On observe une croissance importante de la demande (Lepoutre, 2002). Le nombre des personnes prises en charge entre 1992 et 2000 est en augmentation de 17 % chez les psychiatres libéraux et de 46 % dans le public (Guilmin, 2000). Par ailleurs, le plan Psychiatrie et santé mentale part du constat de la forte hétérogénéité régionale de l'offre de prise en charge et du fonctionnement cloisonné de l'offre qui

entraîne non seulement des inégalités d'accès au soin mais aussi une réponse peu appropriée à la diversité des besoins en santé mentale.

C'est tout l'enjeu actuel posé à la psychiatrie moderne en ce qui concerne la prise en charge des personnes atteintes de troubles de santé mentale : l'articulation entre le sanitaire et le social, la continuité des soins et l'accompagnement. Malgré les avancées législatives pour améliorer l'interpénétration des champs sanitaire et social, rappelées vivement par G. Baillon (2003), le constat est celui d'une inscription toujours plus grande de la psychiatrie dans le champ de la médecine, d'un dispositif sanitaire dissocié du dispositif social et médico-social (Martin le Ray, 2002), notamment depuis la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière qui a ancré la rupture entre un secteur social et médico-social, et un hôpital centré sur les activités sanitaires.

Le handicap psychique : un point de rencontre

Dans ce contexte la refonte de la loi d'orientation de 1975 en faveur des personnes handicapées opérée par la loi de 2005 constitue le cadre central de l'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques, et plus spécifiquement de leur maintien dans l'emploi en milieu ordinaire. En effet, cette loi, par la reconnaissance officielle des troubles psychiques comme cause possible d'un handicap et la dénomination explicite du handicap psychique distinct du handicap mental, crée une nouvelle passerelle entre la nécessaire prise en charge médicale et sanitaire des problèmes de santé mentale et la problématique sociale qui en résulte pour les personnes atteintes de troubles psychiques. La reconnaissance du handicap psychique symbolise également le point d'articulation d'une double problématique des entreprises et du monde du travail. C'est tout d'abord celle de la santé mentale des salariés au regard de l'organisation du travail (Bressol, 2004). L'accroissement de la souffrance psychique liée au travail interpelle la santé publique et ce mouvement deviendra une question politique majeure. Les mutations économiques récentes ont engendré des changements considérables des modes de production et des logiques organisationnelles. Ces évolutions ont été marquées par l'émergence de nouveaux risques pour la santé des salariés, prenant une dimension psychique plus accentuée que par le passé. Ce constat fait par le Conseil économique et social (Bressol, 2004) invite à renouveler l'approche de la santé au travail. « La santé mentale et la sécurité au travail, éléments déterminants de politique sociale, constituent indéniablement un investissement dans le capital humain et dans la cohésion sociale, nécessaire à une croissance durable » (*op. cit.*, p. II-113).

La seconde problématique des entreprises et du monde du travail est le cadre législatif en faveur des travailleurs handicapés qui régit l'insertion professionnelle. La loi Handicap de 2005 réaffirme et renforce l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés à hauteur de 6 % de l'effectif total de l'entreprise en référence à un principe de non-discrimination dicté au niveau européen⁶. La consigne directement adressée aux chefs d'entreprises par le Président de la République lors de son discours sur

⁶ La loi prévoit une majoration de la cotisation de 20 à 33 %, toutes situations confondues, en cas de non-respect du quota (une augmentation de 200 à 400 % pour les entreprises déclarant aucune action en faveur des travailleurs handicapés pendant trois ans.

la politique en faveur des personnes handicapées⁷ les invite à considérer l'emploi des personnes handicapées comme devant dépasser l'obligation légale : « Je veux aussi dire aux chefs d'entreprise qu'ils ne doivent pas considérer l'embauche de personnes handicapées uniquement comme une obligation légale, mais comme une véritable opportunité à saisir, au profit de tous. Je veux leur dire que le versement d'une contribution financière n'épuise pas le champ de ce qu'ils peuvent faire en faveur de l'intégration des personnes handicapées. Que les entreprises ne doivent pas se priver de leurs talents, de leur richesse humaine, de cette formidable volonté et de cette énergie qui leur ont souvent permis de faire face et d'avancer dans la vie et qui peuvent être une richesse pour l'entreprise». C'est l'ensemble des politiques sociales menées dans les entreprises afin de permettre l'emploi de travailleurs handicapés qui encadre les processus complexes d'insertion et de réinsertion professionnelle.

Le maintien dans l'emploi de travailleurs handicapés par un problème de santé mentale se situe à la rencontre de cette double problématique : la prise en compte de la santé mentale des salariés dans l'entreprise et la politique en faveur de l'emploi de travailleurs handicapés.

B. Le contexte du chercheur

Pour approcher les problèmes posés par l'accueil d'un travailleur handicapé par des troubles psychiques, il a fallu s'imprégner non seulement des questions relatives à la santé mentale, à la folie, à la psychiatrie, mais aussi de celles relatives aux politiques en faveur des personnes handicapées. La position du chercheur sur ces thèmes ne peut être dissociée de l'analyse proposée, en raison de la forte implication que suppose la rencontre avec des personnes handicapées psychiques et la connaissance de leur parcours. Dans la cohérence d'une problématique tournée vers les interactions et la dialectique du handicap avec son environnement, il nous paraît important de porter notre attention sur la position du chercheur car celle-ci apparaît comme un élément intimement lié à la réalisation de la recherche.

Un engagement personnel

C'est le plus souvent parce qu'ils sont touchés personnellement par le handicap que les chercheurs ou professionnels de l'aide sociale choisissent ce champ de pratique. Malheureusement, il faut le plus souvent avoir côtoyé les difficultés que les personnes handicapées rencontrent au quotidien pour développer un intérêt pour cette population et sa problématique d'insertion.

Pour ne pas faillir à cette règle statistique, c'est également mon cas. J'ai eu la chance de grandir avec un cousin sourd qui m'a ouvert les yeux sur l'expérience humaine et sociale de la rencontre avec une personne handicapée. Ce fut parallèlement la découverte de la violence et du rejet de la société à

⁷ Discours au palais de l'Élysée du 8 février 2005.

l'égard de ceux qui « ne sont pas comme tout le monde », sont perçus comme différents, sont vulnérables qui a motivé mon engagement professionnel.

Durant ma formation de sociologue, j'ai donc choisi pour sujet d'étude la place des personnes handicapées dans la société. En maîtrise de sociologie du travail, tout d'abord, j'ai travaillé sur « Les représentations du monde du travail de jeunes sourds en formation professionnelle » sous la direction du professeur Éric Plaisance, à la Sorbonne. Puis, en DESS de Sociologie des organisations, sur « La légitimité des politiques en faveur des travailleurs handicapés à la SNCF » sous la direction de Renaud Sainsaulieu, à l'École doctorale de l'Institut d'études politiques de Paris.

La dimension personnelle et affective de ce parcours de recherche exigeait alors de trouver un équilibre délicat au regard de ma position de sociologue. Il me fallait d'une part, rendre compte le plus objectivement et le plus scientifiquement possible des problématiques à l'œuvre dans la reconnaissance des personnes handicapées dans la société ; d'autre part, l'engagement personnel que représente la participation, à mon échelle, à la prise en considération des personnes handicapées sans tomber dans la dénonciation ou la revendication subjectives.

Je me retrouve donc particulièrement dans les propos d'H.-J. Stiker lorsqu'il s'interroge en introduction de son ouvrage *Corps infirmes et sociétés* (1997) sur les façons d'aborder le sujet du handicap : « Quiconque aborde l'infirmité se trouve engagé dans l'étude à titre personnel, même si ce n'est qu'à travers de documents ; à plus forte raison si l'on se trouve proche de la difficulté vivante et vive. Ce n'est jamais sans certaines 'préappréhensions' affectives que l'on tente de comprendre l'atteinte psychique ou physique, et l'espace social qui l'environne et la circonscrit » (*op. cit.*, p. 5).

Ce fut toujours avec un souci de « distanciation engagée » que j'ai mené ce travail de recherche durant trois ans : tendre vers une neutralité scientifique du chercheur tout en reconnaissant la part affective de mon implication.

Répondre à un besoin

C'est lors de mon stage de DESS à la Mission handicap de la SNCF que j'ai eu l'occasion de rencontrer Anne Voileau, directrice de la revue *ÊTRE Handicap Information*. Je m'interrogeais à cette époque sur les débouchés professionnels de ma formation en sociologie et en ressources humaines. L'idée est née de prolonger mes recherches dans le champ du handicap en me recentrant sur la santé mentale. La revue accueille des personnes relevant de la santé mentale dans le cadre de stages d'informatique, de resocialisation et de mise en situation professionnelle. Anne Voileau était particulièrement sensible à la problématique d'insertion sociale et professionnelle de ces personnes. Elle m'a ainsi fait découvrir la faible ampleur et la rareté des recherches sur l'insertion professionnelle en milieu ordinaire de travail des personnes handicapées psychiques en France.

Par ailleurs, au sein du Club ÊTRE⁸, club d'entreprises réuni autour de la revue ÊTRE *Handicap Information*, plusieurs voix s'élevaient pour exprimer les difficultés très importantes face à la maladie mentale, aux troubles psychiques et au handicap qu'ils génèrent. Même des entreprises ayant développé une expertise et un professionnalisme en termes d'accompagnement et d'accueil de travailleurs handicapés moteurs ou sensoriels, exprimaient un manque de savoir-faire et une impuissance plus spécifiquement face à ce handicap. Le besoin de développer une connaissance et une compétence pour mieux considérer cette population dans l'entreprise se faisait sentir. De fait, les entreprises sont confrontées à différentes formes de souffrance psychique. Cette souffrance est en partie corrélée à l'évolution des conditions de travail, mais aussi plus spécifiquement à des troubles psychiques dont les symptômes se réveillent à l'âge adulte et nécessitent des mesures de maintien dans l'emploi.

La recherche en Cifre en sciences humaines

Du fait de l'émergence des préoccupations des entreprises dès l'élaboration du sujet de recherche, le cadre d'une convention CIFRE⁹ était pertinent. Son approche transversale, entre le monde de la recherche et le monde de l'entreprise, prenait toute sa dimension, à la croisée d'intérêts divers au regard du domaine que je souhaitais étudier.

Possédant une expérience dans le champ du handicap, je tenais à ce que cette recherche s'inscrive dans une continuité par rapport à mes précédents travaux. C'est pourquoi j'ai sollicité le laboratoire Brigitte Frybourg pour l'insertion des personnes handicapées du Cnam. Ses qualités de laboratoire pluridisciplinaire, dans une démarche de recherche appliquée au sein du Cnam, associées à une vocation de formation¹⁰, en faisaient un lieu d'accueil approprié sous la direction de la professeure Eliana Sampaio, directrice du laboratoire et titulaire de la chaire Handicap, travail et société.

Un contrat Cifre a donc été signé pour trois ans, entre la revue ÊTRE *Handicap Information*, le laboratoire Brigitte Frybourg et moi-même le 1^{er} septembre 2003.

⁸ Le Club ÊTRE est un club d'entreprises qui compte à ce jour plus d'une centaine de membres autour des politiques en faveur des travailleurs handicapés.

⁹ Les Conventions industrielles de formation par la recherche (Cifre) permettent aux entreprises de recruter des jeunes diplômés dont le travail de recherche et développement aboutira à une thèse de doctorat. Elles associent trois partenaires : une entreprise, un jeune diplômé, un laboratoire de recherche.

¹⁰ Le laboratoire prépare au certificat de compétence « Consultant en insertion dans le domaine du handicap ».

L'originalité de cette recherche et l'apport pratique des résultats

La particularité de cette convention réside dans un partenariat étroit avec les entreprises. Afin de soutenir cette recherche, cinq entreprises ont accepté de participer humainement et financièrement à cette étude, compte tenu de leurs interrogations concernant le handicap psychique.

Ainsi les Missions handicap d'Air France, EDF, IBM, la SNCF et Total ont signé une convention de collaboration avec le laboratoire du Cnam et l'entreprise, afin de soutenir la recherche. Concrètement, cela me garantissait un accès aux acteurs de l'entreprise concernés par le handicap et aux informations et documents relatifs à la politique en faveur des personnes handicapées, et permettait de compenser la charge financière pour la revue *ÊTRE Handicap Information*. En retour, ce partenariat devait aboutir à un diagnostic comparé à partir de l'analyse organisationnelle du maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés psychiques. Ce diagnostic est un document synthétique apportant un éclairage à la problématique spécifique au maintien dans l'emploi des salariés handicapés psychiques au regard des spécificités organisationnelles de chacune des entreprises.

En outre, les résultats de la recherche ont donné la rédaction d'un « guide pratique » de sensibilisation à l'accueil et l'accompagnement de travailleurs handicapés psychiques dans les entreprises¹¹.

De fait, ce double ancrage théorique et pragmatique, abstrait et concret, scientifique et opérationnel donne toute sa force et son sens à cette recherche. Cette démarche a été possible grâce à une capacité d'organisation matérielle et intellectuelle à la croisée de deux approches : s'extraire de la pratique, l'observer, se distancier pour construire des outils d'analyse pertinents face à la problématique sociologique. Dans le même temps, il s'agissait d'être actrice de la réflexion menée par les entreprises ; de ne pas perdre de vue leur attente de solutions pratiques et leurs préoccupations quotidiennes de gestion des hommes. Une gymnastique mentale était nécessaire et s'est matériellement organisée autour d'une double mission :

- une mission opérationnelle deux jours par semaine au sein de la revue *ÊTRE Handicap Information*. J'y ai co-animé, développé et suivi le Club ÊTRE par l'organisation de réunions mensuelles regroupant les entreprises membres autour de discussions-débats sur les politiques en faveur des personnes handicapées et d'interventions de professionnels de l'insertion. Ces réunions m'ont également offert l'occasion et la matière d'une réflexion sur la nouvelle loi Handicap de 2005 qui était alors en cours de rédaction,
- une mission de recherche, trois jours par semaine, au sein du laboratoire Brigitte Frybourg au Cnam où un bureau et un ordinateur étaient mis à ma disposition ainsi que le centre de documentation particulièrement riche sur le thème du handicap.

¹¹ Voir annexe 6.

C'est la vocation appliquée de cette recherche qui lui donne son originalité et son caractère innovant. Il s'agit donc non seulement de participer à l'enrichissement d'un champ d'étude encore timide en sociologie, mais également de tenter d'éclairer les préoccupations concrètes vécues au quotidien par les salariés et les entreprises face à l'expression des troubles psychiques dans l'emploi.

Accéder au terrain et construire sa position de chercheur

La convention Cifre a permis d'impliquer les entreprises dès l'origine du projet et de m'assurer l'accès à un terrain d'étude : cinq grandes entreprises engagées dans des politiques en faveur des personnes handicapées. Comment géraient-elles les salariés atteints de troubles psychiques ou handicapés psychiques ?

Dès le départ, c'est l'étude des pratiques de terrain qui devait constituer mon premier matériau. La particularité de mon travail était de proposer une analyse concrète des pratiques de terrain face à un salarié handicapé psychique dans l'entreprise. Sans omettre une analyse des politiques sociales et des conjonctures économiques et sociales relatives à l'insertion professionnelle des personnes handicapées, l'accent devait être mis sur la compréhension des systèmes à l'œuvre sur le terrain au quotidien.

Cette démarche nécessitait une pleine participation des entreprises. Elles devenaient le lieu privilégié de l'étude des pratiques. J'allais étudier les pratiques de l'ensemble des acteurs concernés par l'accueil d'un salarié handicapé psychique.

Rapidement, trois éléments constitutifs de cette recherche me sont apparus et allaient me suivre durant toute l'analyse :

- L'analyse des pratiques allait en effet nécessiter une maîtrise de différents niveaux de lecture : à la fois une analyse micro-sociologique et compréhensive des pratiques individuelles mais également une analyse des systèmes d'organisation qui allaient justifier les stratégies collectives d'ajustement des pratiques. Enfin, une analyse macro-sociologique serait nécessaire pour comprendre les enjeux conjoncturels liés à la prise en compte du handicap psychique étant donné l'évolution législative dans le champ du handicap et de la santé mentale. L'analyse ne serait pas une analyse longitudinale et compréhensive des parcours des personnes atteintes de troubles psychiques, ni à l'opposé une analyse des dispositifs et politiques en place pour l'insertion des personnes handicapées psychiques, mais bien cet entre-deux de la compréhension des dynamiques collectives : un ensemble d'interactions autour d'une question spécifique qui ne sont compréhensibles qu'au regard des stratégies individuelles et du contexte social et politique.

- Le dépassement des résistances de l'entreprise, non seulement à se laisser observer mais également à traiter la question du maintien dans l'emploi de salariés atteints de troubles psychiques, fut un enjeu quotidien. La question de la maladie mentale reste taboue dans la société et plus encore dans l'entreprise parce qu'elle dérange les codes et les règles de vie en collectivité. De plus, les entreprises

expriment un malaise face à l'intégration difficile des salariés atteints de troubles psychiques dans leur gestion des ressources humaines. Participer à cette recherche nécessitait donc un recul et une capacité de remise en question. Malgré la rigueur mise à positionner cette recherche non pas dans un objectif de dénonciation ou de jugement de valeur, mais dans une perspective de compréhension sociologique, les craintes se sont fait sentir à tous les niveaux de l'entreprise. Il m'a été demandé plusieurs fois, de confirmer l'anonymat et la confidentialité des entretiens. Par ailleurs, un certain nombre d'entretiens m'ont été refusés au motif que l'entreprise n'était pas concernée par cette question ou bien n'avait pas connaissance de salariés handicapés psychiques. Ni juge, ni espion, et sans voyeurisme déplacé, ma position de chercheuse, soucieuse de rendre compte des enjeux (analyse à la fois des échecs et des réussites) du maintien dans l'emploi de ces salariés, nécessitait que soit instaurée une relation de confiance avec les missions handicap engagées dans le projet, basée sur une rigueur scientifique et déontologique.

- Sans glisser dans une auto-analyse psychothérapeutique systématique de la position intellectuelle du chercheur face à son objet d'étude, il semble indispensable de s'interroger sur l'implication de l'observateur dans un sujet tel que la santé mentale. Pour reprendre les termes de R. Bastide à propos de la réflexion de l'ethnopsychiatre G. Devéreux, sans tomber dans une auto-analyse totalisante, il faut néanmoins interroger cette position pour tenter de dépasser la subjectivité inhérente à toute observation (Devéreux, 1970 *in* Bastide, 1971). Il montre en effet comment tout chercheur est impliqué dans son matériau, auquel il s'identifie. Selon lui, la démarche scientifique que l'on voudrait objective consiste alors à repérer l'implication du chercheur et les déterminants subjectifs, plutôt que de nier l'identification et les effets anxiogènes de l'objet de la recherche.

Dans notre cas, deux thèmes de recherche doivent être considérés en tant qu'objets d'identification de l'observateur : l'entreprise et l'expérience de la souffrance psychique.

1) L'entreprise représente à la fois l'espace par excellence de la réussite sociale et professionnelle dans notre société et le lieu privilégié de l'exclusion. Le risque de se limiter à une position engagée et dénonciatrice de la dynamique discriminante du monde de l'entreprise était bien réel. C'est pourquoi il m'a fallu apporter une attention toute particulière à ma position d'observateur de l'entreprise : ne pas tomber dans le jugement de valeur, éviter les raccourcis manichéens, ne pas injustement diaboliser. Cet exercice de distanciation s'est réalisé en même temps que j'observais rigoureusement la démarche de cette recherche, c'est-à-dire rendre compte de la complexité organisationnelle qu'revêt le maintien dans l'emploi d'un salarié atteint de troubles psychiques. Il fallait contribuer à une meilleure connaissance du champ de la sociologie du handicap, comprendre les enjeux de la prise en compte du handicap psychique en milieu ordinaire de travail. Il fallait montrer en quoi ce champ de recherche ne se limite pas à l'analyse de la bonne ou mauvaise volonté de la société ou des individus.

Paradoxalement, la participation des entreprises dès l'élaboration du sujet de recherche risquait aussi de m'inciter à une plaidoirie en faveur des efforts qu'elles déploient. En effet, la culpabilité et le manque

de savoir-faire des entreprises face au handicap psychique m'ont interpellée quant au sens de mon intervention. Fallait-il valoriser le travail qui malgré tout pouvait se faire autour d'un salarié atteint de troubles psychiques et toutes les expériences ponctuelles d'accompagnement ou au contraire démontrer les mécanismes de leur incompétence face à ces salariés ?

La relation d'enquête devait être négociée. Un travail de sensibilisation a eu lieu lors des réunions de suivi avec les entreprises partenaires pour rappeler la neutralité scientifique de mon positionnement. Par ailleurs, une rupture avec les prénotions, notamment dans la phase exploratoire de la recherche a été rendue possible par la construction de guides d'entretiens semi-directifs et d'analyses thématiques des entretiens.

2) Travailler sur les troubles psychiques et la souffrance psychique renvoie chacun de nous à ses propres fragilités, à ses traumatismes ou expériences de santé mentale. Bien qu'observée à travers le prisme distancié de la sociologie, la souffrance psychique des personnes handicapées ne peut laisser indifférent. L'identification au parcours de certaines personnes ou à l'expérience d'une souffrance s'apparente parfois à une projection, une empathie importante, ou au contraire à un rejet « primaire ». C'est pourquoi le travail de rupture avec les prénotions est déterminant sur des thèmes qui engagent autant l'observateur. L'expérience de troubles psychiques devait d'abord être considérée comme une donnée sociologique à part entière.

Dans la relation d'entretien, il a fallu également recadrer des attentes parfois décalées. Certaines personnes, notamment à la revue *ÊTRE Handicap Information*, pouvaient m'associer à un professionnel de l'accompagnement ou de l'insertion professionnelle. Elles se positionnaient dès lors dans une relation thérapeutique ou d'aide sociale à laquelle je ne pouvais répondre. De même, dans certains cas, l'entretien constituait le seul espace d'expression d'une souffrance ou d'un sentiment d'injustice vis-à-vis du monde du travail. Cette situation s'est rencontrée chez des personnes atteintes de troubles psychiques mais également chez certains salariés de l'entreprise en charge de l'accompagnement ou du suivi. Il a donc fallu parfois rappeler les limites pragmatiques de la relation d'entretien sociologique, tout en acceptant une certaine instrumentalisation de cette relation. En effet, elle devenait un prétexte à une verbalisation de leurs sentiments ou le moyen de transmettre une information dans l'entreprise. Une grande vigilance a été observée pour éviter une situation abusive de pouvoir autour de l'illusion d'une expertise de la situation des personnes et une empathie face à leur situation.

Travailler dans le champ de la santé mentale, c'est faire l'expérience de rencontres émouvantes, éprouvantes, dérangeantes, approcher des parcours de vie parfois chaotiques. C'est également toucher une réflexion philosophique sur la vie et la mort parfois déstabilisante dont on ne sort pas tout à fait indemne. Plus que jamais, l'expérience de la thèse se doit d'être considérée comme une expérience personnelle psychique, intellectuelle et physique à part entière. Cet engagement personnel dans la rencontre doit donc être considéré non seulement par rapport à la position du chercheur, mais également dans les stratégies interactionnistes des personnes qui côtoient les personnes atteintes de troubles psychiques. Lorsque l'on étudie le handicap psychique en situation de travail, l'analyse des relations avec les collègues de travail et l'observation des dynamiques de groupe autour du salarié

handicapé sont tout aussi importantes que la compréhension du parcours individuel de la personne au regard de son handicap.

Ce travail devait répondre à un certain nombre de questions :

Comment passe-t-on de l'expérience de troubles psychiques à une situation de handicap psychique ?

Dans quelle mesure le handicap psychique est une question individuelle ou collective ?

A quel niveau, le handicap va interférer le travail ?

En quoi l'entreprise participe-t-elle à la situation de handicap ?

Le maintien dans l'emploi d'un salarié devenu handicapé psychique est-il possible ?

Comment se déroule-t-il ?

Comment se passe le retour dans l'emploi d'un salarié suite à un arrêt de travail long lié à des troubles psychiatriques ?

Quels sont les dispositifs légaux et politiques prévus pour maintenir ces salariés dans l'emploi ?

Quel est le rôle des collègues de travail et des professionnels du médico-social dans le maintien dans l'emploi d'un salarié handicapé psychique ?

En quoi l'entreprise crée ou non un environnement favorable au maintien dans l'emploi d'un salarié handicapé psychique ?

Partant de la question qui s'est posée à nous et du contexte de la recherche, la lecture proposée doit se faire en trois temps ; faisant chacune écho aux différents niveaux d'analyse liés au thème de cette recherche. Le texte proposé s'illustre donc par une progression linéaire, celle d'une analyse qui part du handicap psychique comme production singulière dans la sphère sociale pour progressivement inscrire l'expérience d'un salarié handicapé psychique dans une dynamique collective et situationniste au sein de l'entreprise, et enfin arriver à s'écarter de l'expérience locale pour comprendre les logiques globales d'entreprises impliquées dans l'émergence du handicap psychique et de sa prise en compte.

Le premier chapitre constituera le cadre théorique de l'étude et propose une présentation rigoureuse de la problématique qui a façonné cette recherche. Il nous permettra de nous familiariser avec une approche sociologique du handicap psychique comme construction sociale à la croisée des thèmes liés à la santé mentale et du champ du handicap. L'étude de l'histoire du handicap psychique, notamment au regard de l'histoire des maladies mentales et de leur classification, apportera dans un second chapitre un éclairage sur l'ambiguïté de son appréhension. Cette première partie devra nous éclairer sur le statut particulier de ce handicap notamment dans une problématique d'insertion professionnelle.

La deuxième partie s'attachera à étudier l'expérience des troubles psychiques dans le milieu de travail, et mettra en lumière la tension qui existe vis-à-vis du handicap dans une logique de fragilisation du lien entre le salarié et l'entreprise. Nous explorerons dans le troisième chapitre les différentes facettes du handicap psychique dans l'emploi et les divers parcours des salariés concernés par ce handicap. Cette

lecture du vécu des salariés nous éclairera sur la problématique à la fois collective et systémique du maintien dans l'emploi de salariés handicapés. Le quatrième chapitre aura donc pour objet de montrer en quoi le maintien dans l'emploi n'est pas uniquement l'affaire du salarié face à un poste de travail à aménager mais implique une multitude d'acteurs de l'entreprise et concerne l'ensemble de l'environnement professionnel de différentes manières.

Enfin, la troisième partie proposera une analyse plus globale de la question du handicap psychique dans l'emploi. Il s'agira tout d'abord, dans le chapitre 5, de mettre en évidence le cadre contingentaire au maintien dans l'emploi de salariés handicapés psychiques à la fois au niveau politique, législatif, et au regard des représentations associées au handicap psychique dans les entreprises. Le sixième chapitre sera consacré à une étude plus approfondie du tissu social du monde de l'entreprise considéré comme l'élément déterminant le cadre de l'expérience du handicap psychique au travail.

Conventions

Dans l'ensemble du texte, les citations extraites d'ouvrages ou articles sont présentées entre guillemets. Les extraits d'entretiens, en revanche, figurent en italique et entre guillemets. Le nom de toutes les personnes interrogées a été modifié afin de préserver leur anonymat. En revanche, les entreprises citées sont celles qui ont fait l'objet de notre étude de façon transparente.

Un certain nombre d'encadrés, dans le corps du texte apportent un éclairage plus précis sur un point particulier de la discussion, afin d'en faciliter la compréhension.

PREMIERE PARTIE

LE HANDICAP PSYCHIQUE : DÉFINITION ET CADRAGE

Cette première partie vise à cadrer et définir l'objet de notre recherche : le handicap psychique. Il s'agira de rendre compte de l'expérience sociale que représente le handicap psychique. Un chemin doit être parcouru pour passer d'une conception des troubles psychiques et de la maladie mentale comme expérience médicale à celle du handicap psychique comme objet social.

Pour définir notre objet, deux champs théoriques vont constituer la base de notre problématique : celui de la sociologie du handicap et celui de la sociologie de la santé mentale. Le premier apporte un éclairage sur l'évolution conceptuelle dans le domaine du handicap et de ses définitions. Le second a proposé une nouvelle approche du vécu psychiatrique non plus en tant qu'objet médical mais comme expérience sociale. C'est à la croisée de ces deux approches que s'est construite notre problématique. Partant d'une question concrète rencontrée dans le monde du travail, nous détaillerons le travail méthodologique qui nous a permis de passer de pratiques sociales à une question sociologique théorisée. Les entreprises nous ont posé la question suivante : comment faire pour maintenir dans l'emploi des personnes handicapées psychiques ? Plus qu'une expérience individuelle, cette question du handicap psychique dans l'emploi s'est révélée dans une problématique collective et contextuelle qui a fortement déterminé les choix méthodologiques et le positionnement de ce travail.

Le deuxième chapitre propose d'approfondir une définition sociologique du handicap et de comprendre les enjeux conceptuels et politiques qui y sont associés. La reconnaissance du handicap psychique en 2005 s'est faite après plusieurs années de débats, de recherches et d'évolutions législative. Elle marque un changement profond du rapport de la société à la santé mentale. Les troubles psychiques et psychiatriques, les maladies mentales ont fait l'objet de différentes définitions, classifications, reconnaissances visant à objectiver une expérience singulière, difficile à décrire et pour laquelle les explications sont rares. Ces efforts de cadrage sont à l'image de la complexité du rapport de la société à l'expérience de santé mentale au sens large et dont le handicap psychique est une des formes d'expression.

Chapitre 1 : Le handicap et la santé mentale : entre objet médical et objet social

En observant les efforts de modélisation et l'histoire du handicap et de la société dans leurs rapports entre eux, on voit apparaître la dimension sociale des expériences physiques, organiques, mentales et psychiques que peuvent engendrer la déficience et le trouble. Différents travaux et recherches en sciences humaines en France ont ainsi exploré le handicap au-delà de sa dimension médicale. Toutes ces approches dépassent une conception du handicap comme expérience individuelle et l'inscrivent dans une dimension collective. Se révèlent alors la relativité culturelle du handicap, le spectre de la norme et le construit social de la déviance ou encore le poids des représentations dans le rapport de la société au handicap et aux personnes handicapées.

Sans prétendre à une présentation exhaustive de l'ensemble des travaux effectués dans le champ des sciences sociales et humaines sur le handicap, et dans le prolongement du bref historique des efforts de conceptualisation du handicap, une exploration des différentes approches sociales du handicap s'avère pertinente pour plusieurs raisons. En effet, elle permet de montrer comment, contrairement à certaines idées reçues ou prénotions, le handicap est finalement loin d'être une question uniquement médicale ou technique et technologique ; mais aussi dans l'espoir de contribuer à enrichir les réflexions analyses du handicap comme phénomène social au sens que M. Mauss lui donne (1950), c'est-à-dire comme objet de la sociologie en tant que production collective spécifique déterminée par la nature des interactions qui la régissent.

I. Les conceptions sociales du handicap et de la santé mentale

A. Le handicap

1. La notion de handicap

a) Un effort de conceptualisation

Lorsque nous abordons le champ du handicap, nous sommes confrontés à une situation de réelle confusion de concepts. En effet, le terme de handicap est utilisé pour désigner des réalités multiples. Il est très difficile de trouver une définition du handicap admise par tous et reconnue dans tous les domaines. Ce terme ambigu et polysémique a été employé dans des domaines comme physique, sensoriel, mental, social... Il concerne en outre des populations aussi hétérogènes que les personnes infirmes, celles ayant une incapacité, une déficience, une inaptitude, les personnes âgées, les chômeurs de longue durée, pour ne citer qu'elles, dont l'élément unificateur est la stigmatisation de leur différence.

En réalité, un détour par l'histoire montre que l'usage du terme « handicap » traduit une évolution récente du rapport de la société aux personnes handicapées. Sans approfondir l'histoire originelle de la notion de handicap, il est intéressant de voir comment l'histoire de celui-ci oscille entre deux pôles et deux attitudes : l'intégration et l'exclusion, la pitié et l'intolérance (Stiker, 1982 ; Fougeyrollas, 1983).

Dans l'antiquité, les personnes handicapées étaient exclues chez les Hébreux des lieux sacrés car considérés comme impures, tandis que leur présence était tolérée dans la vie sociale. La prêtrise et la participation aux cérémonies religieuses étaient, par exemple, interdites aux individus handicapés physiques et déficients visuels : « l'aveugle et le boiteux n'entreront pas dans le temple » (Ancien Testament, Samuel-5,8).

Le peuple grec, quant à lui, excluait les personnes handicapées, par fidélité à la beauté et à l'harmonie corporelle. L'enfant infirme de naissance était considéré comme une malédiction et dès lors abandonné. Toutefois l'adulte devenu invalide lors de combats guerriers était pris en charge par la société. C'est une vision esthétisante et rationnelle de l'être humain qui sera reprise par les penseurs de l'antiquité grecque pendant vingt siècles (Fougeyrollas, 1983).

Avec le christianisme, on assiste à une inversion des valeurs dominantes. C'est désormais l'amour des autres, l'hospitalité, la charité, l'aumône et le don de soi qui prévalent dans le lien social. La cécité, par exemple, n'est plus assimilée au péché et à une punition divine. Les exclus sont privilégiés par le

Christ. Assister les pauvres, les malades, les infirmes, les orphelins et les vieillards devient un devoir. Cependant, les grands fléaux du XXIIe siècle et des siècles suivants changeront l'attitude à l'égard des infirmes, désormais considérés comme porteurs du mal et alors pourchassés et redoutés.

Au XIVe siècle et jusqu'au milieu du XVIe siècle s'opère un changement avec la valorisation de l'individu par le travail obligatoire. Une nouvelle éthique de l'homme au travail se met en place et tous les mendiants valides sont arrêtés pour être occupés à de grands travaux publics, même si l'édit de 1536 stipule que « les pauvres impuissants seront encore secourus par l'Aumône générale ». « C'est la première forme d'assistance civile pour les corps différents en France. Le travail obligatoire devait permettre de distinguer les valides, les hommes d'intérêt, des paresseux, indésirables qui seront durement châtiés » (*op. cit.*, 1983, p. 11)

Un basculement important s'opère avec la Révolution française : l'idée de solidarité sociale remplace celle de charité. La bienfaisance devient désormais un devoir. La réflexion philosophique et les progrès scientifiques du XVIIe siècle amènent une attitude plus humaniste vis-à-vis de l'infirmité et de la maladie.

Pourtant, peu après, de premières distinctions entre les handicaps apparaissent, et l'obligation d'assistance devient la responsabilité d'institutions spécialisées et privées. Apparaît, en effet au XIXe siècle le besoin d'un contrôle social sur la pauvreté, le crime, la folie, l'arriération mentale, la surdité. Un rapport normatif aux personnes handicapées s'instaure, générant de manière indirecte les mécanismes de réclusion et d'exclusion liés à la reconnaissance d'une forme de déviance. Au début du XXe siècle, les personnes handicapées se voient désignées par les termes d'« infirme », « débile », « incurable », « invalide », « inadapté ». La loi de 1905¹² s'adressait aux vieillards infirmes et incurables ; celle du 5 août 1949, dite loi Cordonnier, se préoccupait des grands aveugles et des infirmes civils ; celle du 31 juillet 1963 concernait l'éducation des mineurs infirmes.

Une nouvelle conception de l'infirmité va naître après la Première Guerre mondiale et sera renforcée lors de la seconde : l'assistance cède le pas à la réadaptation (Stiker, 1982). Il s'agit désormais de remplacer ce qui manque, de faire disparaître la différence. L'infirmes qui indiquait l'exceptionnel, l'altérité, doit désormais s'inscrire dans une forme de normalité. C'est à partir de l'assistance aux mutilés de guerre que va se construire peu à peu un système de prise en charge de l'ensemble des infirmes quelles que soient l'origine et la nature de leur invalidité.

Dans les années cinquante apparaît un nouveau terme unifiant toutes les situations d'exclusion et d'invalidité, celui de « handicap ». La particularité de ce rassemblement autour d'une notion unique est la référence au travail comme fil conducteur (Ebersold, 1998). En effet, la réadaptation bat son plein dans les années cinquante, période de croissance économique durant laquelle aucune protection sociale n'est offerte aux personnes handicapées. La seule alternative à l'assistance est l'insertion

¹² Loi du 14 juillet 1905 relative à l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables.

professionnelle, que la réadaptation va alors s'efforcer de promouvoir notamment par la création des Centres d'aide par le travail. Autour de l'emploi s'organise le cadre institutionnel de prise en charge des personnes handicapées. La figure du « travailleur handicapé » émerge avec la loi de 1957 qui encourage la mise au travail de la personne handicapée, sans distinction de l'origine de l'atteinte à la santé. « En se proposant de fournir à la personne atteinte d'une déficience les moyens de se reclasser professionnellement et socialement à défaut de pouvoir la 'guérir', le cadre institutionnel de prise en charge a structuré le rôle social du 'handicap' autour de la figure du travailleur » (Ebersold, 1998, p. 43). Avec la fin du plein-emploi, après 1973-1974, on entre dans une période où, au-delà de l'emploi, à proprement parler, c'est l'absence d'emploi ou d'activité professionnelle, ou l'impossibilité d'y accéder qui a motivé l'action des associations de personnes handicapées comme celle du législateur. La question de l'exclusion sociale et de la capacité intégratrice de la société se pose, notamment dans un contexte de limitation de la croissance, d'augmentation du chômage et de développement des mesures de protection sociale.

Dans les années quatre-vingt, des alternatives sont proposées de façon relativement confidentielle, envisageant de nouvelles formes de reconnaissance sociale. Il s'agit d'explorer d'autres voies que l'insertion professionnelle, d'autres alternatives à une forme de normalisation, de reconnaître un droit à ne pas travailler. De nouvelles figures du handicap apparaissent comme celle d'une participation à la diversité d'une culture plus riche, offrant ainsi de nouveaux modèles d'identification aux personnes handicapées (Ville, 1999).

Cette brève rétrospective illustre le caractère éminemment socio-historique de l'approche du handicap et la nécessité d'aborder cet objet d'étude en relation avec le contexte, les pratiques et les représentations existantes.

b) Étymologie et définition du handicap

Pour mieux cerner la notion de handicap, il est intéressant de retrouver les origines et les évolutions sémantiques de ce concept qui évoque, dans un premier temps le hasard et le jeu, mais aussi la compétition et la performance.

Sur le plan étymologique, le mot handicap provient de la contraction, remarquable, de trois mots anglais : « hand », « in » et « cap » qui signifient « la main dans le chapeau ». Il viendrait de Grande-Bretagne et son origine est obscure. Il serait apparu pour la première fois dans la langue anglaise au XVII^e siècle. « Le nom de handicap a été donné à une sorte de jeu comportant une part de chance, dans lequel une personne propose d'acquiescer un objet familier qui appartient à une autre personne en lui offrant en échange quelque chose qui lui appartient » (Hamonet, 1990, p.7). Un arbitre est désigné

pour apprécier la différence de valeur entre les deux objets. Lorsqu'il a fixé le montant, la somme d'argent correspondante est déposée dans un chapeau ou une casquette.

En 1754, ce terme est appliqué aux courses entre deux chevaux, et en 1786 à des compétitions rassemblant plus de deux chevaux. Selon le dictionnaire *Le Robert* (1984)¹³, le passage du sens premier (jeu de hasard) au second (relatif aux courses de chevaux) s'explique par le rôle de l'arbitre, qui dans les deux cas apprécie la valeur comparée entre des « objets » : effets personnels puis chevaux (Hamonet, 1990).

En 1827, le terme « handicap » traverse la Manche et s'utilise dans le milieu hippique irlandais. Il renvoie alors à l'obligation, pour les meilleurs chevaux, de porter une charge supplémentaire ou de parcourir une distance plus grande afin que tous les concurrents aient une chance égale de remporter la course. Comme l'explique T. Bryon dans son manuel de l'amateur de courses « une course à handicap est une course ouverte à des chevaux dont les chances de vaincre, naturellement inégales, sont, en principe, égalisées par l'obligation faite aux meilleurs de porter un poids plus grand » (Hamonet, 1990, p. 8).

D'autres domaines sportifs ont également adopté ce terme de handicap pour classer les participants selon leurs performances : le cyclisme, transitoirement, puis le golf.

Ainsi, l'essence même de la notion de handicap implique l'idée d'une gêne surajoutée. Elle repose sur la recherche d'équité, en désavantageant ou en annulant un avantage chez un concurrent considéré comme plus fort. À l'origine, l'idée d'une définition du handicap par comparaison avec quelqu'un d'autre ou avec une norme préalablement instaurée est déjà présente.

Par extension, le handicap se confondra avec ce désavantage, cette gêne surajoutée. En effet, vers 1950, lorsqu'un sens figuré est attribué au terme de handicap, est abandonnée l'idée de désavantage imposé au concurrent « supérieur » ou naturellement avantaagé.

La difficulté à adopter une définition commune du handicap vient probablement en partie de l'origine mouvante du terme qui porte à la fois sur une recherche d'équité sur l'idée normative d'une infériorité. Par ailleurs, la définition du handicap suscite des réticences, dans la mesure où elle fait craindre de voir les personnes classées dans des catégories : peur de réduire les difficultés du quotidien à des pourcentages, peur de substituer sa déficience à la personne.

La nécessaire définition du handicap est née du besoin d'identifier les bénéficiaires de dispositifs d'assistance ou de protection sociale du fait de leurs difficultés à s'inscrire dans l'emploi. C'est donc au niveau législatif que s'est posée plus concrètement la question d'une définition du handicap. Ainsi, à la suite de la loi du 23 novembre 1957, la notion de « handicapé » apparaît pour la première fois dans le droit français. Selon le Code du travail « est considérée comme personne handicapée toute personne

¹³ Le Robert, *Dictionnaire des anglicismes*, 1984, p. 376-377.

dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales¹⁴ ».

Le texte fondateur du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées ne propose pas de définition. Elle se contente de définir la commission qu'elle considère comme compétente pour qualifier une personne handicapée selon un système d'évaluation et de barème. Le handicap n'est pas défini, en revanche ce sont les normes par rapport auxquelles il apparaît qui vont être dessinées. La loi stipule simplement que « sera (...) considérée comme handicapée, toute personne reconnue comme telle par les commissions départementales ».

Au niveau européen, la définition proposée dans la déclaration universelle des droits des personnes handicapées, adoptée par l'Organisation des Nations unies (Onu) le 9 décembre 1975, dans son article premier, est la suivante : « Le terme 'handicapé' désigne toute personne dans l'incapacité d'assurer par elle-même tout ou partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale normale, du fait d'une déficience, congénitale ou non, de ses capacités physiques ou mentales. »

Au travers de cette définition, la référence implicite à une norme apparaît, et les personnes handicapées dans leurs capacités sociales en sont exclues.

Il faudra attendre la loi du 11 février 2005 pour que de nouveau soit inscrite une définition officielle du handicap dans la loi : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant¹⁵. »

La notion de handicap social n'apparaît pas ou bien nécessairement lié à un trouble de santé. Il y a cependant désormais une approche selon les types de troubles plutôt qu'à partir des déficiences principales. La référence au travail ou à la norme sociale n'est plus explicite. Au regard des évolutions conceptuelles dans le champ du handicap, c'est l'idée de participation à la vie sociale qui est mise en avant même si persiste une considération du désavantage par l'usage de termes comme « limitation », « restriction » ou encore « altération ».

Reprenons dès lors les différentes conceptions du handicap qui ont amené à sa redéfinition, le faisant évoluer d'un modèle médical centré sur l'individu à une acceptation environnementale et situationniste du handicap.

¹⁴ Article L. 323-10 du Code du travail.

¹⁵ Article L. 114 du Code de l'action sociale des familles.

2. Les efforts de modélisation

a) De la CIM à la CIH

L'importance du handicap dans l'approche actuelle de la santé est le fruit d'une longue évolution des classifications de l'Organisation mondiale de la santé. Ces classifications ont pour fonction d'instrumenter l'enregistrement statistique de l'état de santé des populations, base de toute programmation de politique de santé publique.

À la nomenclature des causes de décès, adoptée en 1893 par l'Institut international de statistique, s'ajoute en 1910 la Classification internationale des causes de maladies et de décès. Les révisions successives poursuivent ce double objectif, mais la prise en compte des maladies reste secondaire par rapport à celle des causes de décès. La sixième révision est entreprise par l'OMS à sa création en 1948 avec l'objectif de donner un poids équivalent à la morbidité et à la mortalité. Elle produit la classification statistique internationale des maladies et problèmes connexes (CIM). Celle-ci, qui en est aujourd'hui à sa dixième version, rencontre des difficultés à intégrer des catégories descriptives de problèmes de santé chroniques qui débordent les critères étiologiques et diagnostiques classiques (Barral, 2004). Or la période qui suit la Seconde Guerre mondiale voit la montée en charge des conséquences des maladies, accidents et traumatismes. Cette période est marquée, dans les pays occidentaux, d'une part par l'essor de la médecine de réadaptation qui se consacre à ces formes de pathologie avec d'autres objectifs que ceux de guérison traditionnels, et d'autre part par la transformation du profil démographique des populations entraînant avec elle nouveaux enjeux épidémiologiques.

C'est sans doute au sociologue Saad Zergloub Nagi que revient le mérite d'avoir dès 1965, proposé un cadre visant à clarifier la terminologie et les concepts associés au phénomène de handicap. Pour la première fois, on essaie d'établir un enchaînement logique entre la maladie et ses conséquences sur l'activité sociale de l'individu. S. Nagi est celui qui a introduit les notions de lésions, de limitations fonctionnelles, d'état chronique et de handicap. Il a aussi défini le champ de la réadaptation. Son cadre conceptuel établit une distinction entre la pathologie, la déficience, la limitation fonctionnelle et l'incapacité.

Selon S. Nagi (Fougeyrollas, 1998, p. 4) :

- une déficience (*impairment*) est une anomalie anatomique, physiologique, intellectuelle ou émotionnelle ;
- une limitation fonctionnelle (*functional limitation*) renvoie à une limitation sur le plan du fonctionnement sensorimoteur de l'organisme, à l'efficacité de l'adaptation psychologique au stress de la vie, et aux capacités intellectuelles et de raisonnement ;
- l'incapacité ou handicap (*disability*) se définit comme des limitations dans l'exercice des rôles et activités sociaux par rapport au travail, à la vie familiale ou à la vie autonome.

Il importe ici de retenir que son concept d'incapacité (*disability*) renvoie aux conséquences sociales et donc au handicap, et non aux caractéristiques personnelles que sont les déficiences et les limitations fonctionnelles. Par ailleurs, il n'y a pas de relation causale linéaire entre les limitations fonctionnelles et l'impact social sur les activités et les rôles.

Sous les effets conjugués du recul des maladies infectieuses avec la découverte des antibiotiques, de la baisse de la mortalité néonatale et du vieillissement de la population, les maladies chroniques et les incapacités deviennent un objectif majeur de politique de santé publique. Les indicateurs de morbidité fournis par la CIM s'avèrent insuffisants pour prendre en compte l'état fonctionnel des individus et des populations, ainsi que pour renseigner sur la durée et la sévérité des problèmes de santé.

L'OMS demande alors au docteur Philip Wood, d'élaborer un supplément à la CIM, qui constituerait un nouveau schéma conceptuel des conséquences des maladies. En 1974 sont diffusées de nouvelles taxonomies qui distinguent les déficiences et le nouveau concept de « handicap ». En 1976, l'Assemblée mondiale de la santé en approuve une version, à des fins de publication et d'essai. Une version révisée est ensuite publiée en 1980, sous le titre de *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages*¹⁶ et qui reprend en partie le découpage proposé par S. Nagi.

Cette CIH retient neuf grandes catégories de déficiences correspondant à différentes formes de « déviation par rapport à une certaine norme biomédicale de l'individu » (OMS, 1988, p. 24). La déficience comprend des pertes de substance ou des altérations provisoires ou définitives, et s'accompagne de l'existence ou de l'apparition d'une anomalie, d'une altération, de la perte d'un membre ou d'un organe, d'un défaut du système fonctionnel.

L'incapacité est caractérisée par une approche objectivée, comme « le processus par lequel une limitation fonctionnelle s'exprime dans la réalité quotidienne, le problème étant objectivé par la gêne dans les activités du corps » (*op. cit.*, p. 25).

Le handicap d'une personne est le désavantage « qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socio-culturels (*ibid.*). Le désavantage est un phénomène social dans la mesure où il se renforce à mesure que l'individu se montre dans l'incapacité de se conformer aux normes de son milieu, aux rôles sociaux qui lui sont assignés. Il est ainsi caractérisé par une discordance entre l'activité de l'individu et les attentes de son groupe d'appartenance. Selon la CIH, le désavantage correspond au handicap. En effet, « on ne peut être handicapé que par rapport à quelqu'un ou à quelque chose, un groupe social donné, en milieu urbain ou villageois, un groupe doté d'un certain niveau de développement, un groupe dont l'aide sera tolérante ou paralysante » (Amiel, 1985, *in* Houillon, 2003, p. 120).

¹⁶ CIH : Classification internationale du handicap ; ou CIDIH : Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps selon l'usage en français ou en anglais.

La CIH retient sept domaines de handicap : 1. l'orientation, 2. l'indépendance physique, 3. la mobilité, 4. l'occupation, 5. l'intégration sociale, 6. l'indépendance économique, 7. les autres handicaps.

La modélisation du handicap dans la CIH s'articule autour de l'établissement d'une relation linéaire de cause à effet entre chaque niveau conceptuel. C'est l'un des principaux intérêts et l'originalité de ce modèle : la maladie/le trouble engendre une déficience fonctionnelle et organique, qui à son tour mène à une incapacité sur le plan comportemental et des activités de la personne, laquelle conduit à un ou plusieurs désavantages.

La CIH a eu une influence internationale considérable. Ce modèle conceptuel, ses définitions et ses classifications, et tout particulièrement celles des déficiences et des incapacités, peuvent, compte tenu des nombreuses expériences, discussions et adaptations dont ils font l'objet, être considérés comme étant le cadre de référence majeur pour le développement des connaissances contemporaines et la théorisation du savoir scientifique dans le champ du handicap.

Le parti pris de neutralité étiologique et diagnostique, et surtout la prise en compte des conséquences sociales des problèmes de santé caractérisant cette nouvelle classification, marquent une évolution significative de la conception de la santé, qui ne se limite plus à la seule absence de maladie et traduit une prise de distance par rapport au modèle biomédical de la CIM.

Comme tout modèle, celui-ci a fait l'objet de discussions et critiques portant principalement sur deux aspects : la linéarité du modèle et la nature des liens de causalité entre les différents niveaux conceptuels, et le rôle des facteurs environnementaux dans la définition des différents concepts.

Dans la foulée, et dans une certaine mesure en réponse à ces critiques, un médecin français, Pierre Minaire, propose un modèle dans lequel il met en avant le concept situationnel (1983, *in* Houillon, 2003). Une situation est ici considérée comme « toutes les relations concrètes qui, à un instant donné, unissent un sujet ou groupe au contexte dans lequel il doit vivre et réagir » (Minaire *et al.*, 1991, p.375). Dans ce modèle il tente d'illustrer et de faire coexister le modèle de la CIM, le modèle de la CIH, l'environnement et les conséquences des interventions dans chacune de ces dimensions. P. Minaire explique que, sans exception, une personne est handicapée non pas dans l'absolu, mais toujours par rapport à quelque chose. Selon lui, le modèle du handicap situationnel complète les trois dimensions du modèle de l'OMS, en situant l'individu dans son environnement (*ibid.*).

Ainsi le handicap devient une caractéristique non pas de la personne, mais de la rencontre dynamique entre celle-ci et son environnement.

b) Le modèle social du handicap

Ces avancées ne suffisent pas à répondre aux attentes du mouvement international naissant des personnes handicapées. Ce mouvement, représenté alors par Disabled Peoples international, créé en 1981 à Winnipeg, et par le mouvement social québécois de promotion des droits des personnes handicapées, s'exprimant par la voix de l'anthropologue Patrick Fougeyrollas, reconnaît l'intérêt opératoire de la segmentation conceptuelle que propose la CIH et approuve l'introduction de la dimension sociale dans la description des phénomènes de handicap. Pour autant, se situant dans une perspective anthropologique, il récuse une approche médicale, réadaptative du handicap, réduisant la personne à des caractéristiques biophysiques et restreignant du même coup la question sociale qu'elle pose à des opérations de correction, réparation, compensation, et à des ajustements aux normes sociales. L'alternative proposée consiste à adopter une approche écologique de la personne dans son environnement, en interaction avec celui-ci.

L'argumentation de ce mouvement s'appuie sur les théorisations sociologiques et anthropologiques des *Disability Studies*, champ de recherche qui a pris naissance dans les années soixante-dix, dans les milieux universitaires anglo-saxons. Au modèle individuel est opposé un modèle social du handicap expliquant le handicap par l'ensemble des barrières physiques et socioculturelles faisant obstacle à la participation sociale et à la pleine citoyenneté des personnes handicapées. Deux variantes du modèle social ont été développées : une approche environmentaliste selon laquelle le handicap est une conséquence de l'absence de services et d'aménagements de l'environnement ; une approche sociopolitique selon laquelle les personnes handicapées constituent un groupe minoritaire opprimé, stigmatisé : le handicap est une conséquence de l'organisation sociale et la question centrale est celle des droits de l'homme (Barral, 2004).

Lorsqu'au début des années quatre-vingt l'OMS s'interroge sur une mise à jour de la CIH, une nouvelle culture du handicap et de l'action militante des mouvements de personnes handicapées l'empêche de se limiter à une révision de l'ancienne classification.

Par ailleurs, dès 1991, P. Fougeyrollas, président du Comité québécois pour la CIH (ou CIDIH) siège au Comité d'experts pour la CIDIH du Conseil de l'Europe et fait une proposition alternative de classification : le Processus de production du handicap (PPH). Cette classification est la première à prendre pour base un modèle systémique du handicap, par intégration de l'approche individuelle réadaptative et de l'approche sociale ; elle est également la première à proposer une définition du handicap comme phénomène situationnel, résultant de l'interaction entre une personne et son environnement.

Ce modèle regroupe les facteurs personnels, l'identité socioculturelle, l'expérience personnelle, ainsi que les spécificités organiques et fonctionnelles, d'une part, et les obstacles ou facilitateurs socioculturels ou physiques d'autre part. Il définit ainsi son modèle du handicap : « Le handicap n'est ni une personne, ni un environnement, mais est à considérer comme le résultat situationnel d'un

processus dynamique et interactif entre deux séries de composantes, soit les caractéristiques du système organique et/ou des aptitudes de la personne d'une part, et les caractéristiques de l'environnement (social, physique ou culturel) d'autre part » (Houillon, 2003, p. 126).

c) La CIF

L'OMS lance officiellement le processus de révision de la CIH en 1995. Pendant cinq ans, des versions successives de la nouvelle classification, élaborées par un groupe de consultants de l'OMS (anthropologues, juristes, démographes, neuropsychiatres), ont été soumises pour évaluation et validation, aux différents pays impliqués dans le processus de révision et disposant d'un centre collaborateur OMS (Australie, Canada, États-Unis, France, Grande-Bretagne, Japon, Pays-Bas, Suède), ainsi qu'à des réseaux internationaux chargés de l'application de la classification à des domaines spécifiques (enfance, santé mentale, environnement).

Le produit final de la révision, intitulé International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), a été entériné par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2001.

D'un point de vue structurel, cette nouvelle classification diffère peu de la CIH et reproduit approximativement le découpage de la CIH en trois niveaux d'expérience : le corps, la capacité individuelle face aux activités quotidiennes et la possibilité d'exercer des rôles sociaux. Dans la première partie, la CIF reprend donc une segmentation basée sur les fonctions et structures anatomiques, des activités, et enfin la participation.

Les principaux changements apportés à la classification résident dans l'introduction d'une dimension destinée à décrire l'environnement (immédiat et médiate, impliqué dans la production du handicap), l'introduction d'une terminologie positive ou neutre destinée à témoigner que le handicap ne signifie pas systématiquement l'existence de manques, et une déclinaison beaucoup plus détaillée de chacun des domaines.

Une liste unique des activités et des domaines dans lesquels s'exerce la participation est proposée dans la CIF. Elle couvre l'ensemble des tâches auxquelles une personne peut être confrontée, de la plus élémentaire (telle que « copier »), à la plus complexe (telle que : « avoir le contrôle de ressources économiques »). La réalisation d'une tâche ou la possibilité de participer à une activité sociale peuvent être l'une et l'autre évaluées, soit en fonction de l'aptitude de la personne, soit en fonction de ce que la personne fait effectivement dans son environnement habituel.

La seconde partie correspond aux facteurs environnementaux qui font l'objet d'une liste détaillée, et aux facteurs personnels qui, eux, ne sont pas identifiés. Les facteurs environnementaux désignent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie. Ils recouvrent cinq dimensions : les produits et les systèmes techniques ; l'environnement naturel et les changements apportés par l'homme à l'environnement ; les soutiens et relations ; les attitudes ; les services, systèmes et politiques.

Ainsi le handicap n'est plus envisagé comme un attribut de la personne, mais comme une restriction de la participation sociale résultant de l'interaction entre une limitation d'activité liée à un problème de santé et des obstacles environnementaux (Barral, 2004).

La CIF est diversement utilisée selon les pays. En France elle fait l'objet de deux principaux types d'applications selon V. Houillon (2004) :

- d'une part, des applications épidémiologiques ou statistiques ;
- d'autre part, des applications administratives. Parmi celles-ci, la plus importante semble être le renouvellement du mode d'appréhension du handicap, qui a conduit à l'adoption d'un nouveau guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées.

Aujourd'hui, la traduction de ce modèle systémique du handicap dans les politiques sociales nationales constitue un enjeu considérable. Il est au cœur de la « loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » du 11 février 2005 et a des répercussions directes sur les moyens et le type de prise en charge de la personne handicapée par la société. Certaines associations, ont par exemple réclamées une dénomination non plus de « personnes handicapées » mais de personnes en situation de handicap. Celle-ci n'a pas été retenue. Une telle revendication symbolisait la volonté d'accentuer l'effort politique vers une responsabilité collective, et non plus uniquement sur la situation individuelle de la personne. Cette dénomination aurait supposé d'agir en faveur d'une réorganisation de la société afin que les personnes atteintes de troubles ne soient plus en situation de handicap.

Le relatif déplacement du concept de handicap, dans la loi de 2005 n'est pas exempt d'incertitude et d'ambiguïté. Il faut peut être interroger les moyens mis à disposition et les actions prévues pour répondre à la demande de « participation sociale » et honorer le « droit à la compensation ». Certains analystes se posent la question d'un modèle à l'ambition démesurée qui devient inutilisable même s'il est politiquement correct (Chapireau, 2002).

La notion de handicap est donc à la fois historiquement et socialement une question qui va plus loin qu'un traitement uniquement par la sphère médicale. Loin d'être uniquement une caractéristique individuelle et organique, le handicap porte à s'interroger sur le rapport de la société aux individus et la participation de ceux-ci dans la société. Avec les derniers apports conceptuels dans le champ de la modélisation du handicap, en particulier la prise en compte de l'environnement, c'est la société toute entière qui est impliquée. Il en résulte différentes approches du handicap dans les sciences humaines, qui étudient les rapports réciproques de la société et des personnes handicapées.

B. La santé mentale

1. L'apport de la sociologie de la santé mentale

De leur côté, la maladie mentale et les troubles psychiques ont également fait l'objet d'une réflexion dans le champ social. Dès le début du XXe siècle et conjointement aux efforts de la psychiatrie pour exister en tant que discipline médicale, différents travaux, dont certains deviendront des références fondamentales en sciences humaines, se penchent sur le rapport de la société à la folie, l'approche coercitive et normative de la santé mentale et la relativité culturelle des troubles psychiques. À mesure que s'est développée la sociologie de la santé mentale est apparue l'idée de construction sociale de la folie.

R. Bastide a notamment montré dès 1965 dans un ouvrage fondamental intitulé *Sociologie des maladies mentales*, l'apport de la sociologie dans l'étude de la psychiatrie et de la maladie mentale. Alors que la France s'est traditionnellement attachée à éclairer l'histoire de la psychiatrie et à critiquer les fonctions de contrôle social de la psychiatrie¹⁷, les travaux américains et britanniques se sont développés au sein d'une anthropologie et d'une sociologie de la santé et de la médecine très dynamiques et bénéficiant d'une forte reconnaissance universitaire.

C'est T. Parsons qui, aux États-Unis, a dégagé l'étude de la maladie, et notamment de la maladie mentale, d'une approche uniquement psychiatrique et psychologique (1955). Sa théorie du système social s'appuie sur une sociologie de l'action où l'individu s'inscrit dans un système d'interaction par l'intériorisation de rôles sociaux. Ainsi, lorsqu'il analyse la relation entre professionnels et profanes, entre médecins et patients, il pose l'hypothèse « que la maladie, dans un de ses aspects essentiels, constitue une forme de conduite déviante ; que les motivations à la déviance qui s'expriment dans le rôle du malade sont en continuité avec ceux qui empruntent d'autres véhicules, y compris certains types d'hyperconformité (*compulsive conformity*), lesquels ne sont pas socialement définis comme déviants » (*ibid.*).

Il définit la déviance comme la répugnance ou l'impuissance du Moi à intérioriser certaines règles ou même à conformer son comportement aux normes sociales. Il cite quatre types possibles : l'hyperconformiste, le rebelle, le ritualiste, le fugeur. Et comme le souligne R. Bastide, « les névrosés peuvent être, plus facilement que d'autres, des fugeurs ou des ritualistes, il n'en reste pas moins que la déviance est un phénomène sociologique et non psychiatrique » (1965, p. 78).

¹⁷ Nous faisons ici référence aux ouvrages fondateurs de Michel Foucault (1961), Marcel Gauchet et Gladys Swain (1980).

C'est dans ce contexte que se situe la naissance de l'actuelle sociologie de la santé : l'analyse sociologique de phénomènes tels que la maladie, la déviance, la santé. Celle-ci observait la relation entre le système social et la santé, considérant le sujet social comme une personne et un acteur social positionné dans son univers, dans sa vie quotidienne (Valastro, 2001).

R. Bastide, à l'origine de la prise en considération de problématiques sociologiques spécifiques à la santé mentale, invite à reconnaître la contribution d'A. Comte et E. Durkheim (*ibid.*, p. 3). Il reprend en effet chez A. Comte une définition de la folie dans ses études du conditionnement sociologique de l'apparition de la folie, situé dans le fameux passage de la société entre une période organique et une période de crise.

De son côté, Durkheim, dans son opposition entre solidarité organique et solidarité mécanique, fondait sociologiquement la distinction entre situations normales et situations pathologiques, situant la folie dans l'absence de réglementation de la solidarité mécanique.

Ces différentes contributions ont amené à considérer la santé mentale dans une perspective de mise en relation de l'individu à la société. Une sociologie de la santé mentale pouvait naître.

La maladie mentale n'est plus le domaine exclusif de la médecine et le caractère social des problèmes de santé ne peut plus être occulté. Dès lors, la sociologie se doit de considérer la santé mentale dans le rapport des individus à la société.

R. Bastide recense ainsi les travaux sur la place des malades mentaux dans la société (*op.cit.*, 1965, p. 235) :

- Des études historiques sur les conceptions que l'on s'est faites de la maladie mentale au cours du temps, complétées par des enquêtes sur les conceptions populaires actuelles dans le domaine de la psychiatrie.
- Des études sur les relations sociales entre le médecin et le malade, sur l'hôpital psychiatrique, en tant qu'institution sociale ou ensemble d'inter-relations entre malades, infirmiers, médecins et administrateurs.
- Des études sur la réinsertion des malades dits « stabilisés » dans la société, après leurs sortie de l'hôpital.

Le premier champ d'étude est marqué par l'observation de résistances à la participation des malades mentaux à la vie de la communauté. C'est la place des « fous » à la marge de la société qui est analysée et va justifier l'enfermement, physique ou psychique. Ces résistances vont être approfondies par les travaux sur les représentations collectives de la folie suscitées par les questions d'Y. Pelicier sur l'importance de l'opinion des psychiatres sur la maladie mentale et l'opinion publique (1988). Plus tard, ces travaux seront enrichis par l'étude des représentations de la folie proposée par I. Jodelet (1989) et R. Demonet (2000).

Le deuxième champ d'étude défini par R. Bastide s'appuie sur la définition relationnelle que donne J.-P. Valabrega de la maladie : « La maladie est quelque chose qui se passe entre le malade et le médecin » (Valabrega *in* Bastide, 1965, p. 237), c'est-à-dire que la maladie n'est pas une entité en soi, elle résulte d'une confrontation entre deux individus, l'un qui apporte le mystère de ses troubles, l'autre qui lui en propose une explication, qui fait entrer le subjectif dans l'objectivité d'un système théorique. C'est sur ce paradigme que s'appuie l'ensemble des travaux sociologiques sur l'institution hospitalière (Goffman, 1961, Hyde and York, 1948, Rowland, 1938, Maisonneuve, 1958). C'est l'institution comme système social structuré qui intéresse alors les sociologues.

Le troisième type de recherches porte sur la réinsertion des anciens « aliénés » dans les groupes professionnels et les groupes familiaux, la réadaptation sociale étant le plus souvent considérée en termes de réussite professionnelle. Selon R. Bastide, ces travaux sont essentiellement marqués par les apports de H.E. Freeman (1957, 1958) et Parsons (1955). En France, c'est le travail remarquable de D. Jodelet sur le thème *Folies et représentations sociales* (1989) qui propose une contribution importante sur la question de la réinsertion à travers le récit et l'analyse de l'histoire d'une communauté, au sein de laquelle des malades mentaux vivent librement depuis le début du siècle.

La conclusion de R. Bastide aux travaux de la sociologie de la santé mentale dans le rapport de l'individu à la société, est celle d'une approche structuraliste. Celle-ci permet non seulement la prise en compte de la totalité du système social mais également un changement de paradigme : « La folie n'est pas une entité naturelle, mais une pure relation. (...) : on n'est fou que par rapport à une société donnée ; c'est le consensus social qui délimite les zones, fluctuantes, de la raison et de la déraison » (*op.cit.*, 1965, p. 248).

2. Les différentes approches de la maladie mentale comme objet social

Une des ruptures fondamentales opérées dans l'étude des maladies mentales a été celle proposée par l'ethnopsychiatrie. Elle a dégagé la psychiatrie d'une vision ethnocentrique où les maladies mentales avaient un caractère universel.

En posant la question de la relativité culturelle du normal et du pathologique selon le type de société, R. Benedict, dans son article *Anthropology and the Abnormal* (1934) met en garde sur les limites de nos propres systèmes de valeurs pour analyser le comportement humain.

Son travail a été le point de départ de la thèse du relativisme culturel qui, pendant plus de vingt ans, a déstabilisé la psychiatrie à partir de différentes observations synthétisées par R. Bastide dans son ouvrage sur la sociologie des maladies mentales (1961) :

- une inégale distribution des divers types de maladies mentales suivant les races et les civilisations ;

- la variété des formes culturelles qu'un même type de maladie peut prendre (c'est-à-dire la relativité des symptômes) ;
- l'idée qu'une culture peut tolérer des individus qui ne le seraient pas dans une autre ; et même qu'elle peut trouver des modèles d'organisation institutionnelle qui permettent d'intégrer ces individus à la société.

Malgré tout, la psychiatrie a toujours cherché à définir des catégories jugées universelles, tendance particulièrement soutenue en France, pour définir un cas pathologique autour d'un trouble « primitif », même si elle reconnaît les variations culturelles du traitement de ces troubles.

Le questionnement que propose l'ethnopsychiatrie est ainsi non seulement celui de la « réalité » de la folie dans la société, mais aussi du rapport de la société à la folie et de la place des individus.

C'est ce que M. Joubert nomme l'inscription des individus au sein du système social, au sens de la « cohérence » des pratiques individuelles et collectives (2002, p.7). La « cohérence » et le système social se construisent autour des règles collectives et des cadres qui vont déterminer le mode de « vivre ensemble ». C'est lorsque les cadres ne sont pas intériorisés que l'on observe un écart à la norme, que la question de la pathologie mentale est posée. E. Goffman parle alors, dans ses travaux sur *Les cadres de l'expérience* (1934), des conditions que les individus doivent intégrer pour interagir avec des formes routinières d'expression de la souffrance et des difficultés qui peuvent déstabiliser la logique même de l'expérience sociale.

Mais c'est le questionnement de M. Foucault sur la dimension culturelle de la maladie mentale et l'impact coercitif de l'enfermement qui a réellement positionné le débat sur la « folie » par rapport à la norme sociale.

Dans son ouvrage de 1961 sur *l'Histoire de la folie à l'âge classique*, comme le titre l'indique, il cherche à retracer l'histoire de la folie et non de la psychiatrie, laquelle n'est selon lui qu'un « monologue de la raison sur la folie » qu'elle a réduite au silence.

Ce que cherche à montrer M. Foucault, c'est qu'il n'y a pas une seule réaction possible à la folie et que le regard que l'on porte sur elle dépend de la culture dans laquelle elle s'inscrit. Le fou n'a pas toujours été considéré comme un « malade mental ».

M. Foucault s'attache tout particulièrement à l'âge classique, les XVII^e et XVIII^e siècles, car cette période constitue pour lui le véritable tournant de cette histoire de la folie en Occident en instituant le partage raison/déraison.

Si la Renaissance avait donné la parole aux fous, l'âge classique va les réduire au silence. La création de l'Hôpital général à Paris en 1656 fait donc date en ce qu'elle inaugure pour M. Foucault l'ère du « grand renfermement ». Désormais, le fou est interné aux côtés des oisifs, des débauchés, des vénériens, des homosexuels, des délinquants, des marginaux et des mendiants dans des centres qui

visent à redresser et à faire travailler ceux qui pèsent comme une charge sur la société. La folie est réduite à la déraison et se fonde de ce fait avec tout ce qui marque un écart par rapport à la norme sociale. M. Foucault montre que l'internement à l'âge classique n'a donc pas une visée médicale, mais un objectif à la fois moral, social et économique. Pourtant, à la fin du XVIIIe siècle, la pratique généralisée de l'internement apparaît comme une erreur économique et l'on décide de remettre sur le marché du travail tous ceux qui peuvent l'intégrer. Les fous se retrouvent désormais seuls internés : la médicalisation de la folie est alors possible.

Un autre événement-clé de cette histoire de la folie est, en 1793, la décision prise d'ôter leurs chaînes aux aliénés de l'hôpital Bicêtre par P. Pinel, observant les expérimentations de son collègue P. Pussin et considérant que la folie complète n'existe pas.

M. Foucault montre qu'avec Pinel, l'asile s'inscrit dans une vision conformiste et devient le lieu de l'uniformisation morale et sociale. « C'est bien de ce mythe qu'il faut parler lorsqu'on fait passer pour nature ce qui est concept, pour libération d'une vérité ce qui est reconstitution d'une morale, pour guérison spontanée de la folie ce qui n'est peut-être que sa secrète insertion dans une artificieuse réaliste » (1961). Au sein de ces asiles où le fou se retrouve enfin seul, la folie se constitue désormais comme maladie mentale. Et si le fou est libéré des chaînes, il est maintenant asservi au regard médical (ce qui emprisonne la folie dans un monde moral) : « L'asile de l'âge positiviste (...) n'est pas un libre domaine d'observation, de diagnostic et de thérapeutique ; c'est un espace judiciaire où on est accusé, jugé et condamné (...). La folie sera punie à l'asile, si elle est innocentée du dehors. Elle est pour longtemps, et jusqu'à nos jours au moins, emprisonnée dans un monde moral » (1961).

G. Swain et M. Gauchet dans *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution asilaire* (1980), font près de vingt ans après une interprétation tout à fait opposée à celle de M. Foucault. Même s'ils ne s'attaquent pas explicitement à lui, ils voient dans l'instauration de l'asile un projet d'intégration et la volonté démocratique et égalitariste de considérer les malades mentaux comme des hommes à part entière. On peut néanmoins se demander si cette lecture est réellement moins idéologique que celle de M. Foucault. Quoiqu'il en soit, ils examinent également le rapport de la société à la folie à travers l'analyse de l'institution psychiatrique.

Que reste-t-il alors aujourd'hui de l'*Histoire de la folie à l'âge classique* ? S'il est difficile de mesurer l'impact réel de ce livre sur la pratique psychiatrique, de nos jours dominée par la pharmacologie, l'analyse foucauldienne fait date dans l'histoire des idées en remettant en question des pratiques lourdes qui semblaient aller de soi. En se refusant à réduire la folie à une manifestation pathologique, il oblige également la société tout entière à remettre en cause son rapport à la norme et à ceux que l'on nomme pudiquement les « malades mentaux ».

L'inscription pleine et entière de la maladie mentale comme objet sociologique passe aussi logiquement par l'inévitable référence aux travaux sur la déviance et le stigmat.

La déviance peut être définie comme un écart par rapport à une normalité définie par le social (Freidson, 1965 in Fougeyrollas, 1995, p.19).

L'étude des phénomènes de déviance s'est principalement développée en sociologie à partir d'une considération d'ordre légal et moral : le crime, la délinquance, les pratiques illicites (Merton, 1953, Becker, 1963). L'acte déviant est considéré à partir de la transgression à la règle ou à la norme.

De manière générale, ce type de déviance est sous-tendu par une notion de responsabilité individuelle à faire le choix du comportement déviant et la majorité des recherches et théories ont visé à donner une explication à ce processus de choix.

D'une analyse centrée tout d'abord sur l'individu, on s'est orienté vers une approche mettant l'accent sur le processus de production sociale de la déviance.

Ainsi H. Becker dépasse ce centrage sur l'individu pour montrer comment la déviance ne se limite pas au fait de transgresser les normes. La déviance est aussi le fait d'être qualifié comme délinquant par autrui. Autrement dit, la délinquance est une construction sociale du comportement par laquelle certains individus en viennent à être désignés comme délinquants.

« La déviance n'est pas une qualité de l'acte commis par une personne, mais plutôt une conséquence de l'application, par les autres, de normes et de sanctions à un 'transgresseur'. Le déviant est celui auquel cette étiquette a été appliquée avec succès et le comportement déviant est celui auquel la collectivité attache cette étiquette » (*op. cit.*, 1963, p. 33).

Plus qu'une caractéristique du comportement d'une personne, la déviance devient un processus social, un construit de la société qui n'existe qu'à partir du moment où le collectif le signale, le désigne et le nomme.

À cause d'une déficience physique, mentale ou psychique, les personnes handicapées vivent des situations qui amènent les chercheurs à les inclure par similarité dans le grand champ de la déviance. On remarque toutefois que ce type de « déviance » ne nécessite pas de recours à la notion de responsabilité individuelle. Elle s'établit plutôt sur la base d'une condition ou d'un état déterminé par une pathologie ou un traumatisme, soit un événement ou une expérience extérieurs à l'individu.

Cette approche de la déviance amène notamment à relativiser les comportements symptomatiques de pathologie mentale dans la mesure où elle sous-entend que tous les individus sont des déviants potentiels. Il suffit que leur attribut physique ou leur comportement soit désigné comme non conforme pour qu'ils le deviennent effectivement. La déviance pose ainsi la question de la « normalité » et donc de la dimension culturelle et relative des comportements associés à la maladie mentale.

Cette approche de la déviance comme construction sociale a été enrichie par les travaux d'E. Goffman dans *Stigmate* (1963). Il y oppose deux types d'identité sociale : une identité sociale virtuelle (celle qu'autrui peut attribuer sur la base d'attributs manifestes) et une identité sociale réelle (attributs effectivement possédés). Certaines caractéristiques (défauts physiques, alcoolisme, race...) marquent les individus au fer du stigmate et les différencient aux yeux de ceux qui se considèrent comme

« normaux ». C'est une des participations aux théories dites de l'étiquetage social (*label theory*) issues des travaux de la « seconde école de Chicago » et de sa conception atomistique du monde social¹⁸.

Le stigmaté émerge, selon E. Goffman, à partir de « l'information sociale » que l'individu transmet à propos de lui-même dans la rencontre : « ...Lorsqu'un inconnu se présente à nous, ses premières apparitions ont toute chance de nous mettre en mesure de prévoir la catégorie à laquelle il appartient et les attributs qu'il possède selon son identité sociale (...) Nous appuyant alors sur ces anticipations, nous les transformons en attentes normatives » (*op. cit.*, p. 14). Le stigmaté n'émerge en réalité que dans la relation et les attentes normatives. C'est à partir du discrédit attaché au stigmaté lié aux différences corporelles et comportementales que vont se construire les représentations négatives de la maladie mentale et des troubles psychiques.

En effet E. Goffman identifie au moins deux types de stigmates : « en premier lieu, il y a les monstruosité du corps, les diverses difformités. Ensuite, on trouve les tares du caractère (...) dont on infère l'existence chez un individu parce que l'on sait qu'il est ou a été, par exemple, mentalement dérangé, emprisonné, drogué, alcoolique (...) » (*ibid.*). Il oppose ainsi les stigmates visibles et corporels, aux stigmates comportementaux. Il intègre dès lors la maladie mentale comme attribut potentiellement stigmatisant lorsqu'elle devient perceptible dans la relation et que l'on y associe un discrédit.

3. Le concept de santé mentale ou le déplacement de la question psychiatrique

Un des derniers changements de paradigme dans le champ de la psychiatrie et qui marque un ancrage supplémentaire du traitement de la maladie mentale dans sa dimension sociale est illustré par l'émergence du concept de « santé mentale ».

Nous avons voulu montrer comment la « folie » et la maladie mentale ont pu devenir petit à petit des objets d'étude en sciences humaines. Elles ne se limitent plus au champ spécifique de la psychiatrie et du traitement des troubles du psychisme.

Devenant une réponse à un système social spécifique, le comportement déviant peut être considéré comme une construction sociale à part entière. De même, dans les conceptions interactionnistes, son existence est matérialisée par la désignation, la stigmatisation et la référence à une norme collective partagée. Sa dimension culturelle lui donne un caractère relatif.

Dans le prolongement de cette vision « sociale » de la maladie apparaît le concept de santé mentale. A l'articulation d'une conjoncture politique de remaniement de la psychiatrie et de la place de l'individu

¹⁸ La « seconde école de Chicago » a été marquée par un pragmatisme propre à la démarche anthropologique avec des conceptions marquées par l'interactionnisme symbolique où seule la réalité individuelle est reconnue comme niveau social où puisse s'exprimer un sens. De ce point de vue, les individus ne subissent pas les faits sociaux, ils ne cessent au contraire de les produire.

dans la société, le concept de santé mentale s'est immiscé non seulement dans les pratiques d'intervention mais également dans la recherche en sociologie.

La conception traditionnelle de la santé mentale, celle de la psychiatrie classique, relevait d'une représentation exclusivement médicale de la santé comme guérison de la maladie et se plaçait dans une perspective strictement curative. L'opposition dichotomique entre l'état de santé et la maladie va trouver une légitimité dans le cadre du soin prophylactique en hôpital psychiatrique fermé.

C'est à partir de la fin de la Seconde Guerre mondiale que l'on assiste en France à la tentative d'une redéfinition d'ensemble de la politique de la santé mentale susceptible de dépasser cette dichotomie. Avec la réorganisation des soins psychiatriques autour de la politique de secteur¹⁹, on observe un basculement de la conception de la santé mentale qui dépasse le simple antagonisme avec la maladie mentale. Il s'agit désormais de concevoir le soin et la prise en charge de la personne non plus uniquement dans l'univers asilaire de l'hôpital, mais inscrits dans la cité et dans une optique de réinsertion sociale.

Cette réorganisation de la psychiatrie s'appuie par ailleurs sur une conception renouvelée du fait psychiatrique (Castel, 1996). À partir de la fin des années cinquante s'impose ainsi une conception du trouble psychiatrique comme pathologie relationnelle, qui fonde la spécificité de la psychiatrie : la maladie mentale n'est pas une maladie comme une autre parce qu'elle est essentiellement une pathologie de la relation.

R. Castel montre néanmoins comment ce changement de paradigme est illusoire dans la mesure où, parallèlement à la sectorisation, la psychiatrie a exprimé sa volonté d'être reconnue comme une grande spécialité médicale. Elle continue donc « à s'accrocher au socle médical du schéma de réparation, davantage que de prévention ou de développement de la santé mentale » (*op. cit.*, 1986, p. 165). Par ailleurs, les progrès de la pharmacopée et le succès des recherches neuro-biologiques dans le domaine des maladies mentales démontrent la suprématie de l'objectivisme médical sur une construction sociale du concept de santé mentale.

A. Ehrenberg analyse différemment l'émergence du concept de santé mentale (2004). Il la situe à la croisée de différentes évolutions :

¹⁹ Circulaire de 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales est le texte originel relatif à la sectorisation jusqu'en 1985. Il s'agit de créer un dispositif adapté et efficace dont les objectifs sont les suivants : traiter à un stade précoce, séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu, assurer une post-cure évitant les hospitalisations multiples. Les moyens nécessaires définis sont : une hospitalisation ne représentant qu'un temps de la prise en charge, des structures extra-hospitalières telles que les dispensaires d'hygiène mentale, les foyers et les ateliers protégés, une même équipe assurant le travail intra et extra-hospitalier . Cette circulaire prévoit une définition et une organisation du secteur : aire géodémographique de 67 000 habitants pour laquelle une même équipe est chargée, sous la direction d'un médecin, d'assurer la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation, les soins avec hospitalisation et la postcure.

- l'élargissement du périmètre d'action de la psychiatrie à l'extérieur de l'hôpital,
- l'hétérogénéité des problèmes traités par la psychiatrie,
- l'arrivée de nouveaux acteurs dans le domaine de la psychiatrie,
- l'enjeu économique, social, politique et culturel des problèmes de santé mentale et de souffrance psychique.

Il montre comment la santé mentale est à la fois un processus de reconnaissance de nouveaux phénomènes pathologiques (troubles obsessionnels compulsifs, stress post-traumatique, addictions diverses...), une volonté de réforme des institutions psychiatriques et un élément de santé en général.

Selon lui, « la souffrance psychique et la santé mentale sont le symbole des bouleversements qu'a connus la psychiatrie depuis les années soixante-dix. » (*ibid.*). Il inscrit la santé mentale et la souffrance psychique dans un contexte de société démocratique marquée par de nouvelles valeurs collectives centrées sur l'individualisme et l'autonomie. Nous retiendrons cette idée d'un élargissement de la question psychiatrique et d'une reconsidération du lien entre société et folie.

II. Etudier le handicap psychique dans sa dimension sociale

A. La recherche en sciences humaines

1. Approcher le handicap comme objet social

C'est à partir des travaux de Philip Wood et de la modélisation du concept de handicap de l'OMS dans les années quatre-vingt, que le handicap en tant que résultante sociale des déficiences et des incapacités de la personne est devenu un objet d'étude du champ social. L'étude des déficiences ne s'est plus limitée à une approche médicale centrée sur le corps et l'individu. Le handicap est devenu l'objet d'une multitude de disciplines telles que les sciences sociales, les sciences humaines, les sciences de l'éducation, les sciences de la santé et les sciences de l'ingénieur, ainsi que le souligne le Professeur Fardeau dans son rapport sur la « structuration de la recherche sur le handicap en France » (2004).

Aujourd'hui, le cœur de la recherche sur le handicap semble viser « la restauration des capacités fonctionnelles des personnes, l'amélioration de leur participation à la vie sociale » (*op. cit.*, p. 6). Le rapport souligne également la prévalence d'une démarche appliquée dans l'ensemble des recherches avec une conception opérationnelle de ce champ dans un but de compensation du handicap. Schématiquement, la recherche s'organiserait autour de deux pôles : l'un ayant une conception large et extensive du champ du handicap et qui comprendrait la recherche en sociologie, en psychologie, la recherche biomédicale et la recherche technologique ; l'autre ayant une conception étroite, centrée d'une part sur l'appareillage et la mise au point d'aides techniques visant à réduire les incapacités, et d'autre part sur les méthodes de prise en charge, d'éducation et de rééducation des personnes (Fardeau, 2004).

La recherche en sciences humaines a proposé différentes façons de concevoir le handicap, de l'observer, de l'étudier, non plus comme une expérience physique, biologique, organique, individuelle, mais bien comme le fruit d'une construction sociale. Voyons quelles ont été les contributions fondamentales à l'inscription du handicap dans le social.

L'approche anthropologique et historique du corps infirme proposée par H.-J. Stiker (1982) est centrale en ce qu'elle implique la société toute entière dans son rapport aux corps et aux infirmes. L'auteur montre en effet comment, au fil de l'histoire, le rapport aux malades, estropiés, invalides et impotents s'illustre par des attitudes complexes de rejet, d'acceptation ou de peur qui s'inscrivent dans de grands systèmes de pensée de la relation à l'infirmité. De la Grèce antique à la Renaissance, son questionnement sur la signification de l'infirmité fait apparaître des sens hétérogènes et divers, mais

tous marqués par l'attribution de fonctions sociales d'ordre symbolique, ce que H.-J. Stiker désigne sous l'appellation de « situations méta-sociales » (*op. cit.*, 1982). Puis l'époque classique est marquée par une ségrégation à l'égard des marginaux auxquels on attribue une irrationalité dérangeante. C'est avec les accidentés du travail de l'ère industrielle, et après la Première Guerre mondiale, que le rapport de la société aux infirmes change. Il s'agit désormais de réadapter, reclasser, réintégrer, rééduquer ceux qui sont écartés pour une raison d'infirmité quelconque. De ce changement naît le mouvement de réadaptation qui vise à effacer, gommer, réparer, voire faire disparaître le handicap. L'approche du handicap de H.-J. Stiker est en conséquence celle d'un tout social dans la mesure où elle nous parle de l'ensemble de la société en tant que collectif producteur de systèmes de pensée, de représentations, de politiques et dans son rapport à l'humain : « Le handicap nous enseigne à étudier notre société autour de sa capacité à recevoir l'altérité » (*ibid.*, p. 230).

L'analyse du handicap comme stigmaté s'inscrit également dans cette analyse du rapport de la société aux personnes handicapées. Comme nous l'avons observé précédemment, les travaux de E. Goffman publiés sous le titre *Stigmaté. Les usages sociaux des handicaps* (1963) ont exercé une grande influence sur les études relatives au handicap. Son analyse porte sur les situations de rencontre entre des individus dotés d'attributs qui les discréditent au regard des attentes normatives du milieu social dans lequel ils se trouvent, et des individus qui sont porteurs de ces attentes normatives. La définition du stigmaté comme marque physique, mentale ou sociale dans son acception commune et comme relation sociale dans l'acception d'E. Goffman offre un cadre de référence qui permet de passer des usages courants du handicap à une problématisation sociologique. En inscrivant le handicap comme une construction sociale au regard d'attentes normatives, il l'a inscrit dans la sociologie de la déviance et l'interactionnisme symbolique de l'Ecole de Chicago illustrée notamment par les travaux d'H. Becker (1963).

Cette approche a été reprise par les théories de l'étiquetage (*labelling theory*) qui ont mis en évidence les effets préjudiciables du processus de stigmatisation à travers l'identification de la personne à sa déficience. Ces observations ont été reprises notamment par M. Maudinet qui souligne que « malgré la stabilité de la notion de handicap, les handicaps et les personnes handicapées sont une production sociale qui ne correspond qu'à une catégorie d'ensemble et à un acte de désignation » (Demonet, 2000, p. 35). Dès lors, ce qui est en jeu, c'est le tracé d'une frontière à partir de laquelle la capacité d'une personne n'aura d'intérêt que par rapport à une infra-capacité.

C'est ainsi qu'une approche du handicap comme « liminalité », et non pas comme stigmaté réduisant la personne à sa déficience ou à une forme de déviance, a été proposée par R. Murphy (1990). En tant qu'anthropologue et lui-même tétraplégique, il montre comment les personnes handicapées se situent dans un monde intermédiaire inclassable : « Les handicapés à long terme ne sont ni malades, ni en bonne santé, ni morts, ni vivants, ni en dehors de la société, ni pleinement à l'intérieur » (Murphy, 1990, *in* Hamonet, 2004, p. 9). Ils seraient dans un état de « suspension sociale » (Rogel, 1997, p. 59). Murphy s'appuie notamment sur les travaux de Lévi-Strauss pour situer le handicap comme un état

entre l'animal et l'humain, où la personne handicapée transgresse la rupture fondamentale qui existe entre la nature et la culture : « Le handicap est alors une transgression qui sape la possibilité de l'individu d'être porteur de culture » (*ibid.*). Il prolonge l'analyse d'E. Goffman selon laquelle l'individu est avant tout le produit d'interactions sociales. La présence du handicap modifie le fonctionnement de l'ensemble des interactions de l'individu avec son environnement ainsi que son identité personnelle. Le corps lui-même apparaît comme étant largement le produit des interactions sociales. Pour R. Murphy, la dimension culturelle de l'invalidité en fait une situation unique. Elle lui permet d'expliquer le statut social indéfini aussi bien que le déroulement spécifique des relations avec les gens valides. Ce statut social indéfini participe à l'institutionnalisation de la « liminalité ». Cette approche sera reprise en France entre autres par M. Calvez dans ses travaux sur l'intégration des handicapés mentaux dans le milieu ordinaire (1990, 1991, 1994). Il conçoit l'état de « liminalité » dans lequel se situent les personnes handicapées à la fois comme le produit d'une intégration inachevée et comme un état de marge, par rapport à l'ordre social (2000). Pour lui « la notion de liminalité rompt avec l'approche en termes de réadaptation qui, comme le rappelle H.-J. Stiker, est au fondement des usages sociaux de la notion de handicap pour inscrire les questions posées par l'invalidité, la déficience, l'inadaptation ou l'incompétence dans l'ordre des relations sociales et de la culture » (*op. cit.*, p. 88).

D'autres anthropologues, tels que J. Cook (2000), reprennent cette approche culturelle du handicap. Ils valorisent les variations de significations attachées au corps et à ses performances et par déduction au handicap, selon le lieu considéré. C'est l'idée que le handicap n'a de sens qu'appréhendé de façon totalement indissociable de son contexte local particulier. J. Cook souligne à travers les mots de T. Shakespeare (1994) qu'il est « essentiel de concevoir le processus du handicap, non pas au travers d'explications mono-linéaires, mais comme un processus complexe, engageant plusieurs dimensions de causalité » (1994, *in* Cook, 2000, p. 63). Pour lui, le handicap devient une mise en perspective des systèmes socioculturels dans la mesure où il est avant tout une construction culturelle. Cette approche est valorisée en tant qu'élément du changement. En effet, elle propose de considérer que les caractéristiques essentielles du handicap ne sont pas biologiquement inévitables, mais qu'elles se situent plutôt dans une matrice culturelle suffisamment malléable pour les rendre très sensibles à la transformation. Ainsi, la manière la plus constructive de favoriser la réadaptation des personnes handicapées serait de transformer les significations attachées au handicap et aux interactions sociales avec ces personnes (Cook, 2000). Dans cette perspective, c'est le système socio-culturel lui-même qui doit être réadapté et non pas la personne qui doit être redressée ou normalisée.

Cette approche a été reprise, entre autres, par les recherches des *Disabilities studies* qui ont connu un essor particulier ces dix dernières années dans le monde académique anglo-américain (Albrecht *et alii*, 2001). Ce courant de recherche prend pour objet les déterminants sociaux et culturels du handicap, et non ses dimensions physiques et psychologiques. Il considère que le handicap est tout d'abord une construction sociale et qu'il convient de l'appréhender à partir d'un modèle social et non du modèle médical, comme nous l'avons évoqué précédemment. Il contribue à la formation d'une perspective politique d'émancipation des personnes handicapées à l'égard des structures de domination sociale et

symbolique qui les cantonnent à la marge de la vie sociale, à l'instar des études ethniques ou des études féministes qui ont cours dans les universités américaines (Huet, 2004).

Le sociologue B. Mottez reprend une définition sociale du handicap « comme l'ensemble des lieux et rôles sociaux desquels un individu ou une catégorie d'individus se trouve exclu en raison d'une déficience physique » (1977, p. 20). L'accent est mis sur le caractère relatif de la déficience. Il distingue le handicap de l'infirmité comme produit de l'organisation sociale. Il dépassera, par la suite, dans le cadre de son étude de la population sourde, une vision normative et stigmatisante du handicap comme un écart à la norme ou un manque. Il va, durant plusieurs années, s'attacher à considérer les sourds non pas comme handicapés ou déficients auditifs, mais comme porteurs d'une différence. Ainsi il propose d'appréhender la surdité comme une organisation particulière de l'ordre du vivant et non comme une forme de déviance ou de pathologie, et ainsi de reconnaître la population sourde comme une minorité linguistique et culturelle.

2. Handicap et société

Alors que nous avons traité des propositions de construction sociale du handicap, c'est la question du rapport de la société au handicap qui a également été posée par les sciences humaines. C'est la place des personnes handicapées et les processus de reconnaissance de l'altérité et de la différence qui sont observés. Plusieurs approches sont possibles et s'attachent à mettre en évidence les dynamiques sociales qui se jouent autour des personnes handicapées.

Une première approche consiste à étudier la société dans ses mécanismes d'intégration. Une des contributions importantes est celle de J.-F. Ravaut et H.-J. Stiker (2000) qui ont abordé le sens et les enjeux historiques et culturels de la question de l'inclusion et de l'exclusion des personnes handicapées. Les auteurs ont non seulement étudié les processus fondamentaux de l'inclusion et de l'exclusion au sein des sociétés à solidarité organique et mécanique et le modèle d'assimilation des sociétés modernes, mais ils proposent également une typologie des différentes formes d'inclusion et d'exclusion repérables dans l'histoire du traitement social du handicap. Ils inscrivent la question de l'intégration dans une problématique globale autour des processus de cohésion ou de dissociation des sociétés modernes. Celles-ci sont caractérisées par la nécessité de construire leur propres systèmes de solidarités et donc leurs propres mécanismes d'intégration, contrairement aux sociétés dites à solidarité mécanique pour lesquelles l'intégration passe par la place et le statut (*op. cit.*, 2000). Les auteurs mettent en évidence le principe de normalisation qui régit nos sociétés modernes et constitue le socle de mécanismes d'intégration des personnes handicapées sur le mode de l'assimilation et de la différenciation. Ils s'appuient ensuite sur le concept de « liminalité » proposé par R. Murphy (1990) pour analyser les différentes formes d'exclusion des personnes handicapées de la société ou dans la

société. Ils identifient ainsi divers régimes d'exclusion par « élimination », « abandon », « ségrégation », « assistance », « marginalisation » ou « discrimination ». En miroir, diverses formes d'inclusion respectivement qualifiées de « différée », « conditionnelle », « par normalisation » ou « progressive » sont mises en lumière par les auteurs, sur le modèle d'idéaux types (2000).

En partant de l'étude de la place des personnes handicapées dans la société, ces approches interrogent les mécanismes de cohésion sociale et de solidarité qui contribuent à la rencontre entre l'individu et le collectif.

L'ouvrage de R. Castel, *Les métamorphoses de la question sociale* (1995), pose la question des nouvelles formes de cohésion sociale et celle de la vulnérabilité sociale comme « zone intermédiaire, instable, qui conjugue la précarité du travail et la fragilité des supports de proximité » (*op. cit.*, p. 17). L'important travail de l'auteur consiste notamment à étudier les mécanismes de « désaffiliation » (*ibid.*, p. 19) comme aboutissement du processus d'exclusion. L'éclairage de R. Castel est central dans l'étude des mécanismes d'intégration. Il montre en effet que, contrairement aux politiques d'intégration qui reposent sur un mécanisme d'assimilation, les politiques d'insertion obéissent à une logique de différenciation qui repose sur la discrimination positive. La question de l'insertion part donc du principe qui consiste à désigner une population qui doit faire l'objet d'un supplément d'attention et de soin : « C'est à partir du constat qu'ils ont moins et qu'ils sont moins, qu'ils sont en situation déficitaire. En fait, ils souffrent d'un déficit d'intégration » (*op. cit.*, p. 676). Les personnes handicapées font partie de ces catégories au même titre que les chômeurs de longue durée, les habitants de quartiers déshérités ou les inemployables... Observant l'échec relatif des politiques d'insertion depuis quinze ans, c'est le constat d'une mise à distance de ces populations par une logique d'assistanat qui, finalement, a transformé le processus provisoire en « régime d'existence ». Dans le champ du handicap, cette réflexion interpelle sur la capacité de la société à maintenir finalement toute une partie de la population dans un régime social intermédiaire, ni totalement à l'extérieur, ni totalement à l'intérieur de la société.

Afin de mettre en exergue les fondements des mécanismes d'intégration de la société, une autre approche du handicap par les sciences humaines s'est développée autour de l'étude des représentations sociales du handicap. Des auteurs comme D. Jodelet (1984, 1989, 1996) mettent au centre du principe d'insertion les milieux au sein desquels les actions et interventions de l'action publique se mettent en œuvre. Elle reprend notamment l'analyse des représentations collectives chez E. Durkheim qui valorise leur contribution à l'élaboration de l'ordre social des groupes. Or la réponse de la société civile aux mesures d'intégration et d'insertion sont essentielles à la réalisation de toute inclusion dans le tissu social. « Cette réponse s'étaye sur les interprétations que les acteurs de la société civile font des dispositions en jeu et sur les images des nouveaux partenaires sociaux qui leur sont proposés, autrement dit un large éventail de représentations sociales qui couvre aussi bien les conceptions de la participation active à la vie collective que celles des qualifications nécessaires à cette participation et la catégorisation de ceux qui peuvent y prétendre » (*op. cit.*, 1996, p. 99). En posant la

question de l'insertion des handicapés mentaux, l'auteur considère les représentations sociales dans les processus d'intégration, rendant compte par ce biais de certains de leurs dysfonctionnements.

C'est la centralité des représentations sociales dans le rapport de la société au handicap et aux personnes handicapées qui est valorisée, notamment dans des approches psychosociologiques du handicap. Les représentations y sont définies comme des systèmes de significations et d'attributions qui vont guider les attitudes et comportements à l'égard des personnes handicapées. L'étude des représentations de la folie, du travail et du handicap proposée par M. Maudinet (1997) montre par exemple que du fait de représentations de la folie comme état de déraison, et du handicap dans le champ de l'exclusion, le rapport à la citoyenneté se fait sur un principe inégalitaire et nécessairement de coercition et d'adaptation de l'individu handicapé par la maladie mentale. Celui-ci doit faire l'objet d'un traitement égalitaire, mais pourtant il est perçu comme malade de l'esprit, aliéné à l'intérieur de lui-même et anormal, générant un processus de différenciation et de distanciation avec l'idée que l'on se fait de la citoyenneté (*op. cit.*, 1997).

Selon I. Ville, l'étude du handicap doit nécessairement se faire par une étude des représentations et de l'identité, dans la mesure où l'expérience du handicap a une signification sociale qui s'insère dans un contexte socio-historique et des pratiques sociales. Les travaux de H. Paicheler dans les années quatre-vingt (1987) révèlent ainsi que les personnes se déplaçant en fauteuil roulant sont majoritairement perçues comme des personnes anxieuses et introverties, des représentations qui coïncident avec celles de la « personne inadaptée ». Dans cette logique, la société perçoit le handicap uniquement par rapport à la plus ou moins bonne adaptation de la personne et à ses capacités à surmonter le handicap.

I. Ville montre comment se sont construites des identités de personnes handicapées moteurs autour du dépassement de soi et d'une attitude volontaire valorisés par le mouvement de normalisation imposé par la réadaptation. Elle explore dans ce cas le champ des représentations que les personnes handicapées se font d'elles-mêmes, non pas simplement comme le fait d'individus isolés et d'expériences personnelles, mais également comme le reflet des représentations et des pratiques à l'œuvre dans la culture.

Une autre approche de la compréhension du rapport existant entre la société et le handicap est celle de l'étude des politiques du handicap. Les travaux de sciences humaines, dans ce champ, sont éclairants sur la manière dont les différents pays prennent en considération le handicap et donc la place qu'ils donnent aux personnes handicapées. Les politiques du handicap nous parlent en réalité de la société dans sa globalité, dans la mesure où elles sont corrélées aux politiques sociales de façon générale (politiques de santé, d'emploi, de scolarisation et de formation, de lutte contre la pauvreté, du logement, du transport et même politiques fiscales).

L'analyse de M.-L. Cros-Courtial (1998) des dispositifs juridiques à l'égard des personnes handicapées depuis 1945, met en exergue les grands principes de l'intervention collective comme miroir du traitement du handicap dans la société. Autour de la priorité donnée à l'accès à l'emploi, elle montre comment les politiques ont petit à petit construit un dispositif spécifique destiné aux travailleurs

handicapés. Or l'analyse des évolutions législatives conduit l'auteur à faire un double bilan sur le rapport de la société aux personnes handicapées : elle constate d'abord l'échec relatif du dispositif spécifique d'insertion professionnelle qui génère des situations d'exclusion, mais également un désengagement de l'État sur la question du handicap (*op. cit.*, p. 178).

Les travaux sur les politiques en faveur des personnes handicapées menés au niveau européen par D. Velche dans le cadre notamment d'une recherche menée par la Drees et le CTNERHI, proposent une approche comparative de la question (2004). Il en ressort une attitude fondamentale commune qui est celle de la non-discrimination à l'égard des personnes handicapées (Cohu *et alii*, 2005)²⁰. Ce refus de toute discrimination vise à protéger les droits fondamentaux des personnes handicapées qui ont pour objectif d'assurer l'autonomie, l'intégration sociale et professionnelle et la participation à la vie de la communauté. À cette fin, différentes positions et mesures sont mises en place, dont celles visant à remettre en cause ces politiques d'assistanat. En effet, les principaux pays européens tentent de réduire l'accès aux pensions d'invalidité afin d'inciter les personnes handicapées à avoir une attitude « active », c'est-à-dire tournées vers l'emploi (*ibid.*). De même, c'est le milieu ordinaire, de travail, de scolarisation, de formation qui est relativement valorisé, toujours dans une logique de non-discrimination. Dans l'ensemble des pays européens, la place des personnes handicapées est valorisée dans le discours politique lorsqu'elle se fait dans le milieu ordinaire. Pourtant comme nous l'avons évoqué plus haut, dans les faits, les politiques s'attachent majoritairement à l'élaboration de mesures et de dispositifs dissociés du droit commun. De même, en ce qui concerne l'emploi, l'instauration de quotas et de contraintes financières à l'égard des employeurs s'inscrit dans une logique de discrimination positive et de coercition que l'on peut considérer comme révélatrice d'une tension du rapport de la société toute entière au handicap.

La question des politiques d'emploi est de même largement étudiée par D. Velche, et notamment l'émergence de tout le secteur du travail protégé qui, en France, fonctionne de façon singulière à la fois comme réelle alternative à l'inactivité mais également comme réponse à la fermeture des entreprises à l'égard des travailleurs handicapés (1998). D. Velche pose également la question de l'efficacité du dispositif français et d'un changement souhaitable en s'appuyant sur le principe d'égalisation des chances (2000).

3. Le caractère central de l'emploi et de l'insertion professionnelle

La question des personnes handicapées dans le champ social est largement posée au travers du prisme de l'insertion professionnelle. Le travail et l'emploi en tant qu'espaces de reconnaissance, de construction identitaire et de définition du statut social participent activement au processus d'insertion sociale de façon générale. En ce sens, l'accès à l'emploi et la place des personnes handicapées dans

²⁰ L'un des textes fondamentaux au niveau européen est constitué par l'article 13 du traité d'Amsterdam (1997) qui contient une clause explicite de non-discrimination, notamment en raison du handicap.

le monde du travail offrent une entrée supplémentaire à la réflexion globale sur la capacité intégratrice de la société.

En premier lieu, si la question de l'insertion professionnelle est centrale dans le champ du handicap, c'est parce qu'elle est centrale pour les personnes handicapées elles-mêmes. Les représentations du travail perdurent au fil du temps, non seulement comme source de revenu, mais surtout comme lieu d'épanouissement et « comme composante importante de l'idée que les personnes se font d'elles-mêmes » (Riffault, 1994, p. 28). Les personnes handicapées moteurs considèrent par exemple, plus souvent que les personnes valides, le travail comme une source de réalisation personnelle et de reconnaissance sociale, et valorisent moins que les valides le non-travail (Ville, 1998). Le travail est, pour les personnes handicapées, plus que pour d'autres, perçu comme un vecteur fort d'intégration (Blaise, 2001). Cette forte implication des personnes handicapées dans un travail perçu positivement trouve sa légitimité et sa cohérence dans le processus de normalisation engagé dans le mouvement de réadaptation, où le travail était l'objectif noble à atteindre (Stiker, 1992).

L'observation de R. Castel dans son ouvrage *Métamorphoses de la question sociale* (1995) s'appuie également sur la centralité du travail comme support de la cohésion sociale et du lien des individus à la société. Il aborde ainsi la question de la cohésion sociale par un problème fondamental qui est celui de la capacité des membres de la société à travailler. Il repère une population qu'il qualifie « d'handicapologie », c'est-à-dire constituée de personnes qui ne subviennent pas elles-mêmes à leurs besoins de base parce qu'elles ne peuvent pas œuvrer pour le faire (1995, p. 39). Cette expression qualifie un rapport au travail homogène qui est celui d'une incapacité à entrer dans l'ordre du travail du fait de déficiences physiques ou psychiques manifestes dues à l'âge, à l'infirmité, à la maladie, et qui peuvent même s'étendre à certaines situations familiales ou sociales désastreuses. L'analyse faite par R. Castel fait ressortir une mise à l'écart du travail de cette population, du moins en partie, depuis plusieurs siècles. En effet, elles rentrent dans des régimes de prise en charge « sociaux-assistants » (*ibid.*) qui vont être des intermédiaires entre la personne et le travail et donc la société, sans remise en question du processus d'exclusion généré par la société. La place de la personne dans la société se définit par rapport à sa capacité à travailler. Or le système social, et notamment les dispositifs d'insertion, semblent en fin de compte maintenir, entre autres, les personnes handicapées dans une frange ni totalement à l'intérieur de la société, ni totalement à l'extérieur, mais en tout cas dans une logique de « désaffiliation » (*op. cit.*, p. 19).

Toujours dans une réflexion sur le rapport existant entre la société et le handicap, et dans un souci d'approche sociologique du handicap et des personnes handicapées, H.-J Stiker analyse la société dans son ensemble à partir du travail (2001). Il cherche à dépasser l'analyse stigmatisante que Rosanvallon fait du handicap comme modèle de catégorisation des exclus, pour montrer dans quelle mesure le modèle du handicap est en réalité un espace de dépassement et de compensation des processus de marginalisation ou de « désaffiliation », pour reprendre le terme de R. Castel (*op. cit.*,

1995). Dès lors, la question qui se pose n'est plus celle de l'aptitude au travail ou du statut de bénéficiaire d'aides sociales, mais celle de la répartition du travail et de la redistribution des richesses, afin d'ouvrir l'accès à l'emploi à une population plus large. La question du travail et de l'insertion professionnelle devient une préoccupation de la société dans son ensemble et non une problématique individuelle : il faut repenser les conditions de travail et voir en quoi elles génèrent une discrimination, dans la mesure où les modalités de travail, et notamment sa répartition, sont le plus souvent imposées et uniformisées. Toute une part de la population handicapée ayant des besoins spécifiques ou particuliers devient, dans ces conditions inapte au travail.

C'est donc la question de la responsabilité de la société et des acteurs de l'insertion professionnelle, et plus particulièrement des employeurs, qui est posée. Par le questionnement autour du travail, c'est le rapport commun du « risque relatif au pouvoir de subvenir entièrement par soi-même, par son travail, à ses besoins » que les personnes handicapées interrogent (*op. cit.*, 2001, p. 7). Le problème de l'insertion professionnelle s'articule alors à des réflexions universelles sur la responsabilité sociale et la solidarité nationale.

L'attitude et le comportement des entreprises à l'égard des personnes handicapées constituent des pièces maîtresses de cette réflexion sur l'organisation du travail et la responsabilité sociale. Dans quelle mesure les entreprises proposent-elles des conditions de travail plus ou moins favorables à l'accueil de travailleurs handicapés ? Quelle est leur responsabilité sociale, notamment à l'égard des travailleurs handicapés ? Dans quelle mesure sont-elles les premiers acteurs de l'exclusion et de la marginalisation, voire de la discrimination ?

L'insertion professionnelle des travailleurs handicapés s'inscrit en réalité dans un dispositif à grande échelle, caractérisé en France par son développement dans un champ spécifique. A. Blanc a bien montré dans son analyse du dispositif (1999, 2006) le traitement différencié du parcours d'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapés par le passage incontournable par les grandes institutions du handicap (Cotorep, Agefiph, et aujourd'hui MDPH) seules habilitées à intervenir sur ces questions. Le principe de solidarité et d'égalité sont garantis par la puissance publique et les acteurs institutionnels (*ibid.*).

Dans le prolongement de l'observation de H.-J. Stiker sur l'attitude des entreprises à l'égard des personnes handicapées, A. Blanc explore les mécanismes de discrimination et de mise à l'écart de l'emploi des travailleurs handicapés (2003). La discrimination est non seulement directe (Ravaud, 1992), lorsqu'elle conduit à écarter de l'accès à l'emploi une personne handicapée alors même qu'elle répond au profil du poste proposé, à cause du handicap ; mais également indirecte lorsque la situation sociale générée par le handicap la met dans une situation d'inégalité face à l'emploi (Stiker, 2006). L'approfondissement apporté par A. Blanc (1998, 2003, 2006) apporte un éclairage sur les effets secondaire induits par les dispositifs et politiques pour l'emploi des personnes handicapées. Le bilan de la loi de 1987 fait apparaître un enthousiasme certain des entreprises en faveur de l'emploi de travailleurs handicapés perçue comme une démarche à la fois positive devant être banalisée, selon

deux enquêtes réalisées par l'institut Louis-Harris²¹ (Stiker, 2006). Pourtant le taux d'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire stagne à hauteur de 4 % alors que le taux légal est de 6 % (Blanc, 2006). Dans le même temps, les obligations liées à l'emploi contenues dans la loi de 1987 et reprises dans la loi de 2005 et le dispositif d'accompagnement des travailleurs handicapés s'appuie en réalité sur une gestion discriminante (*op. cit.*, 2003). En effet, le dispositif de placement des personnes handicapées (réseau Cap Emploi) se fait à l'avantage des moins handicapés et une sélection pour un placement optimisé génère une forme de concurrence entre les travailleurs handicapés, avec ce qu'elle suppose d'exclusion et de marginalisation. C'est le phénomène qu'A. Blanc désigne par la « sélection des plus aptes » qui découle d'une rationalisation de l'offre de placement (2003, p. 146). Cette sélection des plus aptes à l'emploi semble également se retrouver dans le secteur protégé (Bon, 2003). Par ailleurs, les politiques menées en faveur des personnes handicapées dans les entreprises s'opèrent dans un double mouvement. D'une part, elles profitent en réalité prioritairement aux travailleurs déjà occupés et déjà présents dans l'entreprise dans le cadre du maintien dans l'emploi et des politiques de santé ou de prévention et ne favorisent pas l'insertion par le recrutement. D'autre part, l'obligation d'emploi à hauteur de 6 % de travailleurs handicapés peut en partie être remplacée à hauteur de 50 % par des mesures externalisées en direction du secteur protégé (Blanc, 2003). Par la sous-traitance avec le secteur protégé, c'est une forme de mise à distance de toute une partie de la population de travailleurs handicapés que les entreprises mettent en place. On observe donc une tension entre un dispositif consacré à une meilleure insertion professionnelle et des effets pervers de la spécialisation du dispositif qui maintient les plus faibles éloignés de l'emploi.

À ce mouvement propre à une analyse des dispositifs et des politiques s'ajoute une réflexion sur le profil des personnes handicapées face à l'emploi. C'est également la question soulevée par A. Blanc qui parle à ce propos « d'employabilité limitée » des personnes handicapées (2003). Contrairement aux analyses évoquées précédemment, ce sont d'abord les caractéristiques individuelles des personnes handicapées qui semblent déterminantes dans les problématiques d'insertion professionnelle. Ainsi, le fort taux de chômage des personnes handicapées²² serait le fait d'un écart important entre leurs compétences professionnelles et sociales et les besoins des employeurs (*ibid.*). La population handicapée au chômage se caractérise par un faible niveau de formation. Le rapport de la Cour des comptes en 2003 auquel A. Blanc fait référence constate que 85 % des travailleurs handicapés inscrits à l'Anpe avaient, en 2000, un niveau inférieur ou égal au CAP/BEP, soit 19 points de plus que les autres demandeurs d'emploi (*op. cit.*, p. 134). J.-F. Ravaud en ce qui concerne l'employabilité et de l'aptitude des personnes handicapées, préfère parler de désavantage des personnes handicapées face à l'emploi (1998). Il recense les freins à l'emploi par rapport aux caractéristiques de la population handicapée au chômage. Celle-ci est à la fois plus âgée (la part des plus de 50 ans est de 21,5 % alors

²¹ Enquêtes de l'institut Louis Harris intitulées « Les entreprises face à l'emploi des personnes handicapées », sondage réalisé pour l'Agefiph et Ladapt en octobre 2002 et « Handicapés et compétentes en octobre 2003 ».

²² 12% de chômeurs ayant la qualité de travailleurs handicapés sont recensés en 2004 selon les chiffres de l'enquête Handicap Incapacité Dépendance de la Drees.

qu'elle est de 13,1 % dans la population générale) et moins qualifiée (*op. cit.*, p. 117). Or les employeurs signalent en premier lieu le faible niveau de qualification comme frein au recrutement d'un travailleur handicapé (*ibid.*).

Par ailleurs, les dispositifs d'insertion, à la fois des personnes handicapées par la réadaptation, et des chômeurs, notamment de longue durée, se sont organisés autour d'une normalisation des profils instituant la figure de « l'inadaptation » à l'emploi (Ebersold, 2003). Il s'agit de permettre au salarié handicapé de retrouver une meilleure employabilité, réactivant une conception de l'insertion centrée sur ses manques et de ses caractéristiques individuelles. La catégorie des chômeurs handicapés s'inscrit en effet dans un mode de gestion structuré privilégiant l'entretien et la restauration de leur employabilité. L'accès à l'emploi devient une affaire d'individus dont les propriétés professionnelles et sociales s'écartent des exigences du marché du travail et de l'insertion (*ibid.*). Malgré tout cette question de l'employabilité et de l'inaptitude est bien collective et sociale dans la mesure où elle n'existe qu'à partir des catégories instituées par les politiques et des exigences formulées par le monde du travail. La question de l'insertion professionnelle se situe alors à un point de tension entre les possibilités d'adaptation et de réhabilitation de la personne handicapée pour la rapprocher des exigences du monde du travail et la diversification et l'assouplissement des attentes du monde du travail pour répondre aux besoins particuliers des travailleurs handicapés. C'est la question que pose C. Bon lorsqu'elle interpelle sur « l'inadaptation de l'homme au travail ?... ou l'inadaptation du travail à l'homme ? » (*op. cit.*, p. 86).

B. S'emparer de la question

1. Insertion professionnelle et handicap psychique

L'étude de l'insertion professionnelle des personnes handicapées s'est majoritairement posée par rapport au rôle du travail comme moyen de réinsertion sociale, suite à la désinsertion générée par les troubles et la prise en charge médicale, et espace de guérison ou de rétablissement de la santé (Mercier *et alii*, 1999 in Charbonneau, 2002). Des études historiques sur la place du travail dans le processus de soin montrent également la tension qui a existé entre une conception thérapeutique du travail et l'intérêt économique que le travail des malades représente (Ward, 2002). D'autres travaux, notamment outre-Atlantique, signalent la faiblesse des connaissances sur la question de l'accès au travail alors que celui est déterminant pour un nombre grandissant de personnes qui bénéficient de suivi psychiatrique tout en prétendant à une insertion sociale et une autonomie financière (Beaulieu, *et alii*, 2002). Enfin, une majorité de travaux portent essentiellement sur les difficultés d'accès à l'emploi des personnes atteintes de troubles psychiques (Corbière *et alii*, 2002) et s'attachent à comprendre les parcours d'insertion dans lesquels ces populations sont inscrites soit en milieu de travail protégé, soit dans des dispositifs de retour à l'emploi. L'accent est mis sur les caractéristiques individuelles des

personnes et leurs parcours (Velpry, 2006), et sur les obstacles à l'insertion professionnelle (Ribeiro, 1999). Ces obstacles ne sont pas nécessairement liés aux troubles particuliers de la personne, mais ils peuvent l'être à la faiblesse des dispositifs d'accompagnement et de soutien (Bachrach, 1991).

Tous ces travaux portent principalement sur les personnes en dehors de l'emploi ou en milieu de travail protégé. En France, A. Blanc a posé la question de l'insertion professionnelle en milieu ordinaire et de ses conditions (1996), autour de la revue *Prisme*²³ et des travaux de V. Verry sur l'insertion professionnelle (1994, 1996).

La question de départ formulée par A. Blanc est la suivante : « Pour quelles raisons l'insertion professionnelle en milieu ordinaire de travail des travailleurs handicapés par la maladie mentale est-elle problématique ? » (*op. cit.*, 1996, p. 19).

À partir d'une série d'entretiens semi-directifs menés auprès de travailleurs handicapés, d'un de leurs collègues et de leur recruteur ou de travailleurs ayant bénéficié des services des Équipes de préparation et de suite du reclassement (EPSR), l'analyse a porté sur 46 situations de travail : 18 concernaient des travailleurs handicapés ayant été insérés en milieu ordinaire à la suite de leur sortie du milieu de travail protégé ; 28 présentaient l'expérience de travailleurs ayant utilisé les services des EPSR.

L'observation des caractéristiques des travailleurs interrogés fait apparaître la diversité des profils des personnes handicapées. Elles ont un niveau de formation de base relativement faible (en termes de diplômes, elles se situent au niveau VI, soit primaire, IMP, IMPRO), surtout lorsqu'elles sont issues du secteur protégé. Cependant l'auteur fait remarquer que les personnes bénéficiant des EPSR ont une formation de base plus élevée, mais que cette observation ne peut être généralisée dans la mesure où la maladie mentale concerne également des personnes diplômées et hautement qualifiées. Ce qui caractérise également cette population est son expérience du chômage notamment de longue durée. Enfin les travailleurs handicapés se répartissent sur une multitude de métiers, mais ils bénéficient généralement de contrats spécifiques de réinsertion et de revenus particulièrement peu élevés (notamment liée à l'exercice à mi-temps d'un certain nombre d'entre eux).

Cette étude fait apparaître différents thèmes abordés par les personnes handicapées au sujet de l'insertion professionnelle. La centralité du travail, « validé et souhaité » par l'ensemble des travailleurs handicapés, est unanimement partagée même s'ils reconnaissent des difficultés de compréhension qui peuvent influencer les relations avec leurs collègues (*op. cit.*, p.26). Par ailleurs, les employeurs se disent « motivés pour accueillir des travailleurs handicapés par la maladie mentale (*ibid.*) mais signalent leur besoin d'aide pour faire face à ce public. Ils soulignent également les problèmes comportementaux de ces salariés qui nécessitent une implication de l'ensemble de l'équipe de travail et de l'encadrement. Enfin, les collègues de travail observent globalement un bilan positif de l'accueil d'un travailleur, même

²³ La revue *Prisme* est née en Région Rhône Alpes dans un groupe de réflexion sur le handicap par maladie mentale et l'insertion professionnelle. Elle a publié deux numéros en 1996 et 1997, le premier intitulé *L'insertion professionnelle des personnes handicapées par la maladie mentale*, et le second *Travail et maladie mentale, des voies pour l'insertion*.

s'ils notent leurs difficultés professionnelles qui vont fortement engager les relations au sein de l'équipe ; relations incertaines du fait de la non visibilité du handicap.

L'analyse transversale des entretiens fait apparaître six thèmes partagés à la fois par les travailleurs, les employeurs et les collègues. L'auteur les recense de la façon suivante : tout d'abord la validation du travail pour ses bienfaits, et par rapport à la motivation des travailleurs handicapés. Cependant c'est une main-d'œuvre qui semble avoir des capacités limitées à la fois au niveau de la compréhension et de l'expression, ce qui entraîne une lenteur et une moindre efficacité. Les troubles du comportement sont largement abordés comme une entrave à la fois au travail et aux relations sociales. Le rôle des collègues de travail, qui suivent au jour le jour le travailleur handicapé, est primordial. Il existe un besoin de suivi à la fois par des organismes spécialisés, mais aussi entre les partenaires actifs de l'insertion. Enfin, il est signalé par les acteurs une insertion progressive et aléatoire. « L'insertion professionnelle des travailleurs handicapés par la maladie mentale oblige à concevoir cette insertion de façon non automatique et non définitive » (*op. cit.*, p. 30).

La réponse à la question de départ posée par A. Blanc dans cette étude est éclairée par une analyse en termes d'écart rencontrés : « pour les travailleurs handicapés, l'écart existant entre les capacités réelles de travail et les aspirations ; l'écart entre une lenteur maintes fois signalée et l'activité productive attendue par les employeurs et les collègues de travail ; à propos des collègues de travail : la capacité d'encadrement, d'aide proposée aux travailleurs handicapés et l'absence de formation qu'ils regrettent ; en ce qui concerne les employeurs : la volonté d'être maître du recrutement des salariés et la demande d'aide auprès de professionnels compétents connaissant la spécificité des travailleurs handicapés par la maladie mentale » (*op. cit.* p. 31)

L'analyse finale des difficultés fait apparaître trois types d'écart qui rejoignent tous la question du principe de réalité dans l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés par la maladie mentale.

Le premier écart touche le handicap par maladie mentale sous l'angle de la transparence du handicap et la compatibilité entre les difficultés objectives des travailleurs et les exigences du travail en commun en milieu ordinaire.

Le second est lié aux compétences professionnelles des travailleurs, à leur polyvalence ou leur spécialisation, à leurs capacités d'apprentissage, et notamment à l'accompagnement social que supposent parfois les troubles du comportement.

Le troisième concerne l'engagement des employeurs et des collègues de travail et l'ensemble des acteurs qui sont en relation avec le travailleur.

En conclusion, l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés par la maladie mentale nécessite un accueil et un accompagnement adaptés, mais surtout elle ne semble pas aller de soi « tant elle se caractérise par des écarts que nous avons indiqués » (*op. cit.*, p. 34).

Dans le prolongement de l'analyse d'A. Blanc, la question que nous souhaitons poser dans cette étude est la suivante : « Pour quelles raisons le maintien dans l'emploi de travailleurs handicapés psychiques²⁴ dans de grandes entreprises est-il problématique ?

Ce point de départ fait écho à un certain nombre de remarques et observations formulées à la fois par les professionnels de la formation et de l'insertion professionnelle des personnes handicapées et les responsables des politiques en faveur des travailleurs handicapés dans les entreprises.

Les professionnels de l'accompagnement des personnes handicapées vers l'emploi signalent le manque de connaissances sur le handicap psychique. La réflexion sur l'insertion professionnelle est circonscrite à de petits groupes d'acteurs engagés (dans le champ de la psychiatrie, du handicap et de la formation professionnelle) qui suivent, accompagnent et soutiennent le maintien dans l'emploi de travailleurs handicapés psychiques sans visibilité sur les pratiques, les enjeux et les mécanismes d'intégration professionnelle.

Par ailleurs, les grandes entreprises font l'expérience d'un certain nombre de salariés qui au cours de leur carrière décompensent ou déclarent progressivement des troubles psychiques qui les fragilisent sur leur emploi. La maladie ou les troubles entraînent des difficultés à accomplir leur mission et déstabilisent les relations avec le collectif de travail.

Ces travailleurs sont handicapés psychiques, non pas parce qu'ils ont obtenu la reconnaissance administrative de leur handicap, mais bien parce que les troubles qu'ils manifestent constituent une entrave et limitent leur participation dans l'entreprise et le collectif professionnel.

Que se passe-t-il pour ces salariés dans les entreprises ?

Ces situations peuvent faire l'objet de conflits importants entre le travailleur et l'entreprise, entre le travailleur et ses collègues ou supérieurs hiérarchiques, entre les organisations syndicales et les directions, entre les médecins du travail et les responsables des ressources humaines. Elles peuvent également évoluer vers une mise à l'écart progressive du travailleur à l'extérieur de l'entreprise (multiplication d'arrêts maladie de longue durée ou mise en invalidité) et génère parfois une grande souffrance chez le salarié et l'environnement de travail. C'est en partie pour ces raisons que l'expérience de l'insertion professionnelle de travailleurs handicapés psychiques est parfois présentée comme un traumatisme, un échec, en tout cas un processus qui marque les esprits dans le monde du travail lorsque la situation n'est pas encadrée.

Face à la complexité de ces situations, les responsables disent les limites de leurs interventions et expriment un sentiment d'incompétence spécifique à ce handicap. La question qui se pose à nous, n'est pour l'instant pas tant celle de l'insertion professionnelle, au sens de recrutement et d'intégration, que celle de la garantie du maintien dans l'emploi du salarié malgré l'apparition d'un handicap psychique. C'est l'observation d'une redéfinition du lien entre le salarié et l'entreprise du fait de l'expérience de

²⁴ Depuis, les travaux d'A. Blanc ont changé la terminologie pour désigner le handicap généré par des troubles psychiques ou une maladie mentale est désormais celle de « handicap psychique », désigné dans la loi du 11 février 2005.

troubles psychiques handicapants qui nous intéresse. La naissance du handicap s'illustre dans la fragilisation de ce lien, et la perte d'une légitimité du salarié dans l'entreprise et le collectif de travail. Le maintien dans l'emploi s'inscrit dans le champ de l'insertion en tant que processus dynamique contrairement à l'exclusion et à la mise à l'écart du travail et de l'emploi. La problématique d'insertion s'entend donc ici comme processus d'adaptation réciproque entre un travailleur handicapé et le milieu de travail.

Dans la continuité de notre question principale se profile celle des conditions du maintien dans l'emploi de travailleurs handicapés psychiques. Quelles sont les pratiques sociales observées dans le cas d'un maintien dans l'emploi ? Comment se manifeste et est vécu le handicap psychique dans l'entreprise ? Quelle est la réponse de l'entreprise face à un salarié handicapé psychique ? Quels sont les acteurs de l'entreprise impliqués dans le maintien dans l'emploi d'un salarié handicapé ?

2. Hypothèses

Un ensemble d'hypothèses, issues des observations exploratoires et des lectures théoriques relatives à notre question, de près ou de loin, a guidé cette étude notamment pour toute la construction de notre investigation de terrain. Ces hypothèses s'inscrivent dans quatre champs sociaux : la singularité du handicap psychique, la dimension relationnelle et collective du handicap, les représentations, l'environnement.

Le premier champ comporte la compréhension et l'identification même de l'expérience individuelle du handicap psychique. Nous faisons l'hypothèse que le handicap psychique présente des caractéristiques irréductibles, qui en font un handicap particulier. La reconnaissance tardive du handicap psychique serait l'expression de la singularité de ce handicap. Cette hypothèse est renforcée par la complexité du lien de causalité entre l'expression des troubles psychiques et de la maladie mentale, et les répercussions en termes de désavantage ou de handicap. Les difficultés d'évaluation et de mesure de la déficience dans le champ de la psychiatrie semblent participer à la reconnaissance d'une singularité de ce handicap.

Du fait de cette singularité, c'est l'hypothèse d'une problématique particulière, notamment en termes d'insertion professionnelle, qui apparaît. Les conséquences sociales des troubles psychiques et des maladies mentales n'ont pas les mêmes répercussions sur les possibilités de participation de la personne à l'ensemble des sphères sociales. La question de l'insertion sociale ou de l'accès à l'emploi, et dans notre cas du maintien dans l'emploi, ne se présente alors plus de la même façon que pour un autre handicap. Nous posons comme préalable à notre étude que les logiques de compensation et d'adaptation de poste à l'œuvre dans le monde du travail sont mises en tension par les questions spécifiques posées par ce handicap dans un objectif d'intégration. Les réponses ergonomiques ou

technologiques proposées généralement pour d'autres salariés handicapés ne sont pas pertinentes dans le cas du handicap psychique. Pourtant les notions de compensation et d'adaptation de poste ne sont pas totalement impropres au handicap psychique. Elles semblent simplement prendre des formes différentes.

Au regard de la dimension normative et sociale de la maladie mentale en elle-même, nous émettons l'hypothèse que ce handicap existe principalement dans la relation. Si l'on reprend l'idée que la maladie mentale est une maladie du lien, du lien à soi, du lien aux autres et du lien au monde, cette hypothèse est d'autant plus forte que le handicap existe le plus souvent dans le rapport aux autres. C'est en effet dans la rencontre, dans le vécu, dans la proximité, que l'idée d'une gêne, d'un empêchement, d'une différence, d'une limitation, d'une distinction, apparaît en tant que handicap. La conséquence sociale de la déficience naît dans la confrontation avec les autres.

Dans le monde du travail, cette hypothèse est mise en lumière par l'idée que l'intégration d'une personne handicapée psychique va concerner une multitude d'acteurs de l'entreprise. D'une part, les acteurs du quotidien, les collègues de travail, l'environnement professionnel proche, du fait des rencontres imposées par la proximité et le travail, sont impliqués. D'autre part, du fait de la singularité du handicap, nous pensons qu'un grand nombre d'autres acteurs, pas nécessairement en lien direct avec la personne, va être interpellé par la question du maintien dans l'emploi du salarié. Cet ensemble d'hypothèses fait écho à l'idée émergente, chez les professionnels du médico-social et de l'insertion, de la nécessité de l'accompagnement. La présence d'un tiers, la notion de médiation est préconisée dans de nombreuses situations. Ces préconisations nous alertent sur la dimension relationnelle de ce handicap et la complexité des interactions en jeu autour de la situation de maintien dans l'emploi. Nous pouvons faire l'hypothèse que de ce fait, l'expérience individuelle du handicap psychique dans l'emploi s'inscrit dans une certaine mesure dans le collectif.

Dans cette dynamique relationnelle et collective, la question des représentations ne peut être écartée. La conceptualisation et l'histoire du handicap ont vu se construire un certain nombre de représentations stigmatisantes, dans la mesure où la personne est souvent réduite à son handicap ou sa déficience auquel on va attribuer des caractéristiques. Porteur d'images souvent négatives, le handicap peut faire l'objet d'attitudes discriminantes à l'égard des personnes concernées. Au regard de la place centrale qu'occupent les représentations sociales dans les interactions et les comportements face à l'autre différent, nous faisons l'hypothèse que celles-ci ont une place prépondérante dans la dynamique collective et relationnelle induite par la présence d'un salarié handicapé psychique dans l'entreprise.

Cette hypothèse est d'autant plus légitime dans le cas du handicap psychique, qui porte à la fois les représentations du handicap et les représentations de la folie. Il semble que les expériences individuelles à la fois du handicap et des troubles psychiques suscitent un imaginaire collectif particulièrement riche. En ce sens, l'idée s'impose que les représentations sociales vont fortement déterminer les possibilités de maintien dans l'emploi et l'attitude du collectif au sein de l'entreprise à l'égard du salarié handicapé psychique.

Par ailleurs, nous pouvons émettre l'hypothèse que les représentations du travail dont le travailleur handicapé psychique est porteur, vont elles aussi participer de façon déterminante au comportement de celui-ci dans la dynamique sociale organisée autour de son maintien dans l'emploi. Ses représentations vont guider également sa stratégie à l'égard de l'entreprise, ses attentes et sa place dans le système.

Enfin, nous faisons l'hypothèse de la participation active de l'entreprise comme environnement déterminant le handicap. Dans une logique d'introduction d'une dimension situationnelle, et surtout de revalorisation des facteurs environnementaux dans la définition et l'effort de conceptualisation du handicap, l'entreprise doit être considérée comme un espace décisif d'émergence du handicap. Contrairement aux autres types de handicap, sensoriels ou moteurs notamment, cet environnement n'est pas celui du cadre bâti ou de l'accessibilité (physique, à l'information ou numérique), mais celui de l'entreprise comme organisation. C'est-à-dire l'entreprise comme lieu de représentations collectives, lieu d'organisation d'un collectif de travail, comme espace d'identification, comme productrice de règles, d'exigences, et porteuse de projets, de politiques et de dispositifs ou processus pour les mettre en œuvre. Les entreprises ayant chacune une identité propre, comme organisation articulée à partir d'une structure donnée, portée par une ou des cultures, et cadre d'interactions, les différents collectifs de travail constituent des environnements spécifiques qui vont influencer sur l'émergence du handicap. Pour mieux comprendre la complexité du handicap psychique dans l'emploi, la reconnaissance du rôle de l'entreprise dans la dynamique sociale de maintien dans l'emploi est décisive. L'entreprise devient un acteur à part entière de l'émergence du handicap par la façon dont elle va pouvoir recevoir, reconnaître, prendre en compte, ou au contraire stigmatiser le handicap psychique en fonction de son organisation. Pour résumer, nous posons l'hypothèse que les mécanismes en jeu dans une situation de maintien dans l'emploi impliquent tout autant le salarié dans sa singularité que l'environnement professionnel dans lequel il se trouve.

3. Le traitement social de la question

Au regard de la question qui nous est posée, et du problème auquel nous sommes confrontés, nous devons de prendre une certaine distance avec une observation empirique, pour l'inscrire dans une problématique sociale.

Quatre éléments de traitement de la question doivent participer à cette mise à distance du vécu pour l'approcher en termes de pratiques sociales : 1. une réflexion sur la construction sociale du handicap psychique ; 2. le traitement de la question comme point de rencontre de spécificités individuelles et de mécanismes collectifs ; 3. la prise en considération des interactions comme l'expression des dynamiques sociales en jeu autour du maintien dans l'emploi ; 4. le traitement de la question dans une dimension organisationnelle.

Volontairement, nous employons, dès le titre de cette thèse, le terme de « handicap » dans le champ de la maladie mentale et des troubles psychiques. Lorsque l'on s'appuie sur la notion de handicap psychique, c'est en premier lieu l'histoire du rapport que la société entretient avec la maladie mentale qui doit apparaître en filigrane. La récente reconnaissance de ce handicap, distinct notamment du handicap mental, est révélatrice de l'évolution que connaît la place des personnes atteintes de troubles psychiques et du type de prise en charge dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale. La désignation du handicap psychique dans les dispositifs et législations en faveur des personnes handicapées marque un basculement du traitement de la folie non plus uniquement dans une logique de soin et de rétablissement confiée au médical, mais aussi dans une logique d'autonomie et d'insertion sociale.

En effet, la notion de handicap psychique est un moyen de symboliser et de mettre à distance une expérience individuelle et psychologique dans le registre des pratiques et des conséquences sociales sur l'ensemble des sphères de la vie des personnes. L'approche par le handicap psychique permet de reconsidérer le vécu de troubles psychiques comme une expérience sociale à part entière. Il va apparaître à la fois comme une production du collectif qui va donner un sens particulier à cette expérience, et comme une pratique sociale dans la mesure où elle a des conséquences en termes d'insertion sociale, d'identité sociale, et où elle entre en jeu dans les interactions. En ce sens, nous considérerons tout au long de notre analyse sociologique le handicap psychique comme la forme la plus aboutie de l'inscription sociale d'une expérience de santé mentale.

Cette approche par le handicap psychique nous invite à considérer la question du maintien dans l'emploi comme espace de rencontre ou de tension, entre des spécificités individuelles et des mécanismes collectifs. Du fait même de l'inscription dans la sphère sociale d'une vision organique ou médicale de la santé mentale, c'est la question du collectif qui se pose, considérant le social comme l'agrégation d'individus plus ou moins isolés, indépendants ou autonomes. Par ailleurs, les évolutions conceptuelles dans le champ du handicap ont participé à une revalorisation de la dimension environnementale et situationnelle du handicap. Par rapport à notre question, l'environnement s'apparenterait à l'entreprise et aux hommes qui la composent. L'émergence du handicap psychique devient en conséquence une question du collectif. Dans le même temps, nous avons posé en préalable à notre réflexion l'hypothèse de la singularité du handicap psychique.

Le maintien dans l'emploi pose dès lors la question de la résolution de la tension entre la reconnaissance d'une singularité et la dimension collective nécessaire au principe d'entreprise. Les observations de H.-J. Stiker portant sur la place des personnes handicapées dans le monde du travail confirment l'intérêt de notre approche : « Le grand apport des personnes handicapées est de poser le problème de l'articulation entre un universalisme républicain fondé sur les droits et les devoirs des individus et de la prise en compte de singularités qu'une démocratie digne de ce nom ne saurait négliger. Comment concevoir un droit et une réalité du travail et de l'emploi pour tous qui fassent sa part aux 'situations de handicap' ? Par là nous sommes contraints à réfléchir de façon plus générale sur

la véritable intégration (et pas seulement insertion) dans l'espace social de tous ceux qui ne sont pas et ne peuvent pas être dans la 'moyenne' (2001, p. 9). L'approche par le handicap est une forme de résolution de la tension existant entre l'expérience individuelle et subjective des troubles psychiques dans l'emploi, et les problématiques collectives qu'il suppose dans l'entreprise.

C'est pour cela que nous utilisons la terminologie de « handicap psychique », et non de « situation de handicap » reprenant la discussion proposée par A. Blanc dans l'introduction de son dernier ouvrage sur le handicap (2006). La notion de handicap intègre désormais l'enjeu collectif de cette expérience par la revalorisation de l'environnement et l'idée d'une participation sociale réaffirmée dans la loi du 11 février 2005. En revanche, l'usage de l'expression « situation de handicap » revendiqué par certains mouvements ou associations, met de côté justement cette expérience singulière et individuelle que représente dans notre cas le vécu de troubles psychiques, la manifestation de la maladie mentale.

Un des moyens d'explorer ce point de tension est l'étude des interactions, qui doit révéler à la fois l'expérience individuelle par l'étude de la position et du rôle de la personne handicapée psychique, et la dynamique sociale qui va émerger dans les interactions dans l'entreprise autour du maintien dans l'emploi.

En effet, les interactions telles que définies par E. Goffman constituent un support pour notre analyse dans la mesure où elles nous éclairent à la fois sur le comportement de la personne et sur la façon dont celui-ci va être considéré et interprété par les acteurs en présence (1973). La question du maintien dans l'emploi suppose la reconnaissance des interactions comme espaces d'expression non seulement de la maladie, mais surtout du handicap. La manifestation des troubles psychiques trouve un sens particulier dans les interactions, étant donné que dans l'emploi ils semblent perturber l'ordre relationnel. Plutôt que de les identifier comme des offenses à l'ordre ou des comportements déviants dans l'approche de la maladie mentale dans les interactions d'E. Goffman, où nous retiendrons l'idée qu'il puisse y avoir des « débordements sociaux » (*op. cit.*, p 358) associés au différents acteurs de l'interaction. La proposition faite par L. Velpry (2006) de l'approche sociologique de la maladie mentale semble pertinente pour notre question : « L'approche sociologique consiste à étudier les conséquences des perturbations dans les interactions du malade avec d'autres individus, dans les différentes sphères sociales où il évolue » (*op. cit.*, p. 32). La sphère sociale que nous proposons est celle du milieu de travail, de l'entreprise, et notre approche consiste en une compréhension des mécanismes d'émergence du handicap psychique dans l'ensemble des interactions professionnelles. Elle s'inscrit dans la proposition faite par l'anthropologue F. Laplantine de « passer d'une pensée de la substance à une pensée de la relation » (Poizat, 2006, p. 9).

Enfin, ce choix nous conduit à étudier le handicap et l'insertion professionnelle dans une dimension peu explorée, la dimension organisationnelle. Au regard de notre souci de problématiser le handicap psychique et l'insertion professionnelle dans une perspective à la jonction du collectif et de l'individuel à travers l'étude des interactions en jeu autour du maintien dans l'emploi, la prise en compte organisationnelle du problème s'impose naturellement. Elle nous permet d'approcher les logiques

culturelles, structurelles et stratégiques qui vont guider et organiser les interactions autour du handicap psychique, et avec le travailleur handicapé. J.-L. Metzger insiste sur l'importance d'une telle approche : « Nous voudrions souligner qu'une dimension de l'insertion semble avoir été jusqu'ici absente : nous pensons à la dimension organisationnelle et à sa dynamique. En effet, les efforts d'adaptation du poste et de formation considèrent qu'il s'agit d'une affaire individuelle : l'adaptation va compenser la déficience du travailleur concerné. Or, cette manière de concevoir l'insertion fait l'impasse sur la nécessité d'adapter, simultanément, l'environnement organisationnel » (*op. cit.*, p. 63-64). Le problème du maintien dans l'emploi n'est pas uniquement lié au profil de l'individu handicapé mais concerne l'environnement de travail au sens large dans la façon dont il va pouvoir recevoir la singularité du handicap psychique et les solutions qu'il va déployer en vue du maintien dans l'emploi. Cette approche a d'autant plus de sens dans le cas du handicap psychique que celui-ci semble remettre en question les logiques d'évaluation, de compensation, d'adaptation de poste et d'analyse ergonomique proposées pour des handicaps moteurs ou sensoriels. L'organisation devient le cadre obligé des interactions autour du travailleur handicapé psychique. C'est la façon dont l'entreprise, compte tenu de son histoire, de ses valeurs et de son organisation, prend en compte et considère le handicap et plus particulièrement le handicap psychique qui est en jeu. L'organisation considérée comme « monde social » (Francfort *et alii*, 1995) est plus que le lieu d'émergence du handicap dans l'emploi, elle devient un élément déterminant, et surtout impliqué et en évolution, du phénomène social que représente le maintien dans l'emploi d'un salarié handicapé psychique. Elle produit des règles, met en œuvre des obligations légales, formule des exigences professionnelles, génère des valeurs collectives qui vont interférer sur le traitement des salariés handicapés dans l'entreprise (Stone et Colella, 1996). Une des façons d'approcher l'organisation impliquée dans une dynamique active du handicap est l'étude des représentations en tant que système de compréhension collectif et de connaissance non scientifique qui vont guider les comportements et actions à l'égard des personnes handicapées.

En conclusion, contrairement à d'autres approches centrées sur l'organisation du travail en tant que déterminant de l'état de santé mentale des salariés, l'objet de notre recherche porte sur le handicap psychique dans l'emploi. Considérant nos travaux antérieurs dans le champ du handicap, nous avons fait le choix d'étudier plus spécifiquement l'insertion professionnelle de la population handicapée psychique. L'organisation du travail en tant qu'élément participant au processus de production d'une situation de handicap n'est pas écartée. En revanche, elle est considérée dans un plan plus large qui est celui de l'environnement et du contexte de l'entreprise et non comme le phénomène social à l'origine du handicap. C'est la dialectique entre la dimension individuelle du handicap psychique et l'emprise collective du handicap psychique en situation de travail qui nous intéresse.

Le domaine de l'insertion professionnelle s'est par ailleurs réduit au maintien dans l'emploi, car c'est principalement cet aspect qui est évoqué par les entreprises et que les actions délibérées de recrutement de travailleurs handicapés psychiques sont quasiment inexistantes. De plus, le handicap psychique est dans la majorité des cas, un handicap qui survient à l'âge adulte, une fois que les personnes sont déjà inscrites dans des parcours professionnels.

4. Méthodologie

L'apport de la phase exploratoire

Un travail exploratoire a fondé l'ancrage méthodologique de cette recherche. À travers divers écrits, témoignages et articles sur la santé mentale et l'insertion sociale, l'idée est vite apparue que l'insertion professionnelle des personnes atteintes de troubles psychiques pouvait être particulièrement problématique.

Cette phase de recherche s'est illustrée par la réalisation d'une quinzaine d'entretiens avec des informateurs privilégiés. Ces entretiens non directifs ont eu lieu avec des personnes atteintes de troubles psychiques (en entreprise d'insertion, en stage de resocialisation ou en formation professionnelle) et avec différents acteurs du champ de la santé mentale et de l'insertion professionnelle (psychiatres, psychologues dans des structures d'insertion professionnelle, associations de malades). Cinq entretiens exploratoires, d'une durée de 1h30 à 3h30 ont également été menés avec les cinq responsables des missions handicap des entreprises partenaires de la recherche. Cette phase de l'enquête de terrain a apporté un éclairage sur la façon dont se posait la question du handicap psychique par rapport à l'emploi et des dispositifs et appuis existants.

Plusieurs points et remarques sont apparus de façon insistante et transversale.

Tout d'abord le sentiment que les besoins spécifiques des personnes atteintes de troubles psychiques dans leur insertion sociale ne sont pas pris en compte. Encore plus fortement, par rapport à l'insertion professionnelle, le sentiment des travailleurs handicapés et des professionnels de la santé mentale de ne pas être considérés par la société est omniprésent. Les dispositifs d'accompagnement et de soutien à l'emploi sont décrits comme inadaptés aux besoins de cette population et les professionnels de l'accompagnement doivent alors se plier « *dans des cadres réglementaires non-adaptés et des costumes mal-taillés* »²⁵.

S'est également révélé le sentiment d'un paradoxe entre l'omniprésence du travail comme indispensable à l'insertion sociale, également élément de guérison, voire comme nécessité thérapeutique pour les personnes malades, et le faible niveau d'implication et de compétence des professionnels de l'accompagnement sur cette question. Que ce soit dans le champ de la psychiatrie ou du monde du travail, la question de l'insertion professionnelle est discutée sur le mode de l'impuissance ou de l'incompétence. Voici les termes utilisés par un responsable d'une Mission handicap :

« Je vais être très honnête avec vous, le handicap psychique on ne sait pas faire. Dans l'entreprise on est pas outillés pour, on n'a pas le temps. »

²⁵ Extrait d'un entretien exploratoire réalisé en octobre 2003 avec un psychologue d'une entreprise d'insertion pour personnes handicapées par la maladie mentale.

Il s'est vite avéré, en effet que la question du travail est très généralement envisagée uniquement dans le seul secteur du travail protégé (Esat, EA). D'une part, c'est la question du travail thérapeutique qui est posée, de l'autre, celle de l'emploi au sein de structures protégées et à l'écart des dispositifs de droit commun. La prise en compte du handicap psychique en milieu ordinaire est peu posée ou de façon contournée, autour de la notion de souffrance au travail et des problèmes liés au stress.

Cette remarque est confirmée par les motivations des entreprises à participer à cette recherche. C'était pour elles, le moyen non seulement d'accéder à une connaissance des pratiques, sur le terrain, d'accueil de salariés atteints de troubles psychiques, mais également de développer une expertise sur ces questions. Elles ont en effet largement exprimé leur manque de savoir-faire face à ce handicap spécifique, ainsi qu'un sentiment de méconnaissance de la maladie mentale, notamment par rapport au handicap mental.

Enfin, c'est l'étude des pratiques de terrain au cœur de l'entreprise, qui est apparue comme pertinente face au manque de visibilité des actions menées pour permettre à une personne atteinte de troubles psychiques d'accéder à l'emploi. Le travail exploratoire a révélé en effet que la connaissance de cette problématique était peu approfondie, à la fois dans les pratiques de gestion des ressources humaines et dans le secteur médico-social, quelle que soit la distance de ce dernier par rapport à l'entreprise. Un certain nombre de personnes manifestaient des troubles psychiques dans les entreprises et personne n'était capable de décrire ni le type d'accompagnement possible dans l'entreprise, ni les enjeux de leur maintien dans l'emploi.

Ce travail exploratoire a donc essentiellement révélé la confusion qui régnait à la fois autour du concept de handicap psychique, mais également vis-à-vis des troubles psychiques en milieu ordinaire de travail. La question de l'insertion professionnelle en milieu ordinaire de ces personnes atteintes de troubles psychiques ne constituait pas un champ de réflexion ou de recherche à part entière. La priorité allait donc être de délimiter un questionnement sur la place des troubles psychiques et leur traitement dans le monde de l'entreprise.

Comment approcher la problématique du maintien dans l'emploi ?

Spontanément, l'étude à grande échelle d'une population de travailleurs handicapés psychiques en situation de maintien dans l'emploi aurait permis de répondre à cette question. Pourtant l'approche quantitative par échantillonnage n'était ni réaliste, ni pertinente dans le milieu ordinaire de travail. La constitution d'un groupe de salariés handicapés psychiques, ayant bénéficié d'un maintien dans l'emploi suite à des difficultés professionnelles et prêts à en témoigner, aurait été très longue et limitée compte tenu de la faible lisibilité de l'entreprise sur cette question, de la difficulté à atteindre ces salariés et de leur crainte et difficultés à témoigner. Par ailleurs, cette approche aurait été partielle, apportant une analyse orientée uniquement sur le point de vu du salarié et ne répondant pas, dès lors, à notre problématique collective et environnementale.

Compte tenu du flou qui régnait autour de la prise en compte des salariés atteints de troubles psychiques dans l'entreprise, il est vite apparu que l'important était d'aller à la rencontre de ces salariés, dans la mesure du possible, et de toutes les personnes qui avaient pu participer à leur accompagnement dans le cadre de l'entreprise. Il fallait tenter d'approcher au plus près les expériences de suivi de cette population et de comprendre les enjeux du maintien dans l'emploi non seulement pour le salarié quant à son insertion professionnelle, mais aussi pour l'entreprise.

Le choix d'une approche interactionniste est justifié par la complexité des situations de maintien dans l'emploi. Plutôt que d'étudier les parcours singuliers de quelques salariés qui accepteraient de témoigner, il nous a semblé plus pertinent d'aborder la problématique de maintien dans l'emploi à partir de « cas ». Il s'agit de situations d'emploi en tension qui impliquent différents acteurs et supposent des comportements et attitudes différents du salarié et de l'entreprise. L'étude devait donc porter sur l'analyse de ces situations c'est-à-dire leur déroulement, leur issue, les difficultés rencontrées, les acteurs concernés, les outils et mesure mobilisées. Le vécu du salarié handicapé psychique est alors traité comme un des éléments du processus complexe de maintien dans l'emploi. Cette approche devait rendre compte du caractère global du maintien dans l'emploi et des dynamiques sociales et environnementales en jeu dans le handicap psychique en situation de travail.

L'approche compréhensive et qualitative allait être le cadre méthodologique de l'enquête de terrain. Étant donné la difficulté de repérer et d'approcher ces salariés, en effet, il est vite apparu qu'une démarche quantitative portant sur un échantillon de salariés handicapés psychiques dans l'entreprise était illusoire. Le terrain s'est donc constitué autour de « cas » de tentatives de maintien dans l'emploi d'un salarié atteint de troubles psychiques. Un salarié est signalé pour difficultés professionnelles liées à des troubles psychiques et un ensemble d'acteurs réagit, se mobilise, autour de lui et avec lui, pour repenser son insertion professionnelle. La démarche compréhensive devait nous apporter un éclairage quant aux motivations, aux cheminements, aux logiques sociales qui allaient dicter les comportements de chacun vis-à-vis du maintien dans l'emploi du salarié. De même, elle permettait d'approcher l'expérience individuelle du salarié malade et le sens qu'il allait donner à sa situation de maintien dans l'emploi.

L'approche qualitative permettait enfin de rendre compte de la complexité des interactions en jeu autour de la gestion d'un salarié atteint de troubles psychiques ainsi que du caractère unique et sur mesure des problématiques d'accompagnement de ces salariés dans les entreprises.

Pour rendre compte de la complexité de la problématique du maintien dans l'emploi, il fallait approcher non seulement les salariés, mais également leur entourage professionnel, les acteurs de leur accompagnement, et l'entreprise en tant qu'organisation complexe autour de sa politique du handicap et de sa politique de gestion des ressources humaines.

C'est donc sur l'étude de « cas » de maintien dans l'emploi que repose cette analyse. Des entretiens semi-directifs ont été menés, dans la mesure du possible avec le salarié concerné, puis croisés avec les entretiens de personnes impliquées à différents niveaux dans la problématique d'insertion

professionnelle de la personne dans l'entreprise (médecins, assistantes sociales...). Les « cas » de situation de maintien dans l'emploi ont ainsi été reconstitués. Pour cinq situations de maintien, un long entretien semi-directif (1h30 à 2h d'entretien semi-directif) a été conduit avec le salarié concerné et dans la mesure du possible l'ensemble des acteurs ayant participé à son insertion. Pour quatorze situations, l'analyse a reposé sur les récits croisés de correspondants handicap, de médecins du travail, d'assistantes sociales, de collègues de travail et/ou de supérieurs hiérarchiques. La méthode était inductive et s'appuyait sur les réseaux auxquels les missions handicap ont bien voulu me donner accès. Le principe de sélection des personnes interrogées a donc fonctionné de façon inversée afin de partir du vécu de l'entreprise. Dans ce contexte, aucun critère n'avait préalablement été établi. Les situations étudiées portaient donc aussi bien sur :

- des hommes ou des femmes ;
- des niveaux professionnels différents (cadres supérieurs, ingénieurs, employés, ouvriers non qualifiés...);
- des secteurs d'entreprise variés (ressources humaines et encadrement, informatique, postes administratifs de type secrétariat/comptabilité/documentation, postes de commerciaux/accueil clientèle, postes d'ouvriers de maintenance ou en atelier).

Dans chacune de ces situations, la question du maintien dans l'emploi s'est posée ou se pose encore du fait de l'émergence de troubles psychiques entraînant un handicap sur le poste de travail. Pour tous ces salariés qui ont fait l'expérience de troubles psychiques, nous avons tenté de reconstituer le récit du maintien dans l'emploi à partir des événements déclencheurs, des difficultés rencontrées, des réorganisations à la fois du poste de travail et de l'équipe de travail et des représentations sociales associées à la problématique, soit à la fois les représentations du travail et les représentations du handicap et des troubles psychiques.

L'analyse de ces situations a mis en évidence une problématique de maintien dans l'emploi dans une logique environnementale à deux niveaux, à la fois comme un système d'acteurs en interactions, et comme une construction sociale intrinsèquement liée à l'organisation dans laquelle elle se situe.

Le travail de terrain, au sens anthropologique du terme, a duré deux mois environ dans chacune des entreprises. Il fallait s'imprégner, passer du temps, observer l'univers à part entière qui allait constituer « le monde social²⁶ » dans lequel le salarié atteint de troubles psychiques évoluait. Ce temps était nécessaire pour approcher les pratiques quotidiennes de gestion autour du cas de salariés présentant ou ayant présenté des troubles psychiques au regard des spécificités de chaque entreprise.

C'est souvent par le biais de la médecine du travail que j'ai pu remonter la piste de salariés qui accepteraient de me rencontrer et me raconter leurs parcours. Il fallait ensuite négocier avec eux

²⁶ Terme emprunté à Renaud Sainsaulieu pour désigner les univers complexes que constituent les entreprises autour de leur culture, leur structure et des interactions qui s'y déroulent (FRANCFORT et *alii.*, 1995).

l'autorisation de rencontrer leurs collègues et supérieurs hiérarchiques. Dans certaines situation, grâce aux correspondants-handicap, j'ai retrouvé des « cas » décrits par des responsables de ressources humaines pour lesquels le salarié n'acceptait pas de témoigner. J'ai donc reconstitué après entretien avec l'ensemble des acteurs, des situations d'accompagnement pour lesquelles je n'ai pas pu m'entretenir directement avec le salarié concerné.

L'objectif était dans la mesure du possible de reconstituer pour chaque « cas » la problématique d'insertion professionnelle de la personne, le réseau d'acteurs impliqués et de le mettre en perspective avec le dispositif spécifique d'accompagnement des travailleurs handicapés de l'entreprise.

Le critère retenu pour définir les situations à étudier était celui d'une « situation problématique » de maintien dans l'emploi du fait de troubles psychiques. À partir du moment où, selon l'entreprise ou le salarié, la situation professionnelle était fragilisée, voire potentiellement fragile, elle était prise en considération.

En définitive, le travail de terrain s'est illustré par une quinzaine d'entretiens exploratoires et 60 entretiens semi-directifs (d'une durée de 50 minutes à 2 heures) dans les cinq entreprises qui avaient choisi de participer à la recherche, répartis entre les différents acteurs de la situation de maintien dans l'emploi :

- des salariés atteints de troubles psychiques,
- des collègues de ces salariés,
- des supérieurs hiérarchiques des travailleurs handicapés psychiques,
- des responsables des ressources humaines ou directeurs des ressources humaines,
- des assistantes sociales,
- des correspondants « handicap »,
- des psychologues,
- des psychiatres d'entreprise,
- des représentants d'organisations syndicales,
- des médecins du travail,
- des responsables des politiques sociales (handicap, santé, action sociale),
- des gestionnaires de ressources humaines (mobilité, recrutement...).

Dans l'idéal, l'ensemble de ces acteurs a fait l'objet d'un entretien semi-directif. Ce fut réellement possible dans deux situations chez Air France, et deux chez EDF. De plus, cinq cas ont pu largement être reconstitués sur l'ensemble des entreprises. D'autres entretiens semi-directifs notamment avec des assistantes sociales, ont permis d'approcher le récit d'expériences d'accompagnement dans certaines entreprises où les salariés étaient peu disponibles pour cette recherche. Ces récits ont été croisés avec les responsables des ressources humaines ou les supérieurs hiérarchiques des salariés handicapés.

Le principe de l'enquête qualitative n'avait pas, par définition la prétention de rendre compte de la situation de l'ensemble des salariés atteints de troubles psychiques dans chacune des entreprises.

Cette approche compréhensive avait simplement pour but d'approcher les parcours professionnels, la dynamique d'acteurs qui naissait à partir du moment où un salarié était fragilisé dans son emploi du fait de troubles psychiques, et les systèmes de justification qui allaient expliquer la mobilisation du collectif. La question de la généralisation empirique posée entre autres par R. K. Merton (1953, p. 34) s'est également posée à nous. Sans prétendre établir des « régularités sociales » quant à la manifestation de troubles psychiques pour certains salariés et les chances de maintien dans l'emploi dans ces entreprises, il est vite apparu que les portes qui m'étaient ouvertes constituaient un espace de recherche sociologique rare. Cet espace représentait un laboratoire de pratiques d'accueil et d'accompagnement de salariés spécifiques, dans des organisations non moins particulières, qui allaient éclairer le champ sociologique du « handicap ». En approchant le quotidien du salarié atteint de troubles psychiques dans l'entreprise, c'est toute la réflexion sur les personnes handicapées dans la société, la prise en compte de la « différence », la reconnaissance de la singularité individuelle, et de la santé mentale dans le monde du travail qui allait pouvoir être enrichie. Ce travail est donc avant tout une contribution à la définition d'un champ théorique de recherche en sciences humaines sur le handicap.

Un des contrepoints à cette démarche empirique au sein d'entreprises partenaires est justement leur implication par rapport au thème de recherche. Leur participation à ce travail dénote une volonté de réflexion et de remise en question de la prise en compte du handicap psychique dans leurs entreprises. Notre terrain d'étude est donc caractérisé par une forme de maturité de la politique en faveur des personnes handicapées. Les cinq entreprises que sont Air France, EDF, IBM, SNCF et Total mettent en oeuvre depuis plusieurs années des accords d'entreprise en faveur des travailleurs handicapés. Elles ont donc développé une expertise et un savoir-faire dans ce domaine. Par ailleurs, ce sont de grandes entreprises qui mènent des politiques sociales importantes et qui disposent de moyens et d'outils non négligeables en termes d'accompagnement des salariés. Ces dispositifs ont un impact primordial sur les possibilités de maintien dans l'emploi de salariés handicapés psychiques.

De plus, nous devons remarquer que les situations analysées et observées sont celles de maintiens dans l'emploi qui ont effectivement eu lieu, dans de plus ou moins bonnes conditions, mais qui ont le mérite d'avoir existé. Il ne faut pas oublier, qu'une multitude de situations professionnelles de personnes devenues handicapées psychiques ne font pas l'objet d'un maintien dans l'emploi mais plutôt d'un licenciement, d'un arrêt longue maladie ou d'une invalidité. Ces situations, simplement évoquées dans ce travail par rapport au processus de désinsertion, pourraient, de façon à part entière, faire l'objet d'une autre recherche sociologique.

Les personnes qui ont accepté de parler de cette question dans l'entreprise sont enfin celles qui ont déjà fait le travail de reconnaissance d'une situation problématique aussi bien du côté des salariés handicapés que de l'environnement professionnel ou des acteurs de l'accompagnement médico-social. Ils ont donc joué le jeu d'une transparence et s'exposaient au jugement ou à la critique en relatant des situations présentant parfois d'importantes difficultés. Il existe dans les entreprises des salariés et des situations plus ou moins cachées et tabou de maintien dans l'emploi de salariés handicapés psychiques

qui sont parfois mis dans des « placards », isolés, ou en conflit grave avec l'environnement professionnel. Il est évident que ces expériences de maintien dans l'emploi, en quelque sorte camouflées, ne sont certainement pas vécues de la même manière par le collectif que celles où se dessine une remise en question du collectif, une réflexion et une volonté de compréhension de certains des acteurs concernés.

Recherche compréhensive et représentations

Partant du principe que les représentations sociales déterminent en grande partie le sens que les individus donnent à leurs actions, l'approche compréhensive permet d'approcher au plus près l'expérience subjective de l'emploi de personnes atteintes de troubles psychiques.

En approfondissant cette question, on s'aperçoit que l'expérience individuelle du maintien dans l'emploi ne peut être déconnectée : du milieu professionnel dans lequel il a eu lieu ; des rencontres et personnes qui ont participé au maintien dans l'emploi ; du contexte social dans lequel il s'est inscrit.

Ainsi, afin d'enrichir le matériau recueilli en entreprise autour de l'idée de « réseau d'acteurs » du maintien dans l'emploi, 25 entretiens semi-directifs ont été menés auprès de salariés en entreprise d'insertion (Sotres)²⁷ ou en stage de mise en situation professionnelle à la revue *ÊTRE Handicap Information*. Ces entretiens se sont parfois apparentés à des « récits de vie » (Combessie, 1996, p. 29) dans la mesure où certaines personnes ont été rencontrées plusieurs fois et où les entretiens ont été réalisés dans le but d'offrir un espace de parole à ces salariés.

Sans tomber dans un étalage émotionnel « inédit », oubliant alors la vocation scientifique de la recherche, ces témoignages révélaient un engagement : donner la parole à ceux qui ne l'ont pas. C'est une méthode socialement connotée et porteuse d'une intention éthique (Bertaux *in* Combessie, 1996, p. 30) qui s'est illustrée dans ces entretiens. Ces rencontres ont ainsi fait l'objet de deux articles dans une revue de Psychiatrie sociale intitulés *Milieu de travail ordinaire : attentes et représentations* (Le Roy, 2005), *Le handicap dans l'entreprise, quelle place pour le psychique ?* (Le Roy, 2006) ainsi qu'à la coordination d'un numéro sur le thème *L'entreprise interrogée par le handicap psychique* (2006).

Cette approche compréhensive des représentations à la fois du travail et de la folie a été étayée par deux autres types de matériaux :

Un travail d'observation participante au sein de la revue *ÊTRE Handicap Information* auprès des stagiaires en resocialisation et mise en situation professionnelle a permis un recueil important de témoignages de parcours d'insertion sociale et professionnelle. Durant les trois ans de la convention, j'ai chaque semaine, à partir d'une grille d'observation, participé à l'accompagnement de ces stagiaires : leur accueil, leur formation en bureautique, leurs questions, doutes et craintes par rapport à l'insertion professionnelle, leurs espoirs et attentes par rapport à l'emploi. J'ai observé leurs attitudes et attentes

²⁷ La Sotres est une entreprise d'insertion qui accueille exclusivement des personnes atteintes de troubles psychiques pour des activités de bureautique.

au début de leur stage à la revue, puis j'ai suivi l'évolution de leur projet professionnel et la façon dont ils s'intégraient à l'équipe de travail. En fonction de leurs expériences professionnelles antérieures leurs projets pouvaient varier. Les stagiaires adoptaient des attitudes différentes au sein de la revue en fonction de ce vécu : l'attitude de distance, de retrait ou au contraire de participation active à la vie de la revue ; leur comportement en situation de travail plus ou moins guidé par une démarche d'insertion professionnelle ou thérapeutique ; la recherche de compétence, de formation et de connaissance ou bien celle de rencontres, d'amitiés et de lien social ; et enfin leur attitude à la fin du stage quant aux possibilités de réinsertion en milieu ordinaire.

Afin d'apporter un éclairage sur la perception de la question du maintien dans l'emploi dans l'entreprise, un questionnaire²⁸ a été envoyé par mail ou par courrier à 300 professionnels de l'entreprise (essentiellement des responsables des ressources humaines, des assistants sociaux, des médecins du travail) dans trois des entreprises partenaires : Air France, EDF et la SNCF.

Ce questionnaire court (5 questions) portait sur les points suivants :

- le sentiment de prévalence de salariés atteints de troubles psychiques dans l'environnement professionnel,
- les professionnels considérés comme compétents pour accompagner le salarié,
- les représentations associées aux troubles psychiques (notamment par rapport au travail),
- les leviers d'action quant à la possibilité d'un maintien dans l'emploi.

86 personnes ont répondu à ce questionnaire dont 70 professionnels des ressources humaines et 16 travailleurs sociaux (2 médecins du travail et 14 assistants sociaux).

Ce questionnaire avait deux objectifs par rapport à notre démarche compréhensive. Tout d'abord celui d'apporter une première visibilité sur le phénomène du maintien dans l'emploi de salariés handicapés psychique. Il s'agissait de répondre à la question suivante : est-ce un phénomène marginal et rencontré ponctuellement dans certains secteurs de l'entreprise, ou bien est-ce une question qui touche plus largement l'ensemble de l'entreprise ?

En second lieu, il devait apporter un complément d'information sur la façon dont est perçu le handicap psychique dans l'ensemble de l'entreprise. Il permettait de relativiser les perceptions et représentations que les personnes interrogées en entretien, et de fait plus impliquées, se faisaient des salariés handicapés psychiques et de leur maintien dans l'emploi. Les questions relatives à ces représentations avaient également pour objectif de rendre compte des réponses spontanées des personnes face à ces salariées en situation de fragilité professionnelle du fait de troubles psychiques.

²⁸ Questionnaire reproduit en annexe 5.

Chapitre 2 : Le handicap psychique : pour une tentative d'objectivation du singulier

La difficile acceptation de la notion même de handicap psychique est révélatrice de la complexité de la maladie. Ce qui se joue, entre autres, derrière cette dénomination, est celle de la capacité à décrire et identifier l'expérience de santé mentale. Malgré les progrès fulgurants dans le champ de la psychiatrie et de la psychologie au cours du siècle dernier pour identifier les différentes formes de troubles, la compréhension des mécanismes psychiques mobilisés dans les maladies mentales est loin d'être exhaustive.

La délimitation de la notion de handicap psychique suppose en premier lieu un éclairage sur les tensions liées à la définition de la maladie mentale. Contrairement à d'autres maladies parfaitement identifiées, localisées et calibrées, les pathologies psychiatriques ne font pas l'objet d'un consensus médical unanimement partagé ; leurs origines, comme leurs manifestations et leurs évolutions restent méconnues. En filigrane, c'est la capacité des professionnels de la santé mentale à rendre compte de façon objective d'une expérience psychique qui est en réalité posée. Les grilles de classification et d'évaluation, malgré leur souci d'exhaustivité, ne rendent que partiellement compte de la complexité de cette expérience de santé. En effet, la principale caractéristique de la maladie mentale est celle d'une inscription particulièrement complexe de la pathologie à la fois au niveau organique, mais aussi sur le plan de la manifestation des symptômes, et des retentissements sur la vie de la personne. Nous verrons comment les efforts pour définir la maladie mentale et les troubles mentaux sont symptomatiques de la complexité de la manifestation de la pathologie et de ses implications pour la personne.

Dans ce contexte, la notion de handicap semble être un outil d'objectivation de l'expérience à la fois individuelle et sociale des troubles psychiques. Pourtant, le concept développé par l'Organisation Mondiale de la Santé depuis les années cinquante est semble-t-il confronté à ses propres limites dans le champ de la santé mentale. Par ailleurs, l'enjeu catégoriel de désignation du handicap fait l'objet d'un débat politique depuis la Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées de 1975.

Une tension naît de la difficulté à rendre compte à la fois de la dimension individuelle et médicale des troubles psychiques et de son inscription sociale par le biais du handicap. La dimension situationnelle du handicap et sa matérialisation dans la sphère sociale nous invitent à considérer le handicap psychique dans un milieu donné : celui du travail. Au regard des exigences sociales dans le cadre du travail, et de la particularité de la manifestation des troubles psychiques, nous tenterons de rendre compte des différents aspects du handicap psychique au travail et des parcours singuliers des personnes atteintes de ce handicap. C'est l'étendue sociale du handicap que nous tenterons de délimiter à travers l'exploration des histoires et des parcours de personnes handicapées psychiques.

Ce chapitre va nous permettre de définir et délimiter ce que nous entendons par la notion de handicap psychique et son étendue à la fois historique, médicale, et sociale. Etant donnée l'ambiguïté des définitions dans le domaine de la santé mentale, il est indispensable de nous accorder sur le sens des termes utilisés.

Cet effort de cadrage, nous permettra dans un premier temps, de comprendre l'expérience psychiatrique de la population étudiée. Dans un deuxième temps, il révélera les enjeux historiques associés à la maladie mentale, comme phénomène social et politique.

I. De la folie à la reconnaissance des troubles psychiques

A. Qu'est ce que la maladie mentale ?

Au cours de sa vie, chaque personne éprouve des sentiments d'isolement, de solitude, de détresse émotionnelle ou de désorientation. Il s'agit habituellement de réactions à court terme et normales face à des situations difficiles, plutôt que de symptômes d'une maladie mentale. La personne apprend à s'adapter aux sentiments difficiles tout comme elle apprend à s'adapter aux situations difficiles. Toutefois, dans certains cas, la durée et l'intensité des sentiments pénibles ou des modèles de désorientation de la pensée peuvent s'ingérer dans la vie quotidienne. Les capacités ordinaires d'adaptation ne suffisent plus et la personne peut avoir besoin d'aide pour retrouver son équilibre et ses pleines capacités.

Les maladies mentales sont caractérisées par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou une combinaison des trois) associées à une importante détresse et à un dysfonctionnement de longue durée. Les symptômes de la maladie mentale varient de légers à graves, selon le type de maladie, la personne, la famille et l'environnement socio-économique.

La maladie mentale entrave donc le fonctionnement psychique de la personne. Cependant, la description des phénomènes et caractéristiques de la maladie mentale ne nous apporte pas de définition actualisée et partagée de cette pathologie. L'accent est mis sur les caractères intenses et pérennes de la maladie qui en font une pathologie envahissante au regard de ces tentatives d'explications. Mais, le fondement et les limites de la maladie mentale ne sont pas clairement posés et prêtent à discussion. Où se situe la limite entre les émotions ordinaires du cours de la vie et l'expression pathologique de celles-ci ? La maladie mentale oblige à une perception relative de l'expérience humaine et fait basculer la personne dans une prise en charge médicale particulière. Dans quelle mesure sommes-nous confrontés à un questionnement sur la subjectivité humaine à travers l'exploration de la maladie mentale comme concept médical ?

1. Une maladie à part entière ? Un objet médical ?

Pour comprendre l'importance de la reconnaissance de la maladie mentale en tant que telle, il nous faut évoquer la naissance de la psychiatrie à la fin du XVIIIème siècle. Avec l'arrivée de Philippe Pinel nommé médecin-chef de l'hôpital Bicêtre en 1793, la maladie mentale va devenir un objet médical à

étudier. Toutes les affections psychiques regroupées sous l'appellation commune de « folie » vont, pour la première fois, être observées et faire l'objet de diagnostics cliniques. Dans les hôpitaux, la séparation entre malades et autres catégories de personnes enfermées (vagabonds, libertins...) va permettre au concept de maladie mentale d'émerger en tant que branche autonome de la science médicale.

Toute la complexité du champ de la maladie mentale réside dans cette histoire particulière de la reconnaissance de la folie et de sa prise en charge.

Alors que les médecines primitives voyaient dans la maladie mentale la manifestation d'une possession démoniaque, la médecine fondatrice d'Hippocrate évoque déjà la manie ou la dépression à partir de l'équilibre des humeurs comme accès à la santé et comme registre de compréhension du fonctionnement humain.

Pourtant, jusqu'à la fin du XVIIIème siècle, avec l'apport conjoint de la philosophie et du christianisme, c'est la prééminence de l'âme et de la transcendance qui marquera l'explication des troubles psychiques. La folie était justifiée dans l'univers de la magie, du surnaturel, du divin ou du diabolique mais ne faisait pas l'objet d'une considération médicale. P. Deniker et J.-P. Olié évoquent ainsi les explications du Moyen Âge (1998) :

« S'agissant de la médecine et de la psychologie, il faut reconnaître qu'elles furent occultées par la force du christianisme conquérant. Au Moyen Âge, la psychologie était remplacée par la « psychomachie » ou combat des forces mentales du bien et du mal, des vertus contre les vices : le divin contre le démoniaque ! » (*op. cit.*, p. 108)

C'est autour de l'enfermement que la question de la médicalisation des affections psychiques va être traitée. Alors que l'on enfermait les « fous » pour protéger la société, il s'agit désormais de les « traiter », de les « ramener à la raison ». Pour cela un nouveau champ de la pathologie se développe au XIXème siècle et les médecins aliénistes vont se voir être investis d'une mission sociale de protection, d'observation et de classification des différents désordres mentaux. Ils considèrent que la folie comporte une partie, l'aliénation mentale, qui est une maladie, et à ce titre relève exclusivement de la médecine ; ceux qui en sont atteints sont des malades à traiter et à guérir, et doivent échapper à la police et à la justice. La médecine s'approprie alors la folie comme champ d'étude à part entière.

A cette époque, cette maladie est unique, bien qu'elle puisse prendre plusieurs aspects : manie, mélancolie, idiotisme, démence. Elle diffère totalement de toutes les autres maladies et doit être traitée exclusivement dans des institutions ne recevant pas d'autres types de patients. La thérapeutique comporte l'isolement du sujet, pour lui épargner les tumultes du monde, ses passions, et ce que P. Pinel appelle « le traitement moral de la folie », c'est-à-dire s'appuyer sur ce qu'il reste de sain dans le plus aliéné des aliénés, pour l'aider à restaurer sa raison.

2. La reconnaissance des maladies mentales

Cette reconnaissance de l'aliénation comme objet médical est ce que G. Lanteri-Laura²⁹ définit comme le « paradigme de l'aliénation mentale » (1998), l'aliénation devient une maladie authentique et unique, qui changera par la suite avec l'instauration de la psychiatrie.

Petit à petit, s'impose l'idée que la psychiatrie est faite d'une pluralité d'espèces morbides irréductibles les unes aux autres et qu'on désigne par la locution de « maladies mentales », locution employée au pluriel. Ces maladies sont alors conçues de manières très variées, avec toutes sortes de controverses sur leurs étiologies (psychogénèse, organogénèse, hérédité, dégénérescence, etc....), mais leur diversité et leur pluralité sont unanimement admises.

Cette pluralité des maladies mentales va exiger la constitution d'une sémiologie active, qui permette de séparer les espèces morbides naturelles les unes des autres, puis la mise au point d'une classification de ces espèces, afin d'y introduire un certain ordonnancement taxinomique. Un domaine de la sémiologie se compose et de multiples nosographies se succèdent. Aucune n'arrive à s'imposer de façon univoque mais toutes proposent la distinction entre deux champs : celui des névroses et celui des psychoses.

La maladie mentale se met donc à exister autour de la description des symptômes et de la manifestation des troubles. Le concept fait alors l'objet de discussions sur l'étiologie de la maladie pour expliquer l'origine de l'affection psychique. Cependant, l'impossible localisation organique de la maladie en fait un concept abstrait et globalisant. Par ailleurs, l'incertitude plane au-dessus de la part de responsabilité du malade. Le niveau de gravité de la maladie et la folie restent perçus comme uns et indivisibles, sans guère de graduation recevable.

3. Les tentatives d'explicitation

C'est au début du XXème siècle avec l'apport d'H. Ey sur l'importance de la notion de structure dans son élaboration organo-dynamique, que les multiples aspects de la pathologie mentale vont enfin être rendus intelligibles.

Le champ de la psychiatrie se constitue par l'opposition des structures névrotiques aux structures psychotiques, les premières se rapportant au sujet normal, et les secondes reprenant en partie à leur compte ce que l'on entendait auparavant par folie.

²⁹ Georges Lanteri-Laura, décédé en 2005, était Chef de Service honoraire à l'Hôpital Esquirol, Ancien Directeur d'Etudes à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences sociales, Ancien Président de l'Evolution psychiatrique.

Ainsi H. Ey propose une définition de la maladie mentale « ...comme une des faces, un des aspects particuliers de la maladie de la totalité de la personne...Dans cette perspective, dynamiste et globaliste, de l'être qui assure et contient son développement, la vie psychique apparaît comme un progrès, la maladie comme une régression. La maladie mentale se révèle à la fois comme un déficit de l'organisation progressive de l'être et comme un mode régressif de l'existence. » (Ey, 1970 *in* Liberman, 1991, p. 30). C'est lui qui pour la première fois osera parler de la maladie mentale comme pathologie de la liberté.

Cette conception rend compte du caractère totalisant de la pathologie mentale. Elle révèle aussi le risque de la folie comme appartenant à l'essence même de l'existence humaine.

C'est à partir de cette compréhension des maladies mentales que vont se développer tous les moyens thérapeutiques de la psychiatrie : cures en tous genres (sommeil, insuline), traitements à la pénicilline... puis, par la suite, la pharmacopée (avec la découverte des neuroleptiques et des anxiolytiques) et les différentes psychothérapies (d'inspirations psychanalytiques, cognitives ou comportementales).

Aujourd'hui, alors que le terme de folie n'est plus usité en psychiatrie, la définition couramment proposée en psychopathologie est celle de la déficience psychique : « elle touche une personne ayant un trouble psychique dont le fonctionnement psychoaffectif ne permet pas de relations « normales » avec elle-même, avec les autres et avec le monde, on parle plus généralement de maladie mentale » (Debray, 2001, p. 18).

L'aspect normatif d'une telle définition révèle la difficulté persistante de la psychiatrie à délimiter son objet. De plus cette définition introduit deux concepts ambigus : tout d'abord celui de normalité, avec toute sa part de relativité sociale, culturelle et individuelle. C'est aussi toute la complexité à rendre compte de la personne dans son rapport au monde qui est pointée au travers du prisme de la maladie. On voit apparaître la maladie comme phénomène social plus que comme objet médical à proprement parler, avec ses exigences de diagnostic clinique, de thérapeutique et de guérison. Un éclairage nosographique de ce que la psychopathologie reconnaît comme maladies mentales rendra compte des efforts d'objectivation dans le champ de la santé mentale. Un travail de classification s'impose pour rendre compte également des pressions qui pèsent sur le diagnostic de maladie mentale. Ce détour, en partie descriptif, nous permettra non seulement de nous entendre sur le champ sémiologique retenu dans le cadre de cette recherche, mais également de rendre compte de l'enjeu d'évaluation et de catégorisation des individus dans le champ du handicap en sociologie.

B. L'enjeu des classifications

1. Les origines des classifications en psychiatrie

La grande complexité de la maladie mentale réside bien dans son caractère abstrait. Elle exige un effort de conceptualisation plus important que pour les pathologies organiques. On observe des difficultés particulières pour la psychiatrie à offrir un instrument de classification et de délimitation des troubles. Or, derrière cette difficulté taxinomique c'est le positionnement de la psychiatrie dans le champ de la médecine qui est mis en questions. D'où l'effort considérable de celle-ci pour proposer des modèles au moins descriptifs, si ce n'est explicatifs.

La question des classifications des maladies mentales est en fait celle de l'observation des symptômes et de la capacité de diagnostic dans le champ médical.

C'est encore à P. Pinel qu'il faut remonter pour trouver une des premières nosographies basées sur la méthode clinique dans son ouvrage *Nosographie philosophique ou la Méthode de l'analyse appliquée à la médecine* (1818), au moment où, vers la fin du XVIIIème siècle, l'étude des faits mentaux pathologiques devient une branche autonome de la médecine. La nosographie de P. Pinel est par ailleurs modelée sur les systèmes de classification élaborés dans les sciences naturelles durant la première moitié du XVIIIème siècle, principalement avec Carl von Linné, médecin et botaniste. Comme l'a bien montré F. Dagognet, « on a su, au XVIIIème siècle peu à peu inventorier les flores et les faunes : désormais, il faut recenser et catégoriser les inadaptations sociales. Après les fleurs et les bêtes, rien de moins que les hommes eux-mêmes » (*op. cit.*, 1970 in Gasser, Stigler, 2001, p. 231).

La classification de Pinel divise toute la pathologie en cinq classes (les « fièvres », les « phlegmasies », les « hémorragies », les « névroses » et les « lésions organiques »), elles-mêmes subdivisées en « ordres », « genres » et « espèces ». Dans la quatrième classe (les névroses), on repérera quatre principales entités qui formeront la future psychiatrie, soit la « mélancolie », la « manie », la « démence » et « l'idiotisme », auxquelles il faudrait encore ajouter les « délires aigus fébriles » (classés avec les « phlegmasies »). La caractéristique principale de sa classification est qu'elle est basée sur l'observation clinique, sans préoccupation théorique déclarée quant à l'explication des entités pathologiques.

C'est son disciple le plus fidèle, le Docteur Esquirol, qui reprendra ses descriptions cliniques pour les préciser et les détailler, ce qui l'a fait souvent considérer comme le fondateur de la clinique psychiatrique.

Par la suite, de nombreuses classifications se développeront se réduisant toutes à l'un des cinq types de modèle présentés par J. Gasser et M. Stiegler que nous pouvons présenter de façon synthétique comme suit :

- le modèle de classification syndromique basé sur la seule psychopathologie et repris par la suite dans le premier axe du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM)³⁰ ;
- les classifications basées sur l'étiologie supposée ou prouvée des affections à classer ;
- les classifications basées sur l'anatomopathologie et sur la notion de lésion ;
- le quatrième groupe est celui qui met au premier plan l'aspect psychologique ou fonctionnel : c'est lui qui permet de distinguer les perturbations des fonctions psychologiques ou des facultés mentales ;
- le dernier modèle de classification privilégie l'évolution clinique des symptômes et donc, évidemment, la notion de chronicité. C'est dans ce groupe qu'émergera le concept de « *maladie mentale* » dans la nosologie proposée par Kraepelin (*op. cit.*, p. 233).

La grande rupture dans l'élaboration des classifications en psychiatrie est celle apportée par la troisième version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM).

La première édition du DSM datant de 1952 est au contraire la continuité d'un compromis américain entre la psychanalyse freudienne et une conception psycho-biologique, qui considère le malade comme un être humain en interaction avec son environnement, mais également comme une entité biologique. C'est aussi l'âge d'une psychiatrie sociale et communautaire ayant comme conséquence une démedicalisation aussi bien des tableaux cliniques que des intervenants dans le domaine classique de la psychiatrie. Le DSM-II paraît en 1968 et reste dans la même logique que son prédécesseur avec une évolution encore plus marquée vers la psychanalyse.

La rupture s'opèrera au milieu des années 1970, au prétexte d'un besoin d'adaptation du DSM à la nouvelle classification des maladies mentales proposée par l'OMS (CIM-9). A. Erhenberg et A. Lovell ont analysé ce changement : « Ce manque résulte de la diversité des doctrines psychiatriques et des désaccords sur les causes des maladies. Cette situation ne permet pas à la psychiatrie d'être une vraie médecine, car elle laisse une place beaucoup trop importante au jugement personnel du psychiatre et, en conséquence, à des controverses incessantes dans la profession (et contre la profession) » (*op. cit.*, 2001, p. 24). Le DSM-III, contournant les conflits théoriques sur l'étiologie des maladies, s'appuyait alors sur les syndromes, symptômes et déficiences : « Le raisonnement étiologique est remplacé par un raisonnement syndromique : faute de consensus sur les causes, une description fine des syndromes au moyen d'outils ad hoc (recueil de données fiables avec des critères diagnostiques et des échelles d'entretien standardisés) permettra d'obtenir des diagnostics fiables » (*ibid.*). Il s'agissait alors de proposer un langage commun à toute la discipline, quelles que soient les orientations des cliniciens (psychanalytiques, comportementalistes, phénoménologiques, etc.).

³⁰ L'American Psychiatric Association a publié depuis 1980 les trois dernières éditions du DSM. La troisième édition originale (DSM-III) date de 1980, sa traduction française a été faite en 1983. La troisième édition révisée (DSM-III R) est parue aux États-Unis en 1988, et sa traduction française en 1989.

La quatrième version du DSM paraîtra en 1994. Elle se caractérise par une rupture nette avec la psychanalyse par la suppression de références à la névrose et une volonté quasi « hégémonique » de s'imposer comme manuel de psychiatrie, et non plus uniquement comme un livre de classification. Il s'affirme comme support éducatif, outil d'enseignement de la psychopathologie. Il est recommandé comme référence à l'ensemble des professionnels de la santé et de la santé mentale : psychiatres, mais aussi psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers, ergothérapeutes, etc., voire les gestionnaires de la santé et autorités politiques.

Sans s'ingérer, ou se positionner sur les conflits ou débats théoriques quant aux classifications des maladies mentales, ces efforts nosologiques nous intéressent à deux niveaux. Tout d'abord, celui de la compréhension de la maladie mentale, et le savoir descriptif des symptômes que ces classifications ont permis d'approcher. C'est donc la connaissance de l'expérience de la maladie et des troubles psychiques qui importe à travers ces catégories. Ces efforts visent à lever la confusion terminologique et conceptuelle autour de l'état de santé mentale et de l'expérience des troubles psychiques.

Dans un second temps, le travail taxinomique représente une forme de distanciation avec l'expérience subjective permettant le passage d'un vécu médical à son inscription dans une sphère sociale. Au-delà de l'outil diagnostique que peut représenter un manuel comme le DSM, il participe à la compréhension des comportements humains dans leur dimension sociale. C'est-à-dire que la maladie mentale est une expérience de santé, mais aussi un élément déterminant la relation de la personne au monde qui l'entoure. La maladie mentale est donc à la fois une névrose, une schizophrénie, un trouble de l'humeur, mais aussi une façon de se représenter le monde (hallucinations, interprétations...), d'être en relation avec les personnes qui constituent l'environnement (par la communication, la violence, le repli...), que de s'inscrire socialement (prise en charge, possibilités ou non de travailler, capacités d'adaptation...).

La description et le classement sont par excellence le lieu de construction du phénomène social, au sens d'objectivation de l'expérience individuelle. Nous verrons donc comment ces catégories ont été le point d'accroche de la construction du concept de handicap en tant que phénomène social à étudier.

Attachons-nous pour l'instant à prendre connaissance de ce que recèlent ces catégories de maladies mentales ou troubles psychiques, pour mieux approcher l'expérience de santé mentale.

2. Le modèle de la psychopathologie

Une des propositions reconnues par la psychiatrie, est celle du champ de la psychopathologie largement inspirée des théories psychanalytiques.

Trois grands axes de la psychopathologie se rapportant au courant psychodynamique (principalement la psychanalyse) sont aujourd'hui reconnus comme une des classifications des maladies mentales. Appuyons-nous sur les grandes catégories repérées pour comprendre l'expérience de santé des personnes handicapées psychiques.

a) Les névroses

Les névroses sont des affections psychiques caractérisées par une souffrance et des troubles s'exprimant sous forme psychique (plainte) et/ou somatique et/ou comportementale. Cependant, le sujet garde le contact avec la réalité et reconnaît ses troubles comme étant de nature « anormale ».

Le concept de névrose est particulièrement lié à la psychanalyse qui la définit comme : « une affection psychogène où les symptômes sont l'expression symbolique d'un conflit psychique trouvant ses racines dans l'histoire infantile du sujet et constituant un compromis entre désir et défense » (Laplanche et Pontalis, 1967 in Bergeret, 1998, p. 137).

Ce qui caractérise la névrose dans le modèle psychanalytique est l'importance donnée aux facteurs psychologiques, à l'histoire du sujet, à sa personnalité pour en déterminer la genèse.

La théorie psychanalytique présente généralement les névroses en quatre groupes :

- les névroses phobiques qui correspondent à une anxiété déclenchée par un objet (couteau, animal...), une situation (foule, espace...) ou une personne, n'ayant pas en eux-mêmes de caractère objectivement dangereux et conduisant à un comportement d'évitement de ceux-ci. L'anxiété disparaît en dehors de l'objet, de la situation ou de la personne.
- L'hystérie est la pathologie psychiatrique qui a suscité le plus de controverses. Selon la théorie psychanalytique, elle correspondrait à un échec de la résolution du complexe d'Oedipe et une forme particulière d'aménagement de l'angoisse de castration liée au caractère incestueux des désirs sexuels. Elle est caractérisée par un « mode d'être » où dominant l'hyper expressivité (théâtralisme), la séduction et des manifestations somatiques parfois spectaculaires.
- Les névroses obsessionnelles sont marquées par des obsessions (pensées qui s'imposent de façon insistante et incoercible) et des compulsions (actes répressifs qui s'imposent au sujet et qu'il ne peut s'empêcher d'accomplir bien que leur caractère « décalé » soit reconnu).
- Les névroses d'angoisse reposent sur un fond permanent d'anxiété avec des crises d'angoisse aiguës ; l'angoisse étant définie par « l'ensemble des troubles physiques qui concourent à donner à l'anxieux l'impression qu'il est serré dans un étau, étranglé, tordu, aux portes mêmes de la mort » (Bergeret, 1998, p.148).

La psychiatrie actuelle ne rejette pas cette classification mais se démarque de la psychanalyse quant aux modèles étiologiques retenus. Par ailleurs, la psychopathologie parlera plus volontiers de troubles paniques et d'anxiété généralisée plutôt que de névrose d'angoisse, de troubles phobiques, et de troubles obsessionnels compulsifs plutôt que de névroses phobiques. Nous développerons cette rupture par la suite.

b) Les psychoses

Elles sont généralement considérées comme plus graves que les névroses, car l'altération de la personnalité est plus profonde. Le rapport du sujet à la réalité est radicalement et durablement modifié. La psychose se caractérise par la perte de contact avec la réalité, la méconnaissance de l'état morbide (anosognosie) et le pronostic relativement sombre de la maladie.

Ce qui va fondamentalement distinguer la psychose de la névrose est donc l'activité délirante de la personne qui la vit comme s'il s'agissait de la réalité. La psychose est la maladie anciennement qualifiée d'aliénation ou de « folie ». Des ouvrages de référence en psychopathologie comme celui de J. Bergeret (1998) retiennent plutôt le concept de structure psychotique dans un rapport clinique au patient que la psychose en tant que maladie.

Classiquement, on différencie les psychoses en sous-groupes :

- La paranoïa est une psychose chronique dont le phénomène essentiel est l'interprétation délirante de la réalité (principalement avec des thématiques de jalousie ou de persécution) avec toutefois la conservation d'une clarté et d'une cohérence dans la pensée.
- La schizophrénie regroupe un ensemble de troubles mentaux graves, caractérisés par leur évolution chronique et par l'association en proportion variable d'un syndrome de désorganisation (discordance), de distorsion de la réalité (hallucinations, délires) et d'appauvrissement (apragmatisme, froideur affective, retrait autistique). C'est ce phénomène de dissociation entre la pensée, les affects et les actes qui touche l'ensemble de l'unité du sujet et le rend « bizarre » et hermétique.
- La psychose délirante aiguë ou bouffée délirante aiguë se caractérise par la présence d'éléments délirants sur une durée relativement courte (inférieure à 6 mois). Des troubles d'idées conduisent à une perception et un jugement erronés de la réalité, fréquemment accompagnés d'hallucinations visuelles et/ou auditives.

- La psychose maniaco-dépressive, ou troubles bi-polaires, est une affection de l'humeur (disposition affective de base qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur). C'est l'alternance de syndromes dépressifs (marqués par une tristesse pathologique, la perte du goût de vivre et une distance affective avec le monde qui nous entoure), et de phases maniaques (dérèglement de l'humeur dans le sens de l'exaltation et de l'euphorie marqué par une hyperactivité, une fuite des idées et un hyper-hédonisme).

En marge des tableaux cliniques classiques de la lignée névrotique ou psychotique, des formes pathologiques mal répertoriées font l'objet de diagnostics psychiatriques. On parle alors « d'états limites », de « cas-limites » ou de « border-lines ». Les manifestations « limites » sont des troubles de la personnalité marqués par l'immaturité affective, la labilité émotionnelle, la dépression.

D'autres maladies mentales sont reconnues par la psychiatrie sous les termes de « personnalités pathologiques » comme les « états limites » et marquées par des troubles de l'identité et des relations avec autrui. Ces pathologies sont multiples et font l'objet de plusieurs approches : les personnalités psychopathiques (ou antisociales), les personnalités narcissiques, les troubles de la sexualité ou des comportements alimentaires ou encore les troubles liés à l'alcoolisme.

Ce troisième champ aux contours flous révèle les limites théoriques de la définition des maladies mentales, et la relativité de ce concept.

3. Les classifications dites « a-théoriques »

La plus récente évolution de la reconnaissance de la maladie mentale comme phénomène social est celle proposée par le DSM IV³¹. Portée par un souci pragmatique, l'association américaine de psychiatrie propose dans les années 1990 un outil de classification, prétendu « a-théorique », qui vise à décrire les symptômes et à les regrouper. Ainsi y sont décrits les troubles de façon systématique pour permettre un diagnostic le plus neutre possible.

L'originalité de ce manuel de psychiatrie réside dans son souci de « scientificité ». Il décline un ensemble de symptômes « objectifs » (liés à des événements ou manifestations clairs de la maladie) et rejette toute référence théorique ou étiologique. Le terme de névrose, par exemple, a été banni du manuel, puisqu'il renvoie à une théorie (la théorie psychanalytique), même si les symptômes névrotiques y sont malgré tout décrits (notamment l'anxiété).

³¹ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux, 4^{ème} édition (Version Internationale, Washington DC, 1995), Traduction française par J.-D. Guelfi et al., Paris : Masson, 1996. 1056 p.

Le travail catégoriel proposé par le DSM IV est en fait le prolongement de la nomenclature établie par l'Organisation Mondiale de la Santé dans la Classification Internationale des Maladies (CIM). La CIM-10 (10^{ème} révision publiée en 1992) comprend un chapitre consacré aux troubles mentaux. Elle comporte un système de codification officielle et permet de délimiter des catégories pour faciliter la collecte des statistiques de base sur la santé.

Ainsi, les confrontations théoriques entre névroses ou psychoses, ou troubles du comportement, sont éclipsées par des catégories descriptives.

Ainsi la CIM-10 retient une dizaine de « familles » de troubles dans son chapitre V :

Troubles mentaux et du comportement (F00-F99)

F00-F09 troubles mentaux organiques, y compris les troubles somatiques

F10-F19 troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives

F20-F29 schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants

F30-F39 troubles de l'humeur (affectifs)

F40-F49 troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes

F50-F59 syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques

F60-F69 troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte

F70-F79 retard mental

F80-F89 troubles du développement psychologique

F90-F98 troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence

- trouble mental, sans précision

La nomenclature proposée par le DSM IV est un peu plus détaillée

- Les troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence
- Delirium, Démence, Trouble amnésique et autre Troubles cognitifs
- Troubles mentaux dus à une affection médicale générale
- Troubles liés à une substance
- Schizophrénie et autre Troubles psychotiques
- Troubles de l'humeur
- Troubles anxieux
- Troubles somatoformes

- Troubles factices
- Troubles dissociatifs
- Troubles sexuels et Troubles de l'identité sexuelle
- Troubles des conduites alimentaires
- Troubles du sommeil
- Troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs
- Troubles de l'adaptation
- Troubles de la personnalité

Nous remarquons donc l'absence d'utilisation des termes de maladies, de névroses ou psychoses, mais bien un catalogue déclinant les différentes formes de troubles mentaux. Ainsi la névrose disparaît au profit de troubles anxieux ou somatoformes, la maniaco-dépression devient une forme de trouble de l'humeur et les « états limites » l'expression de troubles de l'adaptation ou de la personnalité.

Cette nomenclature constitue une référence dans l'univers médical et social, malgré toutes les critiques apportées par la psychiatrie, notamment analytique, à une telle démarche de catégorisation de la diversité et subjectivité humaines.

4. Dans l'usage, la référence au DSM IV

Dans le domaine médical, la référence au DSM IV est utilisée notamment par les médecins du travail. L'ouvrage du collectif de médecins et de psychologues de l'association Cinergie, « Maladies psychiques et vie sociale : Réflexions sur l'emploi » (Aït-Ali, Lesieur, 2006) est une référence dans le domaine de la santé mentale. Ils s'appuient sur le DSM IV pour référencer et définir les différentes maladies mentales rencontrées dans l'emploi et les problèmes d'insertion sociale qu'elles posent aux personnes.

Les familles de troubles du DSM IV retenues sont les suivantes :

a) Les troubles psychotiques aigus

Seules les bouffées délirantes sont décrites dans cette famille de maladies, dans la mesure où elles peuvent évoluer vers une psychose chronique. Elles sont caractérisées par « l'éclosion secondaire d'un délire transitoire généralement polymorphe dans ses thèmes et ses mécanismes » (*ibid.*, p. 8). C'est une expérience brutale de délire riche et variable (persécution, grandeur, possession, puissance, influence...) qui est vécu avec une conviction totale. C'est un trouble qui peut guérir rapidement mais peut aussi récidiver et l'évolution se fait vers la chronicisation dans un cas sur quatre.

b) Les troubles psychotiques chroniques

La schizophrénie est la principale affection chronique grave. Elle est décrite comme une « transformation profonde et progressive de la personnalité qui cesse de construire son monde en communication avec autrui pour se perdre dans un chaos imaginaire » (*ibid.*, p. 10). Cliniquement, elle réalise un ensemble de troubles où dominent la discordance, l'incohérence, l'ambivalence, l'autisme, les idées délirantes, les hallucinations mal systématisées et de profondes perturbations affectives dans le sens du détachement et de l'étrangeté des sentiments. Cette affection se manifeste notamment par une angoisse existentielle intense et s'accompagne parfois de troubles déficitaires (troubles cognitifs, lenteur idéatoire et d'exécution, retrait autistique). Les auteurs, dans un chapitre entier consacré au « travail avec une schizophrénie », déclarent qu'il est « extrêmement dur d'envisager une réinsertion professionnelle en milieu ordinaire de travail » du fait des comportements « déviants » et « dérangeants » pour l'entourage professionnel et des problèmes déficitaires qui diminuent l'efficacité de la personne (*ibid.*, p. 54).

Les délires chroniques (non schizophréniques) reposent sur différents mécanismes délirants qui se différencient de la schizophrénie par l'absence de dislocation profonde de la personnalité. Le DSM IV les regroupe dans une catégorie qualifiée de « troubles délirants », et n'y inclut pas les psychoses hallucinatoires et les paraphrénies. Ils se manifestent principalement par des délires paranoïaques caractérisés par une rigidité, une méfiance, une survalorisation de soi, une fausseté de jugement qui s'organise dans un système cohérent et construit. La psychose hallucinatoire chronique est un délire qui est caractérisé par la prévalence de mécanismes hallucinatoires (troubles de la perception). Les paraphrénies s'illustrent par une juxtaposition du monde délirant et du monde réel mais qui peuvent tout à fait s'adapter à la réalité extérieure (*ibid.*, p. 13).

c) Les troubles de l'humeur

Ce sont les troubles les plus couramment observés en psychiatrie et en médecine générale.

Les troubles bi-polaires (anciennement désignée maniaco-dépression) sont caractérisés par l'alternance d'accès dépressifs (mélancolie) et des accès d'excitation (manie).

Les états dépressifs représentent le syndrome le plus fréquent de la pathologie psychiatrique courante. Selon les auteurs, « ils posent un problème nosographique, n'étant l'apanage d'aucune structure. Ils peuvent être réactionnels chez un sujet sain, comme survenir chez une personne anxieuse, phobique, obsessionnelle, histrionique ou psychotique » (*ibid.*, p. 17). Ils ont des répercussions sur l'ensemble de la vie de la personne du fait d'un ralentissement psychomoteur, une perte de l'élan vital, des pensées et conduites suicidaires. L'impact sur la vie professionnelle semble porter sur le changement de caractère

de la personne et un ralentissement psychomoteur qui entravent le travail. L'arrêt de travail est la préconisation retenue face aux difficultés de concentration et d'exécution des tâches.

d) Les troubles anxieux

On retrouve un certain nombre de traits communs entre les troubles anxieux et le terme générique antérieur de névrose : ils n'altèrent pas le système de réalité, ils déterminent des troubles du comportement parfois invalidants mais mineurs au regard des troubles délirants, et ils n'altèrent pas les capacités intellectuelles des sujets (*ibid.*, p. 17).

Les troubles de conversion sont un des troubles anxieux autrefois appelé « névrose hystérique » ou « hystérie de conversion » (*ibid.*, p. 18). C'est une affection à manifestations polymorphes dont l'originalité réside dans l'expression symbolique des conflits par des symptômes corporels et psychiques variés, paroxystiques ou durables (paralysie, contractures, états seconds, spasmophilie, somnambulisme) avec une tendance dépressive et des troubles de la sexualité.

e) Les états démentiels

La démence est classiquement un affaiblissement psychique progressif, global, profond, qui altère les fonctions intellectuelles basales et désintègre les conduites sociales à tel point que le malade finit par perdre complètement son autonomie. Elle résulte d'un processus organique acquis, déficitaire, progressif, évoluant vers la mort. Dans certaines étiologies, elle peut cependant être curable. Les auteurs envisagent cette pathologie comme menant inévitablement à une sortie du monde du travail (*ibid.*, p. 22).

f) Les personnalités pathologiques

La personnalité est définie comme le résultat chez un sujet donné de l'intégration dynamique des composantes cognitives, pulsionnelles et émotionnelles. Elle devient pathologique lorsqu'elle se rigidifie, entraînant des réponses inadaptées, source de souffrance pour le sujet et d'une altération significative de son fonctionnement social. Les auteurs signalent une « insertion professionnelle satisfaisante lorsque l'orientation professionnelle est bien choisie » même si « l'intégration dans le monde du travail peut parfois poser de nombreux problèmes relationnels et même évoluer vers une décompensation psychiatrique » (*ibid.*, p. 103).

5. De la maladie mentale aux troubles mentaux

Le DSM IV et la CIM 10 constituent aujourd'hui un corpus commun de la palette des troubles mentaux et psychiques. Ces grilles de lecture, reconnues au niveau international, permettent de lever l'ambiguïté de certains termes psychiatriques. Elles instaurent une terminologie commune dépassant, dans une certaine mesure, les conflits idéologiques. Par ailleurs, elles proposent un modèle d'objectivation de la maladie qui en fait un objet social à étudier comme phénomène sociologique. Il s'agit donc de s'appuyer sur ces classifications pour s'accorder sur les termes de notre propos et les caractéristiques de notre population : des personnes atteintes de troubles mentaux. D'un point de vue analytique, ces grilles apportent non seulement un outil de description et de désignation de l'expérience sociale, mais également un référentiel comportemental par rapport à la norme des sociétés occidentales.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, ces troubles peuvent être, selon les écoles, les courants, les médecins, le fait de névroses, psychoses, ou autres troubles de la personnalité. Mais quels sont-ils concrètement ?

Aucune définition ne spécifie de façon adéquate les limites précises du concept de « trouble mental ». En revanche, l'association américaine de psychiatrie en propose une définition retenue pour le DSM IV : « Chaque trouble mental est conçu comme un modèle ou un syndrome comportemental ou psychologique cliniquement significatif, survenant chez un individu et associé à une détresse concomitante (par exemple symptôme de souffrance) ou à un handicap (par exemple, altération d'un ou plusieurs domaines du fonctionnement) ou à un risque significativement élevé de décès, de souffrance, de handicap ou de perte importante de liberté. De plus, ce modèle ou syndrome ne doit pas être simplement la réponse attendue et culturellement admise à un événement particulier, par exemple le décès d'un être cher. Qu'elle qu'en soit la cause originelle, il doit être considéré comme la manifestation d'un dysfonctionnement comportemental psychologique ou biologique de l'individu. Ni un comportement déviant (par exemple politique, religieux ou sexuel) ni des conflits existant essentiellement entre l'individu et la société ne sont des troubles mentaux, sauf si la déviance ou le conflit est le symptôme d'un dysfonctionnement chez l'individu considéré » (1996, p. 28).

C'est finalement une dilution du concept de maladie mentale qui a petit à petit soldé les conflits théoriques, au profit d'une nouvelle terminologie plus globalisante : troubles mentaux, souffrance psychique, difficultés psychiques...Les progrès thérapeutiques, notamment de la pharmacopée, et la réinscription de la psychiatrie dans la « cité » avec la sectorisation, ont en partie déplacé le champ de la santé mentale, d'une expertise médicale vers une considération de la place de la personne malade et de son insertion sociale. En ce sens, l'utilisation des termes de « troubles mentaux » ou de « souffrance psychique », symbolise l'élargissement du périmètre d'action de la psychiatrie. Elle ne se centre plus prioritairement sur la définition de la pathologie et de son inscription organique, mais commence à prendre en considération l'aspect global de la maladie intégrant la relation avec le monde qui entoure le

malade. La psychiatrie ne peut plus être un dispositif caché, dissocié, différencié du traitement de la santé mentale par la société toute entière.

Dans ce contexte, la définition des troubles psychiques et mentaux, au-delà des catégories de maladies, est celle retenue dans la construction du concept de handicap psychique. Le guide barème³² recommande explicitement la référence à la Classification Internationale des Maladies comme un outil de base pour l'expert en charge de l'évaluation. Ainsi, dans le champ de la santé mentale, ce sont les troubles mentaux et du comportement qui sont considérés.

L'approche par les troubles mentaux permet de dépasser le conflit étiologique et thérapeutique de la maladie, il la réinscrit dans une dimension sociale, par la prise en compte de l'impact de la maladie sur la vie de la personne en termes de souffrance, de perte d'autonomie ou de risque de vie.

³² Le guide barème est un outil d'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées utilisé par les Commissions départementales d'éducation spéciale (CDES) et les Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) depuis 1993 pour déterminer le taux d'incapacité des demandeurs d'une reconnaissance de leur handicap.

II. La modélisation du handicap et la santé mentale

Nous avons vu comment les classifications internationales tentent de délimiter les frontières de la pathologie psychique pour l'objectiver comme expérience de santé. Contrairement à d'autres champs médicaux, les limites sont mouvantes entre les différentes définitions des pathologies psychiatriques. Dans ce contexte, les concepts de maladie mentale et de troubles psychiques semblent proposer des cadres à la fois trop rigides et incertains.

Cette incertitude nosographique se retrouve-t-elle pour le handicap et l'évaluation de celui-ci ? Dans quelle mesure les modèles de compréhension du handicap rendent-ils compte de façon pertinente de la problématique d'insertion de la personne handicapée psychique ?

A. Objectiver une expérience de santé mentale : la notion de handicap psychique

De la même façon que la question des contours de la maladie mentale et des troubles psychiques vient d'être posée, nous prolongerons cette réflexion dans le champ social du handicap, afin de délimiter notre objet : le handicap psychique. Pour cela, c'est la conception même du handicap qui doit être réinterrogée, notamment à partir de celle proposée par Philip Wood³³, et ce en tant que référence aux multiples outils d'évaluation et de définition du handicap. Partant de cette modélisation, c'est la consistance même du concept de handicap psychique que nous allons questionner.

1. Le handicap psychique : une définition inscrite dans la loi?

La loi Handicap du 11 février 2005, propose dans l'Article L. 114 du Code de l'action sociale et des familles une définition du handicap comme suit :

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un poly-handicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

³³ Ce sont les travaux du Professeur Philip Wood, de l'Université de Manchester qui sont à l'origine de la Classification Internationale des Handicaps, élaborée par l'OMS au début des années 80.

Contrairement à ce qui a souvent été annoncé comme apport de la nouvelle loi en faveur des personnes handicapées, celle-ci ne définit pas le handicap psychique en tant que tel mais propose une reconnaissance de l'altération des fonctions psychiques comme composante étiologique du handicap. Cette reconnaissance a comme conséquence directe la désignation d'une nouvelle famille de handicaps. Elle a comme impact à plus long terme la mobilisation de moyens et dispositifs spécifiquement dédiés à cette population³⁴. Pour autant, cette définition élargie du handicap, par rapport à celle proposée par la loi de 1975, reprend en partie les conceptions médicales de l'OMS à travers la modélisation de la CIH.

Rapprochons ces définitions du handicap, de l'expérience de santé mentale que nous avons explorée précédemment. Dans le cas du handicap psychique cette définition semble ambiguë notamment par rapport à la notion d'altération des fonctions psychiques. Quelles sont ces altérations ? Comment les évaluer ? Un trouble psychique défini par le DSM IV ou la CIM 10 constitue-t-il automatiquement une altération des fonctions psychiques ? Une maladie mentale diagnostiquée comme la schizophrénie et traitée par des psychotropes est-elle systématiquement reconnue comme une altération des fonctions psychiques alors que les symptômes ont disparu ? Par extension, comment évaluer et mesurer les altérations psychiques considérant les incertitudes quant au diagnostic médical dans le champ de la psychiatrie ?

On y retrouve en fait le modèle bi-dimensionnel à l'origine proposé par l'OMS qui établit le cadre de cette définition : l'idée qu'une « maladie / un trouble engendre une déficience fonctionnelle et organique, qui à son tour mène à une incapacité sur le plan comportemental et des activités de la personne, laquelle conduit à un ou des désavantages (handicap) par rapport aux rôles sociaux » (Houillon, 2004, p. 120). Soit, si l'on reprend la définition du handicap proposée par la loi de 2005, l'altération des fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques recouvrirait la déficience, tandis que la limitation d'activité rejoindrait l'incapacité et la restriction à la participation à la vie en société, le désavantage (handicap).

Même si la nouvelle loi de 2005 apporte une dimension plus complexe du handicap, et non plus arrimée à la déficience de la personne, c'est bien le lien de causalité entre une altération des fonctions psychiques et les capacités de participation au système social qui guide cette vision.

Le modèle de la Classification internationale des handicaps (CIH), malgré son caractère aujourd'hui obsolète a eu le mérite, un temps, de proposer un modèle descriptif de recueil des informations, d'analyse d'un processus pour envisager des stratégies d'aide et de soin.

Les travaux de Philip Wood s'attachaient à décrire les maladies et leurs conséquences selon un modèle descriptif formé de quatre plans d'expériences³⁵. Dans ce modèle, les phénomènes morbides ou

³⁴ Nous approfondirons en détail dans la suite de ce chapitre les enjeux socio-politiques d'une telle reconnaissance.

³⁵ Les 4 plans d'expérience de Philip Wood : la maladie, la déficience, l'incapacité et le désavantage (handicap).

psychopathologiques sont pris en considération dans le registre de la maladie. C'est là qu'est posé le diagnostic. Les atteintes d'organes ou de fonctions sont appelées déficiences. Les limitations des gestes et activités de la vie ordinaire engagent la personne dans son ensemble, animée par une intention ou un but : on les appelle les incapacités. Enfin, les limitations au libre exercice des rôles sociaux défavorisent la personne par rapport à la situation qui serait la sienne si elle était bien portante. Il s'agit du désavantage social, dans quelques dimensions majeures, choisies pour s'appliquer dans tous les pays : le besoin d'aide personnelle, la mobilité, l'occupation, le réseau social, les ressources financières (Chapireau, 2002).

Nous avons vu précédemment les limites d'une classification des maladies mentales. Tentons à travers ce modèle, d'explorer ce processus classificatoire et sa pertinence dans le champ de la santé mentale. La fragilité de la notion de maladie mentale dans le modèle du handicap suggère une incertitude quant à la pertinence du concept de handicap pour désigner une expérience de santé mentale déstabilisante. Etudions les différentes tensions existant entre ces deux registres et qui ont participé à la construction du concept de handicap psychique depuis plus de 30 ans.

2. Les limites du concept de déficience psychique

La déficience est définie par l'OMS (1988, p. 23) dans le domaine de la santé comme « une perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique ». Le terme de « déficience » est plus étendu que celui de « trouble » au sens où il inclut les pertes de substance. La déficience comprend entre autres, une anomalie, altération ou défaut du système fonctionnel du corps, y compris les systèmes de fonctionnement mental (*op. cit.*, p. 24) et n'indique pas nécessairement l'existence d'une maladie mais correspond néanmoins à « une déviation par rapport à une certaine norme biomédicale de l'individu » (*op. cit.*, p. 24).

La CIH dénombre neuf grandes catégories de déficiences répertoriées comme suit (OMS, 1988, pp. 44-47) :

- Déficiences intellectuelles
- Autres déficiences du psychisme
- Déficiences du langage et de la parole
- Déficiences auditives
- Déficiences de l'appareil oculaire
- Déficiences des autres organes
- Déficiences du squelette et de l'appareil de soutien
- Déficiences esthétiques
- Déficiences des fonctions générales, sensibles et autres déficiences.

Une catégorie à part entière est donc consacrée au psychisme. Il est intéressant de remarquer que celle-ci est désignée comme une sous-catégorie des déficiences intellectuelles (« autres déficiences... »), introduisant une fois de plus une confusion avec les déficiences de l'intelligence, de la mémoire et de la pensée. Par ailleurs, considérant l'origine des travaux de Philip Wood dès les années 70, ces classifications révèlent la reconnaissance des troubles psychiques comme cause potentielle d'un handicap dès les débuts de la modélisation.

La catégorie des déficiences du psychisme est elle-même redécoupée en quatre dimensions :

- les déficiences de la conscience et de l'état de veille
- les déficiences de la perception et de l'attention
- les déficiences des fonctions émotives et volitionnelles
- les déficiences du comportement.

Nous y retrouvons en fait les principales familles de symptômes de psychopathologie pour décrire les manifestations des maladies mentales.

L'enquête « Handicaps, incapacités, dépendance » (HID) reprend le modèle du handicap de l'OMS autour du lien entre la maladie, la déficience, l'incapacité et le désavantage comme élément de compréhension du handicap mais avec une définition autre de la déficience : « Les déficiences sont les pertes (amputations, scléroses...) ou dysfonctionnements des diverses parties du corps ou du cerveau. Elles résultent en général d'une maladie (au sens large). Une notion voisine plus couramment utilisée est celle d'invalidité » (Mormiche, 2000, p. 2).

Un volet de l'étude avait pour objectif de comptabiliser les déficiences, non pas évaluées par un expert médical, mais « telles qu'elles sont ressenties par les personnes interrogées » (Ralle, 2003, p. 55). À partir de la réponse à la question « rencontrez-vous dans la vie de tous les jours des difficultés, qu'elles soient physiques, sensorielles, intellectuelles ou mentales » (*op. cit.*, p. 55), une liste de quarante-huit déficiences a été élaborée. Trois catégories concernent la déficience psychique :

- les troubles du comportement, de la personnalité et des capacités relationnelles
- les troubles de l'humeur, dépression...
- autres troubles psychiques (*y.c.* maladie mentale non classée...).

Notons que les catégories de déficiences retenues ne reprennent que très partiellement (autour des troubles du comportement) celles proposées par la définition du handicap de la CIH, en revanche, elles se rapprochent des tableaux cliniques proposés par la CIM 10 dans la catégorie des troubles mentaux et du comportement³⁶. En outre, ce n'est pas le terme de « déficience » qui est retenu, contrairement

³⁶ On y retrouve entre autres les troubles de l'humeur (affectifs) en F30-F39 et les troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte en F60-F69

aux autres catégories comme par exemple les déficiences motrices, auditives ou visuelles, ou encore respiratoires, cardio-vasculaires, etc...mais bien celui de « troubles ».

Ce qui frappe également dans cette étude, c'est la prévalence importante de ces troubles dans les déclarations des personnes interrogées. En effet, 7,49 % des personnes vivant à domicile déclarent une déficience psychique dans l'une des trois catégories citées précédemment. Ce taux de prévalence s'inscrit dans les premières causes de déficience avec celle liées à des déficiences du tronc (7,12 %), de la malentendance (6,48 %), et cardio-vasculaires (6,42 %) (*op. cit.*, p.56-57).

Ces divergences taxinomiques de la déficience mettent malgré tout en exergue des représentations communes. Tout d'abord apparaît l'idée que la déficience répond à un stigmat, un marquage corporel qui touche la santé et qui la dégrade. Elle correspond donc à un manque, une entrave par rapport à un idéal de santé et génère nécessairement des représentations négatives. Dans ce contexte, on peut dire qu'elle propose un cadre à la fois normatif et médical au modèle de compréhension du handicap.

Par rapport à la déficience plus particulière du psychisme, une indétermination catégorielle se fait sentir. Celle-ci semble ancrée, dans la CIH, sur un modèle psychiatrique et psychopathologique à prétention objectivante, tout en établissant des catégories extrêmement vastes et floues. De son côté, l'enquête HID, bien au contraire, s'appuie sur le sentiment des personnes interrogées. Elle prend finalement en considération le vécu subjectif par rapport à l'idée que les personnes se font de leur santé. La catégorie la plus importante de troubles ressentis est celle des « autres troubles psychiques » (*y.c.* maladie mentale non classée...), et non les « troubles du comportement » ou les « troubles de l'humeur » (Ralle, 2003, p. 55). Cette catégorie des « troubles psychiques » porte moins clairement une dimension normative et médicale, mais ne semble pas nécessairement répondre à l'expérience de santé mentale des personnes interrogées (considérant le nombre de réponses à la vaste catégorie des « autres troubles psychiques » soit 5,44 %, et respectivement 0,15 % et 1,90 % pour les deux autres catégories) (*ibid.*).

Le champ de la déficience psychique semble bien incertain et nous renvoie à une expérience médicale située au niveau du cerveau (définition de HID), ou au niveau du fonctionnement mental. L'ambiguïté terminologique qui lui est associée (déficience, troubles) fait écho aux limites de l'évaluation et de la classification en psychiatrie. Les cadres nosographiques incertains en psychopathologie et en psychiatrie posent les limites d'un tel système de modélisation de la déficience.

3. L'incapacité comme approche de l'expérience de santé mentale

Prolongeons cette tentative de compréhension et de délimitation du handicap psychique en explorant le champ des incapacités. Celles-ci sont définies par l'OMS comme « toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon, ou dans des limites considérées comme normales pour une être humain » (*op. cit.*, p. 135). L'incapacité s'attache à l'activité

ou le comportement d'un individu et ne porte donc plus d'inscription corporelle ou médicale : « l'incapacité correspond à un écart par rapport à la norme en termes d'action de l'individu, et non pas d'un organe ou d'un mécanisme » (*op. cit.*, p. 25). Elle s'inscrit dans un lien de causalité par rapport à la déficience qui va être à l'origine de l'incapacité mais rompt avec cette perspective de limitation fonctionnelle. « Elle concerne les activités parcellaires ou intégrées que l'on attend d'une personne ou du corps dans son ensemble, les compétences techniques et les comportements » (*ibid.*). Elle s'intéresse à ce qui se passe dans la pratique. Cela comprend par exemple des perturbations du comportement, des soins corporels, de l'accomplissement, des autres activités de la vie quotidienne et de la locomotion.

Dans la définition même de l'incapacité, on voit apparaître l'idée de comportement et de dimension psychologique. En effet, l'OMS précise bien que les « incapacités peuvent être, soit la conséquence directe de déficiences, soit une réponse de l'individu en particulier au niveau psychologique, à une déficience physique, sensorielle ou autre » (*op. cit.*, p. 135). Elle s'annonce plus proche des observations cliniques dans le champ de la maladie mentale et des troubles psychiques que la notion de déficience.

Neuf grandes catégories sont identifiées dans la CIH (OMS, 1988, p. 136-138):

- Incapacités concernant le comportement
- Incapacités concernant la communication
- Incapacités concernant les soins corporels
- Incapacités concernant la locomotion
- Incapacités concernant l'utilisation du corps dans certaines tâches
- Maladresse
- Incapacités révélées par certaines situations
- Incapacités concernant des aptitudes particulières
- Autres restrictions d'activités.

Cette proposition taxinomique regroupe les différents champs des activités de la vie quotidienne dans leur « expression objective » (*op. cit.*, p. 25). En ce qui concerne les troubles psychiques et la maladie mentale, c'est la première catégorie qui semble le mieux refléter la réalité quotidienne des personnes : les incapacités comportementales concernant la conscience, et les relations. Au regard des descriptions des symptômes des maladies mentales et de la définition des troubles mentaux par le DSM IV (1996), qui évoquent notamment des « syndromes comportementaux », des interprétations délirantes de la réalité ou des hallucinations, des attitudes de repli, d'isolement ou au contraire d'hyper expressivité, les incapacités comportementales semblent rendre compte des problèmes posés par la manifestation des troubles psychiques.

Il faut noter que cette catégorie permet de donner une vision de la maladie ou des troubles, mais que la pertinence de ces catégories d'incapacités réside dans la prise en compte de la personne dans son ensemble et non plus uniquement par rapport à ses caractéristiques médicales. Ainsi, dans le cas de la

santé mentale, on peut retrouver des incapacités dans chacune des catégories. C'est bien une des caractéristiques des troubles psychiques et de la maladie mentale que de s'exprimer dans l'ensemble des activités de la personne, comme nous le verrons par la suite³⁷. Ainsi, les incapacités ont le mérite de rendre compte des difficultés potentielles que la personne va pouvoir rencontrer dans sa vie quotidienne, à différents niveaux.

La pertinence de la définition des incapacités de l'OMS, par rapport au handicap psychique, réside dans l'introduction d'une temporalité qui évalue ainsi la situation dans un processus dynamique qui rend mieux compte du caractère évolutif et changeant des troubles psychiques : « une incapacité peut être permanente ou temporaire, réversible ou irréversible, progressive, stable ou régressive » (OMS, 1988, p. 25).

La définition des incapacités proposée par P. Mormiche dans l'enquête HID est la suivante : « les incapacités sont les difficultés ou impossibilités de réaliser des actes élémentaires comme se tenir debout, s'habiller, parler...Elles résultent en général d'une ou plusieurs déficiences » (*op. cit.*, 2000, p. 2). Paradoxalement, cette définition prise à la lettre ne rend pas nécessairement compte des difficultés de l'ensemble des personnes atteintes de troubles psychiques ou de maladies mentales. En effet, cette définition renvoie à des activités primaires et de première nécessité qui sont limitées pour une partie des personnes très lourdement touchées par une pathologie psychiatrique et vivant généralement en institution spécialisée. Ce champ d'incapacité, en revanche, ne rend pas compte des problèmes quotidiens de limitation des activités que peut générer la manifestation de troubles psychiques, sans pour autant les maintenir dans une grande dépendance. C'est pourquoi des grilles d'incapacités, selon les situations, peuvent être adaptées en fonction de la situation étudiée. C'est ce qu'ont fait M. Amar et S. Amira dans une analyse de l'accès à l'emploi de l'enquête HID (2003) comme nous le verrons par la suite³⁸.

L'intérêt de l'approche par les incapacités dans le cas du handicap psychique est incontestable par rapport à l'objectif de compréhension de la réalité du handicap psychique. Contrairement à la déficience, elle apporte une première réponse quant à l'impact des maladies mentales sur la vie de la personne dans son ensemble et à différents niveaux. Cependant, cette reconnaissance des incapacités comporte un paradoxe : dans un premier temps, ces catégories relativement étendues peuvent être utilisées comme des catégories « fourre-tout » dans le cas de la maladie où la manifestation des troubles dans la vie quotidienne est extrêmement diffuse. Par ailleurs, dans une perspective d'objectivation des activités, ces catégories semblent inappropriées car beaucoup trop imprécises et largement centrées sur des activités motrices et corporelles non directement concernées dans le cas des troubles psychiques.

³⁷ Les retentissements des troubles psychiques peuvent par exemple se manifester sous forme de paralysie partielle d'un membre et toucher ainsi les incapacités de locomotion, d'utilisation du corps ou maladresses. De même, il n'est pas rare de rencontrer des personnes agoraphobes qui entraîneront des incapacités dans certaines situations comme la proximité dans les transports en commun.

³⁸ Nous tenterons d'approcher la situation de handicap psychique dans l'emploi et nous appuierons alors sur l'apport de ces deux auteurs dans le cadre de l'enquête HID.

4. Le désavantage, une approche du handicap psychique ?

Le désavantage social, selon le modèle de l'OMS, résulte « pour un individu donné d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels » (*op. cit.*, p. 25). C'est ce désavantage qui constituerait le handicap d'une personne comme préjudice d'intégration. Le handicap devient un phénomène social dans la mesure où le désavantage est « caractérisé par une discordance entre l'activité de l'individu ou son statut, et ce que son groupe d'appartenance attend de lui » (*ibid.*, p. 26). Il se rapporte à la valeur attachée à la situation ou à l'expérience d'un individu quand elle s'écarte de la norme. « Le désavantage représente ainsi la socialisation d'une déficience ou d'une incapacité et reflète donc pour l'individu les conséquences culturelles, sociales, économiques et environnementales issues de la déficience ou de l'incapacité » (OMS, 1988, p. 179).

Contrairement à la déficience et aux incapacités, la CIH ne propose pas de classification des désavantages sociaux ou des individus mais plutôt « des conditions dans lesquelles les personnes frappées d'incapacité peuvent se trouver, ce qui place ces individus dans une situation désavantageuse par rapport à leurs pairs du point de vue des normes sociales » (*op. cit.*, p. 180). Ainsi, elle propose une liste des dimensions des désavantages autour de rôles de survie :

- Désavantages d'orientation
- Désavantages d'indépendance physique
- Désavantage de mobilité
- Désavantage d'occupations
- Désavantage d'intégration sociale
- Désavantages d'indépendance économique
- Autres désavantages.

Il s'agit non pas de classer les individus dans une des catégories proposées mais au contraire de les faire entrer dans chacune des dimensions pour obtenir ainsi un profil de leur désavantage social. Les dimensions retenues sont en fait les « problèmes les plus graves et les plus fréquents des personnes présentant une déficience ou une incapacité » (*op. cit.*, p. 36).

Dans le cas de la maladie mentale et des troubles psychiques, c'est principalement l'intégration sociale qui serait affectée. À une moindre échelle, nous verrons par la suite que c'est également la question de « l'occupation » et de la « dépendance économique » qui va limiter les possibilités d'exercice d'un rôle social. Nous pouvons néanmoins nous interroger sur les possibilités de codage de l'intégration sociale, dans la mesure où l'OMS ne propose comme sous-catégorie que la prise en compte de l'intensité des relations avec autrui, alors que dans le cas de troubles psychiques, par exemple, les relations peuvent

être très fortes ou très faibles, mais plus ou moins consensuelles, apaisées, équilibrées. Ces nuances ne peuvent être considérées selon les grilles proposées par l'OMS.

L'approche par le « désavantage » a le mérite de se situer dans une dimension à la fois culturelle et environnementale. L'OMS précise bien qu'il n'a de valeur qu'au regard de « normes culturelles » : « une personne peut être handicapée dans un groupe et pas dans un autre, le temps, l'endroit, le statut et le rôle étant tous des éléments de contribution » (*op. cit.* p. 25). Le désavantage se détermine par rapport aux autres avec une idée de « référentiel social ».

La définition du désavantage retenue par P. Mormiche pour l'enquête HID est celle des désavantages comme « les difficultés ou impossibilités que rencontre une personne à remplir les rôles sociaux auxquels elle peut aspirer, ou que la société attend d'elle » (*op. cit.*, 2000, p. 2). On retrouve là cette idée d'écart par rapport à une norme sociale définie par le groupe d'appartenance. En conséquence, le handicap serait le regroupement des trois domaines : la déficience, les incapacités et les désavantages : « dans chacun d'entre eux, l'atteinte peut être minime ou conséquente, voire réhabilitaire. Evaluer le nombre des personnes handicapées exige qu'on fixe un seuil minimal d'atteinte, décision arbitraire, susceptible de points de vue divers » (*ibid.*).

Deux dimensions émergent de cette définition. En premier lieu, apparaît l'idée d'attentes de la société vis-à-vis de l'individu devant se conformer à des règles collectives d'interaction à travers le rôle social. Le handicap serait donc une forme de déviance par rapport au tissu social. Dans le domaine du psychique, cette déviance se situerait à un niveau comportemental par rapport aux règles d'interactions « proposées » par la société. Comprendre le handicap psychique signifierait donc d'être capable de repérer la liste des comportements attendus et des règles d'interaction considérées comme des références, comme étalon du modèle collectif.

En second lieu, on retrouve cette vision normative autour de la notion de seuil. C'est-à-dire la capacité à définir une frontière entre ce qui est de l'ordre de l'acceptable, du courant, et ce qui est hors norme, hors des règles, marginal, déviant. Où se situe le curseur ? Comment le concevoir et l'inscrire dans une temporalité ? Cette limite pose problème dans le cas du handicap psychique étant donné la porosité des frontières entre le normal et le pathologique, et la discontinuité de la maladie mentale³⁹.

Définir le handicap psychique implique donc non seulement une capacité à évaluer les différents champs du handicap soit la déficience, les incapacités et les désavantages, mais également à établir un lien de causalité entre ces dimensions. Considérant les difficultés à la fois de diagnostic, de localisation, et de compréhension des troubles psychiques, la linéarité du lien de causalité proposé par la CIH est mis à mal par l'expérience de santé mentale, et du handicap psychique.

³⁹ Nous approfondirons l'enjeu de la non-fixité de la maladie mentale générant une singularité du handicap psychique dans un autre chapitre.

Enfin, nous pouvons poser la question de la pertinence des catégories et grilles d'évaluation proposées pour évaluer le handicap psychique. En effet, ce sont principalement les dimensions sensorielles, motrices et cognitives qui sont évoquées avec un impact sur l'indépendance des personnes. Considérant la prise en compte essentiellement médicale de la santé mentale, la réflexion sociale du handicap proposée par l'OMS ne semble pas avoir pris en compte la problématique psychique dans ce schéma du handicap.

La CIH proposait jusqu'à maintenant, une modélisation descriptive éclairante mais qui semble toucher ses limites pour la santé mentale. Elle donne en effet la prédominance à une problématique motrice et physiologique retenue à travers l'orientation médicale et organique du processus.

En raison du caractère obsolète de la CIH, la nouvelle Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) a été adoptée par l'OMS en 2001. Celle-ci a été pendant plus de vingt ans une référence internationale et permettait la mise en place des politiques d'accompagnement qui faisaient apparaître les priorités de l'action publique. En France, elle a été le principal outil d'étude et de compréhension du handicap notamment à travers l'enquête HID⁴⁰ qui s'appuyait sur cette modélisation. En ce sens, cette classification a joué un rôle déterminant dans la construction des représentations du handicap et des politiques en faveur des personnes. On voit ainsi apparaître l'intégration de la santé mentale dans le processus de modélisation.

⁴⁰ L'enquête nationale « Handicaps, incapacités, dépendance » (HID) a été dirigée par l'INSEE entre 1998 et 2001 dans le champ de la santé afin d'étudier pour la première fois les conséquences des problèmes de santé sur l'intégrité physique, la vie quotidienne et la vie sociale des personnes.

B. La prise en compte de la santé mentale dans la CIF

1. L'apport de la CIF

En mai 2001, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé et son acronyme « CIF »⁴¹. Cette classification a donc succédé à la CIH en renforçant la question de l'égalisation des chances et l'accès aux droits des personnes handicapées.

La CIF s'inscrit délibérément dans un principe d'universalisme comme principe conducteur et dont les coordonnateurs revendiquent un traitement non-différencié : « plutôt que d'identifier des besoins spéciaux qui requièrent une attention spéciale, nous avons besoin de voir que toutes les personnes ont des besoins qui varient de manière grossièrement prévisible, dans le cours de leur vie. La politique de l'incapacité n'est donc pas une politique pour quelque groupe minoritaire, c'est une politique pour tous » (Bickenbach, p. 1182 in Chapireau, 2002, p. 243).

Il résulte trois conséquences à la prise en compte de cette universalité, comme l'analyse F. Chapireau en tant que chercheur associé au Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la révision de la CIH. En premier lieu, la nouvelle classification devient une description universelle du fonctionnement humain, présentée de manière neutre. A partir de cette classification neutre se déduisent les limitations de fonctionnement, grâce à l'adjonction de « qualificateurs » qui indiquent la sévérité des limitations, le besoin d'aide, et l'effet de l'environnement. Ainsi « le handicap se comprend désormais comme une variation identifiable du fonctionnement humain » (*op. cit.*, p. 244).

Une deuxième innovation de la classification est l'introduction de la notion de « participation », qui concerne « tous les domaines de la vie humaine ». Il s'agit d'identifier puis de modifier des obstacles sociaux, et l'insuffisance des « facilitateurs » nécessaires, qui s'opposent à la pleine participation de tous. En vue de cet objectif (c'est la troisième innovation), la classification inclut désormais une large liste de facteurs environnementaux. (Chapireau, 2002).

2. La modélisation du handicap dans la CIF

La CIF propose une approche multidimensionnelle de la classification du fonctionnement et du handicap en tant que processus interactif et évolutif. Dans le contexte de la santé, elle retient différentes composantes qu'elle définit comme suit :

⁴¹ Organisation Mondiale de la Santé, *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*, Genève, 2001. 303 p.

- Les fonctions organiques désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques).
- Les structures anatomiques désignent les parties anatomiques du corps, telle que les organes, les membres et leurs composantes.
- Les déficiences désignent des problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique, tels qu'un écart ou une perte importante.
- Une activité désigne l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne.
- La participation désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle.
- Les limitations d'activité désignent les difficultés que rencontre une personne dans l'exécution d'activités.
- Les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer dans son implication dans une situation de vie réelle.
- Les facteurs environnementaux désignent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie (OMS, 2001, p. 10).

La CIF est constituée de deux parties, comprenant chacune deux composantes. La partie 1, intitulée « Fonctionnement et handicap » regroupe (a) les Fonctions organiques et Structures anatomiques, et (b) les Activités et Participation. La partie 2 prend en compte les Facteurs contextuels dont (c) les Facteurs environnementaux et (d) les Facteurs personnels.

C'est l'analyse de l'interaction entre ces différentes composantes qui doit servir de cadre descriptif du processus du fonctionnement et du handicap. Chaque composante peut être exprimée en termes positifs ou en termes négatifs.

3. L'apport de la CIF dans le champ de la santé mentale

Un des apports majeurs de la CIF réside dans sa proposition de prise en compte des « problèmes » rencontrés par les personnes handicapées plutôt que des « personnes » classées en fonction de leur déficience. Dans le champ de la santé mentale, cela permet d'introduire l'idée qu'une même limitation d'activité (handicap) peut être liée à diverses maladies ou à des altérations de fonctions différentes. Une maladie ou une altération de fonction peut aussi exister sans entraîner de limitation d'activité. Considérant les variations symptomatiques importantes associées aux troubles psychiques, cette approche permettrait de rendre compte de la diversité des vécus des personnes. Ce changement d'attitude laisse espérer une moindre stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiques.

En effet, une autre avancée remarquable par F. Chapiro est « l'affirmation, étayée par une recherche multicentrique internationale, selon laquelle les personnes souffrant de troubles mentaux sont l'objet d'une stigmatisation plus importante que les personnes souffrant de troubles physiques, et que les dispositifs d'aide et de soins sont généralement de moins bonne qualité pour les premières que pour les

secondes » (*op. cit.*, 2001, p. 245). Ainsi l'approche dite universaliste devrait en principe permettre de se prémunir contre les effets ségrégatifs des logiques de désignation.

Ces observations vont également dans le sens d'un effort de compréhension du handicap, non plus à partir des manques qui génèrent des représentations négatives, mais à partir d'une description distanciée de la situation par l'introduction d'une terminologie positive ou neutre pour codifier les catégories.

L'utilité d'une telle conception, dans le champ de la santé mentale, réside dans son approche situationnelle du handicap, notamment à travers la prise en compte des facteurs contextuels suivants :

- d'une part les facteurs environnementaux qui constituent « l'environnement physique, social et attitudinal » dans lequel les gens vivent et mènent leur vie. Ces facteurs sont externes à la personne et peuvent avoir une influence positive ou négative sur la performance de la personne, sur sa capacité, ou sur une fonction organique ou une structure anatomique (OMS, 2001, p. 17). Les facteurs environnementaux sont eux-mêmes divisés en deux niveaux : individuel ou sociétal.
- D'autre part les facteurs personnels qui représentent le cadre de vie particulier d'une personne, composé de caractéristiques qui ne font pas partie d'un problème de santé ou d'un des états de la santé.

Les facteurs personnels ne sont pas classifiés dans la CIF et sont uniquement repris dans le schéma du processus du fonctionnement et du handicap pour montrer qu'ils peuvent avoir un impact sur le résultat des diverses interventions (OMS, 2001).

En revanche, la qualité de l'environnement s'échelonne du « facilitateur optimal » à « l'obstacle complet » dans différentes catégories : produits et systèmes techniques, environnement naturel et changements apportés par l'homme à l'environnement, soutiens et relations attitudes, services, systèmes et politiques.

Cette revalorisation de l'environnement dans le cas du handicap psychique semble particulièrement importante si l'on reprend l'exemple donné par R. Baptiste dans son ouvrage sur la reconnaissance du handicap psychique:

« Le handicap psychique comme les autres formes de handicap est relatif à l'environnement. Des exemples simples en témoignent. Un cadre souffrant d'une phobie des ascenseurs n'aura aucun mal à exercer son travail s'il vit à la campagne. Par contre si son lieu de travail est situé dans une tour du quartier de la Défense à Paris, son handicap sera majeur.

On peut être guéri (ou stabilisé) d'un épisode psychiatrique, mais néanmoins être toujours tenu à l'écart, dans sa famille ou son entreprise, pour avoir été soigné dans un Centre hospitalier spécialisé » (*op. cit.*, 2005, p. 34).

Ces deux exemples rendent compte de la dimension environnementale du handicap psychique à la fois au niveau géographique et au niveau social.

Cette nouvelle modélisation du handicap légitime les propos d'E. Zarifian lorsqu'il écrit à propos de la maladie mentale « l'homme et sa pathologie sont inséparables de l'environnement. Celui-ci est constitué du milieu naturel ou artificiel et de ce qu'il contient, en particulier des substances nuisibles qui peuvent agir sur l'être humain » (Zarifian, 2000, p. 208).

De plus, l'approche intégrée autour des différentes représentations du fonctionnement selon un modèle « biopsychosocial » de la CIF (OMS, 2001, p. 21) rejoint la proposition de dépassement des conflits étiologiques dans le champ de la maladie mentale. Après un exposé des différentes façons de concevoir la maladie mentale, E. Zarifian propose des causalités multiples à la maladie mentale et qui exige donc des réponses diversifiées : « aujourd'hui il faut utiliser, face à la maladie mentale, toutes les ressources disponibles : biologiques, psychodynamiques et sociales » (*op. cit.*, p. 249). C'est cette conception de la pathologie et du handicap que la CIF reprend en partie lorsqu'elle évoque une « réalisation d'une synthèse qui offre une image cohérente des différentes perspectives sur la santé, qu'elles soient biologique, individuelle ou sociale » (OMS, 2001, p. 21).

Finalement, c'est une façon de reconsidérer les « facteurs psycho-sociaux », souvent présentés comme des « facteurs étiologiques » en psychiatrie pour recenser les caractéristiques familiales, scolaires, socio-économiques, socioprofessionnelles..., liées à l'émergence de la pathologie et à l'évolution de ses manifestations (Samuelian, *in* Azema *et alii.*, 2001, p. 88). Ainsi, l'accroche par la participation sociale et la prise en compte de l'environnement doit permettre de rendre compte de l'idée d'inadéquation entre l'individu et le tissu social dans lequel il s'inscrit, voir même révéler la dimension uniformisatrice et pathogène de certains réseaux sociaux, ou univers collectifs.

Cependant, nous pouvons déjà remarquer quelques réserves par rapport à cette approche notamment formulées dans l'analyse réalisée par M. Jaeger du processus de révision de la CIH : « ce n'est pas la même chose de faire de tels constats avec une approche pragmatique que de tenir des discours idéologiques sur la responsabilité complète, par principe, de la société dans l'exclusion des personnes handicapées » (*in* Azema *et alii.*, 2001, p. 89).

Malgré une volonté de présenter la santé de façon neutre, la CIF propose des définitions opérationnelles qui au contraire la rapprochent d'une vision négative de la santé. Dans le texte de la classification est précisé : « les codes de la CIF ne sont complets que si on leur ajoute un code qualificatif...sans ces derniers, les codes principaux n'ont aucun signification » (*op. cit.*, p. 20). Toutes les explications sur l'utilisation de la CIF, toutes les directives pour le codage et tous les exemples portent sur les problèmes ; aucun sur le fonctionnement sous sa forme neutre (Chapireau, 2002, p. 245). C'est en partie ce qui nous fait dire que c'est le modèle de l'invalidité qui continue à prévaloir dans les représentations du handicap.

De plus, nonobstant le souci de rétablir « l'absence de parité » (Chapireau, 2002, p. 244) entre les troubles physiques et les troubles psychiques, un des points négatifs le plus souvent remarqué à propos de la CIF est le suivant : le modèle du handicap est beaucoup plus clair pour les conséquences des difficultés de mobilité que pour les autres (Chapireau, 2006).

La considération de la santé mentale semble par-dessus tout reposer sur un modèle normatif et comportemental qui a fait l'objet de sérieuses réserves dans le cadre d'une conférence d'experts réunis au Centre Collaborateur de l'OMS dans le cadre du processus international de révision qui réunissait entre autres des psychiatres, des sociologues, des spécialistes du handicap, des administratifs et des représentants d'associations.

Nous pouvons nous interroger enfin sur la réelle prise en compte de l'environnement dans une perspective dynamique étant donné la limitation de celui-ci à deux types d'action dans le processus de handicap : obstacle, ou « facilitateur ». Cette définition ne laisse pas de place à une action de la personne sur son environnement ou à une interaction complexe entre l'une et l'autre.

III. L'enjeu social de la reconnaissance du handicap psychique

A. Dans l'usage, la notion de handicap psychique

Au-delà de la dimension conceptuelle du handicap, la définition du handicap psychique correspond à un enjeu de reconnaissance d'une population. Cette reconnaissance passe par deux dimensions, tout d'abord celle d'une communauté de sens autour d'une terminologie. C'est l'idée du langage commun dans les échanges, écrits et communications autour du handicap psychique qui importe. D'autre part, c'est la question de la reconnaissance administrative du handicap comme possibilité d'accès à des droits spécifiques qui se pose, comme nous le verrons par la suite.

1. Les définitions usuelles

Les acteurs du champ de la santé mentale ont fait différentes propositions de définition du handicap psychique qui illustrent l'incertitude de cette notion. En étudiant les difficultés rencontrées dans cet effort de cadrage sémantique, c'est la problématique singulière d'une population par rapport à son insertion, notamment professionnelle, qui va émerger.

C'est Michel Charzat, dans son rapport à madame Ségolène Royal, alors Ministre Déléguée à la Famille, à l'Enfance et aux Personnes Handicapées, « pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches » (Charzat, 2002) qui interroge la définition du handicap psychique dans la présentation de ses conclusions. Il part des troubles psychiques comme causes du handicap : « Le trouble psychique ne touche pas une partie de soi, mais il touche la personnalité dans son ensemble. Il met donc en cause l'identité de la personne, la blesse ; sa nature est souvent l'objet d'un déni par la personne elle-même, parfois par une partie de son entourage (...) Les causes du handicap sont diverses : troubles dépressifs graves, états psychotiques ou névrotiques, états limites, détérioration mentale liée à l'âge, à des intoxications ou à des affections neurologiques » (*op. cit.*, 2002, p. 5).

Il met en avant l'idée d'un trouble globalisant qui n'est pas localisé et touche l'identité. Cela sous-entend donc une dimension fortement sociale qui dépasse bien la sphère médicale. Nous pouvons également noter l'énumération dispersée et non exhaustive des causes du handicap qui révèle une fois de plus le questionnement sur les causalités des troubles psychiques, des maladies mentales, et par conséquent du handicap.

Néanmoins, il tente par la suite d'approcher les différentes dimensions du handicap proposées par l'OMS, dont la déficience : « Les déficiences psychiques sont multiples : troubles de la pensée (délire), de la perception, de la communication, du comportement, de l'humeur, de la conscience et de la vigilance, du sommeil, troubles intellectuels (mémoire, attention, jugement, orientations temporelle et spatiale), troubles de la vie émotionnelle et affective, expression somatique des troubles psychiatriques » (*op. cit.*, p. 5). Il reprend en partie les différents troubles retenus par le guide barème dans son chapitre 2, sur les troubles psychiques de l'adulte⁴².

Une confusion persiste cependant entre les déficiences et les incapacités dans la définition qu'il propose : ainsi, selon lui, « la personne souffrant de troubles psychiques peut n'avoir aucun point pour établir des repères entre ses idées et la réalité ou pour les différencier, manquer des moyens que la plupart des personnes possèdent autour d'elle, s'isoler, rompre tout lien social, devenir vulnérable. Elle a perdu une partie de ses capacités » (*op. cit.*, p. 5). Il prolonge son analyse du handicap comme suit : « Ces déficiences peuvent entraîner de nombreuses incapacités dans la vie quotidienne : toilette, habillement, courses et problèmes alimentaires, cuisine, entretien, déplacements, obligations administratives, finances, santé...mais ces handicaps se manifestent aussi dans d'autres domaines de la vie sociale, affective et intellectuelle » (*ibid.*). On voit bien dans cette énumération, la diversité et l'étendue des domaines d'incapacités qui peuvent être touchés par les troubles psychiques, et donc l'impossible exhaustivité de la définition du handicap.

Une des caractéristiques que semble vouloir souligner M. Charzat par rapport à cette définition est celle de la temporalité du handicap : « Les déficiences et les capacités sont évolutives, quelles que soient la nature et les caractéristiques du trouble en cause » (*op. cit.*, p. 5).

La définition du handicap psychique exposée par M. Charzat présente donc quelques incertitudes mais il faut remarquer la dimension fondatrice de ce texte qui, selon R. Baptiste, emploie pour la première fois de façon officielle le vocable de « handicap psychique » (*op. cit.*, p.86).

De leur côté, les grandes associations concernées directement par les personnes handicapées psychiques – la Fédération Nationale des Patients en Psychiatrie (FNAP-Psy) pour les patients – l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux (Unafam) pour les familles – insistent sur le risque de désinsertion qui caractérise la définition du handicap psychique : « Derrière le handicap psychique (caractérisé par les difficultés de la personne qui n'a plus les capacités ou les possibilités de participer aux échanges liés à la vie sociale) se profilent l'inadaptation et l'exclusion. Le handicap psychique se traduit pour la personne, de toute façon, par une non-adéquation de rapport à l'environnement » (Le Livre Blanc des partenaires de Santé mentale France, 2001, p. 17). Ils mettent ainsi l'accent sur la dimension sociale du handicap qu'ils conçoivent dans une perspective interactionniste et environnementale, mais avec l'idée de s'inscrire dans un lien social. De ce point de

⁴² Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, Guide-barème pour l'évaluation des déficiences et des incapacités des personnes handicapées : mise à jour 2004, Paris : CTNERHI, 2005. 155 p.

vue, le handicap se situe plus au niveau d'un « handicap social », dans une problématique d'isolement, de précarité, plus que comme une déviance comportementale ou un attribut de la personne.

La définition de G. Zribi dans son ouvrage sur les droits des personnes (2003) reprend elle aussi une vision duale du handicap située au croisement de facteurs personnels et de facteurs environnementaux au travers d'une définition du handicap psychique comme « un dysfonctionnement de la personnalité caractérisé par des perturbations graves, chroniques ou durables du comportement et de l'adaptation sociale » (*op. cit.*, 2003, p. 10).

Selon lui, le handicap émerge à partir du moment où la personne, du fait de troubles psychiques, va s'inscrire dans une relation de dépendance en raison de besoins spécifiques liés à sa pathologie : « Les troubles psychiques (notion plus large que celle de « handicap psychique »), sont plus ou moins intenses, ponctuels ou permanents ou encore plus ou moins précoces. Ils entraînent des itinéraires de vie très différents selon le degré d'autonomie (ou de dépendance) des personnes. Certains malades mènent une existence normale, d'autres vivent de manière plus ou moins permanente en institution ou ont un besoin continu d'aides psychosociales : on parle alors généralement de handicapés psychiques » (*ibid.*, p. 11). C'est la pérennité et la qualité du lien entre l'individu et la société qui détermine le handicap en tant que carence relationnelle nécessitant un accompagnement particulier. C'est ce qu'il réaffirme lorsqu'il insiste sur la notion de handicap : « Les handicapés psychiques sont donc des handicapés réels dans la mesure où ils illustrent un lien durablement perturbé entre la personne et son environnement social et réclament des aides sociales, médicales et psychologiques de longue durée » (*ibid.*). En s'appuyant sur le lien de dépendance comme caractéristique du handicap, G. Zribi met en avant la distinction entre la maladie et le handicap. C'est le niveau de dépendance généré par la maladie qui va déterminer le handicap. Il n'y a donc pas de lien systématique entre les troubles et le handicap, contrairement à d'autres types de troubles, comme la cécité par exemple, qui est systématiquement reconnue comme un handicap, quel que soit le niveau de besoin ou de dépendance de la personne. Il introduit dès lors l'idée d'une grande hétérogénéité du niveau de handicap dans la population atteinte de troubles psychiques.

C'est R. Baptiste dans son ouvrage sur l'insertion des personnes handicapées psychiques qui propose la définition du handicap psychique la plus appliquée au modèle de la CIF et située à l'articulation non seulement du médical et du social, mais surtout à la rencontre des caractéristiques individuelles et d'un environnement social donné : « je rappellerai donc que ce n'est pas l'atteinte physique ou psychique qui fait le handicap mais la combinaison entre le projet de vie, l'environnement et les capacités de la personne concernée par une déficience et les incapacités qui en découlent » (*op. cit.*, 2005, p. 32).

Il reprend néanmoins le modèle précédent de la CIH pour repérer les traductions des déficiences psychiques (qu'il décrit comme associées aux maladies psychiques) :

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

Il énumère par la suite les différentes caractéristiques du handicap psychique liées à des troubles cognitifs ou comportementaux divers : fatigabilité, déficits d'attention, dévalorisation de soi, démotivation, manque de confiance en soi, confusion spatio-temporelle, dispersion mentale, suractivité, lenteur d'idéation... (Baptiste, 2003, p. 35).

Dans la lignée de G. Zribi, c'est le degré de dépendance dans une vision normative des « rôles sociaux » qui est retenue comme déterminant le handicap: « Les personnes atteintes dans leur liberté de « faire comme les autres », éprouvent une grande difficulté dans leur recherche d'autonomie au niveau des diverses dimensions de la vie sociale : logement, transports, travail, loisirs, gestion de leurs biens... » (Baptiste, 2005, p. 34).

Malgré les divergences terminologiques associées aux définitions usuelles du handicap psychique, il émerge sans ambiguïté l'idée que le handicap naît d'une inadaptation de la personne atteinte de troubles psychiques au monde qui l'entoure. C'est dans une certaine mesure, reprenant les modèles proposés précédemment, un handicap du lien de l'individu au collectif social auquel il appartient. Ces observations nous interpellent par rapport à notre problématique interactionniste, en ce qu'elles mettent l'accent sur la responsabilité individuelle de la personne par rapport à ses troubles, et donc sa situation de handicap dans un environnement donné. Le collectif n'est considéré que comme référence, norme, valeur immuable desquelles la personne handicapée doit se rapprocher. Dans une certaine mesure, dans cette conception, l'individu est maintenu dans un profil de « déviant » ou de « marginal » par rapport à l'environnement ou au collectif.

2. L'usage de la Cotorep et le guide barème

La principale réalité du handicap psychique en tant que tel est finalement celle reconnue par les instances expertes du handicap. Depuis la loi de 1975⁴³, le handicap n'était défini que par rapport à une commission experte, seule légitime à se prononcer sur la qualité de handicap de la personne.

Le 3 avril 1975, lors des débats autour du vote de la loi, Simone Veil, alors ministre de la Santé, avait tranché : « Sera désormais considérée comme handicapée toute personne reconnue comme telle par les Commissions départementales⁴⁴ ». Ainsi, une des conceptions du handicap, matérialisant l'expérience de santé, officiellement reconnue, est celle portée sur l'évaluation et l'expertise. Comment dans ce contexte est défini le handicap psychique ? Dans quelles conditions est-il expertisé ?

⁴³ Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975.

⁴⁴ Sénat, Débats, Séance du 3 avril 1975. *Journal Officiel* 1975 : p. 286-94.

La Commission des droits et de l'autonomie (CDAPH), anciennement Cotorep ou CDES (voir encadré), est désignée par la loi Handicap de 2005, comme compétente pour évaluer le handicap. Celle-ci s'appuie sur le guide barème institué par décret depuis le 1^{er} décembre 1993⁴⁵.

Encadré I : Les Commissions expertes du handicap

Depuis la loi du 30 juin 1975 et jusqu'à la loi Handicap de 2005, les deux instances habilitées à instruire une reconnaissance d'un handicap étaient la Commission de décision relative aux enfants et adolescents handicapés (CDES) et la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep). La première était en charge d'assurer l'attribution d'aides financières et l'orientation des enfants et adolescents handicapés. La seconde avait pour mission de mettre en œuvre et de coordonner l'ensemble des mesures prises en faveur des personnes handicapées adultes. Une des compétences de la Cotorep était d'attribuer la qualité de travailleur handicapé, d'évaluer le taux d'incapacité de la personne et de proposer une orientation soit du travailleur handicapé soit de la personne vers un établissement spécialisé. Le Décret n° 2005-1589 du 19 décembre 2005 institue la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) comme compétente pour reconnaître l'accès aux droits, aux prestations dont bénéficie une personne handicapée, à l'attribution d'une carte d'invalidité, et la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé à la place de la CDES et de la Cotorep.

En effet, la référence à la définition du handicap depuis la loi de 1975 était le guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées⁴⁶ utilisé par la CDES et la Cotorep. L'annexe 2-4 au décret 2004-1136 du 21 octobre 2004 reprend le précédent décret de 1993 pour l'application du guide barème avec la nouvelle loi de 2005.

Dans son chapitre 2, le guide barème recense les déficiences du psychisme en deux sections, l'une concernant les enfants et adolescents, l'autre, les adultes.

Il propose une évaluation psychosociale de la personne, complétant le diagnostic clinique effectué par un expert psychiatre pour estimer un taux d'incapacité de la personne qui déterminera en partie le montant des aides auxquels il a droit.

Les critères proposés par le guide barème sont recensés sous le chapitre « Principaux critères de déficience pris en compte » :

- Troubles de la volition : apragmatisme, négativisme, compulsions obsessionnelles, ambivalence, inhibition.
- Troubles de la pensée : idées obsessionnelles, fuite ou incohérence des idées, lenteur de la pensée, radotage, appauvrissement de la pensée, délire.
- Troubles de la perception : illusions, hallucinations, déréalisation.
- Troubles de la communication : troubles de la forme, du contenu du langage et de l'expression gestuelle, troubles fonctionnels (mutisme, bégaiement...)

⁴⁵ Décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993.

⁴⁶ Annexe du décret n° 93-1216 du 4 novembre 1993.

- Troubles du comportement : agressivité, agitation, théâtralisme, automutilation, comportements phobiques, rites obsessionnels, instabilité, timidité.
- Troubles de l'humeur : troubles dépressifs ou hypomaniaques plus ou moins francs et entravant la vie quotidienne.
- Troubles de la conscience et de la vigilance
- Troubles intellectuels : troubles de la mémoire, du jugement, de l'attention, de l'orientation temporelle et spatiale.
- Troubles de la vie émotionnelle et affective : anxiété, angoisse, doute, indifférence affective, instabilité affective, troubles du caractère, immaturité affective, timidité.
- Expression somatique des troubles psychiatriques : avec altération plus ou moins grave de l'état général.

Les consignes sont claires par rapport à cette énumération : « les troubles doivent s'intégrer dans une ensemble symptomatique psychiatrique. (...). Il ne s'agit pas de chercher à coter chacun d'entre eux de façon précise et d'apprécier selon une règle mathématique le taux global qui en résulte » (Ministère des Affaires sociales, 2005, p. 155)⁴⁷. Cette énumération doit permettre d'orienter l'expert dans une appréciation globale. De cette évaluation doit ressortir la justification d'un taux d'incapacité compris dans l'une de ces fourchettes :

- entre 20 % et 45 % : la personne présente des troubles psychiatriques mais qui restent compensés avec ou sans traitement chimiothérapique ou psychothérapique, qui permettent une vie familiale et professionnelle assumée seule.
- Entre 50 % et 75 % : l'affection psychiatrique nécessite un aménagement de la vie familiale ou/et de la vie professionnelle avec des sollicitations plus ou moins importantes de l'entourage.
- Entre 80 % et 95 % : la personne ne peut vivre ou travailler en milieu ordinaire que grâce à une sollicitation importante de l'entourage ou qu'une faible et peu durable activité spontanée est constatée.

Le guide barème reconnaît bien le handicap psychique comme dissocié du handicap mental ou intellectuel car depuis 1993 il distingue, dans deux chapitres différents, les déficiences intellectuelles et difficultés du comportement (retards mentaux avec ou sans difficultés du comportement, déficiences de la mémoire et de la pensée, épilepsies) dans un premier temps, et les déficiences du psychisme, dans le deuxième chapitre.

Chacun des chapitres reconnaissant la qualité du handicap et désigne un type de déficience. Reprenant explicitement le modèle de la CIH, le guide barème s'attache à déterminer un taux d'incapacité. Remarquons que la notion de désavantage, pourtant grande avancée de la CIH, et réaffirmée dans la

⁴⁷ Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, Guide-barème pour l'évaluation des déficiences et des incapacités des personnes handicapées : mise à jour 2004, Paris, CTNERHI, 2005. 155 p.

CIF, n'est absolument pas évoquée. La caractéristique de cette grille de lecture est donc sa vision unidimensionnelle autour de la déficience. Malgré la volonté de valoriser une approche situationnelle et environnementale du handicap, les outils d'évaluation se limitent toujours à une approche centrée sur la personne, ses attributs et ses manques par rapport à un idéal de santé. C'est ce qui fait dire à F. Chapiro que, malgré les avancées législatives, la France maintient sa politique dans une « logique d'invalidité » (*op. cit.*, 2006)

En effet, l'environnement n'est pris en compte que comme élément éventuel de modulation des taux d'incapacité à l'intérieur de chaque catégorie. Explicitement, des critères secondaires sont proposés en fin de chapitre :

- le retentissement relationnel sur la vie sociale et affective, les troubles pouvant être bien acceptés par l'entourage ou, à l'opposé, entraînant un isolement, une marginalisation ou une dépendance totale ;
- les relations avec le milieu professionnel, depuis la gêne au travail (mais le sujet est toléré par le milieu professionnel) jusqu'à l'inaptitude à tout travail ;
- les hospitalisations quand elles sont prolongées, fréquentes, répétées, peuvent constituer un indice de gravité ;
- l'âge du patient et l'ancienneté de la maladie ;
- l'importance et la tolérance du traitement.

Ce sont plus des critères « indirects » d'incapacité qui sont proposés qu'une réelle réflexion en termes de contribution interactive au handicap, de la personne par rapport à ses troubles, et de l'environnement comme espace de compréhension ou de prise en compte de la spécificité individuelle.

La question de l'adéquation d'une telle grille de lecture à la problématique des troubles psychiques se pose au regard de la dimension simpliste et stigmatisante de l'évaluation. Sa pertinence doit être interrogée face à une volonté de changer de position par rapport à des conceptions du handicap trop centrées sur des caractéristiques individuelles. C'est toujours la déficience, l'incapacité, le manque, la difficulté qui, finalement, résument la personne et son handicap.

Dans quelle mesure un tel outil peut-il rendre compte de la complexité médicale et sociale de l'expérience du handicap généré par des troubles psychiques au quotidien ?

B. La construction sociale du handicap psychique

1. L'inscription légale du handicap psychique

Contrairement à l'annonce faite lors du discours du 8 février 2005 du Président de la République accompagnant l'adoption de la nouvelle loi Handicap, celle-ci ne reconnaît pas le handicap psychique en tant que tel. Le Président insiste en effet sur la définition d'un handicap qui serait qualifié de psychique : « L'un des mérites de la loi qui vient d'être votée est d'avoir défini le handicap. De l'avoir défini dans toutes ses composantes : handicap physique, sensoriel, mental, cognitif, psychique ». En fait l'expression « handicap psychique » ne figure pas dans la loi. Conformément à la logique de la CIF, c'est en fait les conséquences de certaines fonctions, comme par exemple les fonctions psychiques, qui sont prises en considération. C'est cette reconnaissance de l'altération des fonctions psychiques comme potentiellement génératrice d'un handicap qui semble déterminante.

En effet, la Loi d'orientation de 1975 ne fait nullement allusion au handicap psychique. Tout au plus évoque-t-elle le « sort » des malades mentaux, mais encore en termes restrictifs par rapport à leur accueil dans des structures spécifiques. De même, que ce soit dans les définitions proposées par le Code du travail⁴⁸, ou la « Déclaration universelle des droits des handicapés »⁴⁹, ce sont les atteintes essentiellement physiques et par la suite les atteintes mentales qui sont considérées comme déterminant éventuellement un handicap. Depuis, les fonctions psychiques en tant que telles n'ont jamais été retenues comme champ de dysfonctionnement ayant un retentissement social dans le champ du handicap jusqu'à la loi de 2005.

Pour autant, cet « oubli » ou silence relatif à la reconnaissance d'un handicap psychique comme distinct d'un handicap mental, ne signifiait pas nécessairement une mise à l'écart des personnes atteintes de troubles graves des dispositifs dans le champ du handicap. Nous l'avons évoqué précédemment, le guide barème reconnaît depuis 1993 la déficience psychique comme une des déficiences pouvant entraîner une incapacité, et donc entre autre un besoin d'aides financières. Cependant, cette approche insuffisante des troubles psychiques ne pouvait pas répondre aux besoins spécifiques de cette population. C'est l'adéquation des politiques et des dispositifs du handicap à la singularité de la maladie mentale et des troubles psychiques qui se posait.

C'est ce qui amène le député Charzat à faire ce constat que la politique en direction des personnes handicapées, notamment depuis juillet 2001, n'a pas pris en compte les besoins spécifiques du

⁴⁸ A la suite de la Loi du 23 novembre 1957, la notion de « handicapé » apparaît pour la première fois dans le droit français. Ainsi, selon le Code du travail « est considéré comme personne handicapée toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales » (article L.323-10)

⁴⁹ Définition européenne, proposée par la « Déclaration universelle des droits des personnes handicapées » adoptée par l'Organisation des Nations Unies (ONU) dans son article premier, le 9 décembre 1975, s'énonce comme suit : « le terme handicapé désigne toute personne dans l'incapacité d'assurer par elle-même tout ou partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale normale, du fait d'une déficience, congénitale ou non, de ses capacités physiques ou mentales ».

handicap psychique : « il faut bien constater cependant que jusqu'à présent ces programmes n'ont pas, ou très peu bénéficié aux personnes handicapées du fait de maladie mentale » (Charzat, 2003, p. 18).

C'est ce qui fait dire à Jean Canneva, président de l'Unafam⁵⁰ que « depuis la loi de 1975, le handicap mental comprenait l'intellectuel et le psychique. Le psychique n'a pas reçu de réponses en termes d'accompagnement social » (2006, p. 74).

L'amalgame avec le handicap mental et la faiblesse des mesures d'accompagnement dans le champ de la santé mentale ont donc porté les revendications de reconnaissance du handicap psychique par les partenaires de Santé mentale France : « ils attirent l'attention sur l'insuffisance des moyens déployés à l'intention des personnes souffrant des conséquences handicapantes des maladies psychiques. Elles ont dit et répété que les dispositions existant à l'intention des personnes handicapées mentales ne bénéficiaient pas suffisamment aux personnes souffrant de troubles psychiques. Face à cette situation, l'action la plus efficace était de créer une nouvelle catégorie : le handicap psychique » (Chapireau, 2006, p. 24).

La désignation du psychique comme dysfonction potentielle du fonctionnement humain dans la nouvelle loi de 2005 répond en fait à un enjeu catégoriel. C'est le handicap psychique comme catégorie définie par une caractéristique principale, soit la déficience psychique, qui va permettre d'être pris en considération dans les politiques d'aide et de soins. La construction progressive du système français d'accompagnement des personnes handicapées est massivement placée sous le signe du cloisonnement et de la catégorisation des personnes (Chapireau, 2006). Ainsi, pour pouvoir prétendre à des aides, il faut que les personnes soient reconnues dans une catégorie qui déterminera le dispositif duquel elles vont pouvoir relever. C'est la singularité des besoins associés aux troubles psychiques qui demande à être reconnue à travers cette dénomination pourtant stigmatisante.

2. Un usage antérieur à la loi du concept de handicap psychique

Avant même la définition du handicap proposée par la Loi d'Orientation de 1975, les praticiens dans le champ de la psychiatrie sociale s'étaient déjà posé la question de l'usage d'une terminologie spécifique pour signaler les conséquences de la maladie mentale sur la vie des personnes et leur insertion sociale. Dès 1958, la Fédération Croix Marine⁵¹ discutait lors d'une de ses assemblées de la possibilité d'organiser un salon de « l'handicapé psychique » à Paris (Tétard, 2002). Il est intéressant de remarquer que cet événement, s'inscrivant dans un mouvement « d'expositions d'arts et techniques au

⁵⁰ Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques.

⁵¹ La Fédération Croix Marine est un mouvement né à la sortie de la Seconde Guerre mondiale (en 1947 pour la première association) qui regroupe aujourd'hui environ quatre cents établissements et associations impliqués dans le champ de la santé mentale et attachés aux valeurs qui l'ont fondée. Deux directions principales guident ses actions : l'humanisation des lieux de soin et la réinsertion des malades mentaux dans la Cité. Elle se revendique d'une psychiatrie sociale et a servi de support à la psychothérapie institutionnelle et à la participation des malades aux soins et à l'insertion.

service de la santé mentale », devait avoir lieu en réponse au « Salon de l'handicapé physique » qui devait le précéder. C'est donc pour se démarquer des autres types de déficiences que le terme de handicap psychique est déjà utilisé.

Par la suite, comme le montre R. Baptiste, c'est le modèle de la CIH qui va être utilisé pour désigner les conséquences de la maladie mentale. Il décrit comment, au sein de la fédération Croix marine, malgré les divergences concernant notamment la place du travail dans la réinsertion des malades, un point était unanimement reconnu : celui de la dénonciation de l'amalgame entre la déficience intellectuelle et les troubles psychiques, lié à l'utilisation de l'unique vocable de « handicap mental » (Baptiste, 2005). Ainsi, il se souvient avoir été en charge d'une mission portant sur le thème « Place du travail protégé et du travail en milieu ordinaire dans un programme d'aide à la santé mentale ». C'est lors de réunions de travail que s'est posée la question de l'utilisation d'une autre appellation, et c'est finalement le vocable de « handicap par maladie mentale » qui s'est imposé à l'époque dans le réseau Croix Marine. « Cette expression prenait acte, dans la logique de la classification internationale des handicaps, du retentissement personnel et social des troubles psychiques sur les capacités d'adaptation et d'autonomie des malades mentaux, en tout cas d'un certain nombre qui pouvaient en être « désavantagés » socialement donc handicapés » (Baptiste, 2005, p. 18). Deux arguments soutenaient cette proposition d'appellation. D'une part, « montrer que le handicap n'est pas la maladie mais ce qui en résulte » (*ibid.*) et que le lien de causalité entre les deux n'est pas évident. D'autre part, il fallait « sortir de cette concurrence inégale avec le handicap par déficience intellectuelle dont les moyens et la « notoriété » étaient sans commune mesure avec ceux dédiés aux personnes psychologiquement fragiles, reconnues handicapées » (*ibid.*).

Notons que pour la Fédération Croix Marine, malgré l'initiative visionnaire d'une réflexion autour du handicap, cette appellation est perçue comme « un coup d'épée dans l'eau » (Baptiste, 2005, p. 19). Le rattachement au champ sanitaire par l'utilisation du terme de « maladie » était selon eux trop marqué et empêchait de se positionner dans le même registre que les autres handicaps : « ce n'était toujours pas le meilleur moyen pour être reconnu comme un handicap sinon majeur au moins au même titre que les autres qui se contentaient d'un simple adjectif » (*ibid.*).

Par ailleurs, une étude menée en 2002 par le Programme d'insertion des travailleurs handicapés (PDITH)⁵² du Rhône et la revue ÊTRE *Handicap Information* sur le dispositif d'orientation des personnes handicapées (ÊTRE Handicap Information, 2003) faisait un certain nombre de propositions par rapport à l'insertion professionnelle. L'une de ces propositions portait sur une nouvelle définition du travailleur handicapé qui devait intégrer l'évolution dans l'emploi et les personnes atteintes de troubles psychiques. La définition suivante avait été proposée en reprenant l'article L 323-10 du Code du travail : « Est considéré comme travailleur handicapé, au sens de la présente section, toute personne dont les

⁵² Les Programmes d'Insertion des Travailleurs Handicapés ont été instaurés par décision du Conseil des Ministres de 1991 aux fins de créer une dynamique pour l'emploi des personnes handicapées et de coordonner les initiatives locales. Le PDITH est la traduction opérationnelle d'une politique départementale pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées. Deux textes précisent le fonctionnement et les objectifs des programmes : Circulaire DGEFP N°97/29 du 24 décembre 1997 et la Note d'orientation DGEFP du 26 août 1999.

possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi ou d'évoluer dans celui-ci sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance, d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales ou par suite d'une altération, temporaire ou non, de ses capacités d'autonomie et d'adaptation ». La problématique singulière du handicap psychique était signifiée à partir de la notion d'adaptation et d'autonomie.

Ces propositions n'ont pas été retenues telles quelles mais ont amené progressivement les pouvoirs publics à inscrire la spécificité de ce handicap dans la loi de 2005.

3. Une population ciblée

Aujourd'hui cette population désignée officiellement sous le terme de « handicapés psychiques » suite au rapport Charzat concernerait 700 000 personnes selon les estimations de la DREES⁵³ au 1^{er} janvier 2002. L'étude sur la répartition de la population handicapée révèle ainsi que le handicap psychique est en deuxième position derrière les personnes ayant un handicap moteur isolé (850 000 personnes environ). Mais surtout, elles seraient deux fois plus nombreuses que les personnes en fauteuil roulant et les personnes malentendantes ou sourdes (Charzat, 2002).

Enfin, elles représentent une population quasiment équivalente à celle des personnes handicapées mentales (650 000 personnes environ). Pour reprendre l'expression de R. Baptiste (2005), nous pouvons ainsi estimer que c'est un « handicap majeur » et non secondaire ou peu représenté. Ces chiffres portent donc sur une population « administrativement » reconnue comme handicapée psychique.

Mais si l'on s'attache à recenser l'ensemble des personnes handicapées psychiques au sens de la nouvelle loi c'est-à-dire atteintes d'un dysfonctionnement des fonctions psychiques pouvant entraîner une limitation de la participation à la vie en société, on peut imaginer que leur représentation est encore plus importante.

Tentons d'approcher une photographie du nombre de personnes handicapées psychiques qui bénéficient déjà ou pourraient avoir besoin d'un accompagnement spécifique.

a) Dans le champ du handicap

Un des moyens de rendre compte de la part de la population concernée par le handicap psychique est l'analyse du profil des bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH). Cette population doit faire valoir une déficience pour obtenir une reconnaissance de son incapacité. Nous pouvons dès lors

⁵³ Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques qui dépend du Ministère de la santé et des solidarités et du Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement.

disposer d'informations sur le type de déficience qui motive la demande et la part de personnes entrant dans le dispositif d'aide aux personnes handicapées.

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

De plus, parmi les bénéficiaires d'une AAH de plus de 20 ans, et vivant en ménage, les personnes suivies régulièrement pour des troubles psychiques ou mentaux représentent le quart (26 %).

Chez les personnes de 20 à 59 ans, qui consultent régulièrement et sont suivies pour troubles psychiques, 15 % bénéficient de l'AAH et sont donc formellement reconnues comme handicapées (à comparer avec moins de 1 % dans l'ensemble des personnes de 20 à 59 ans) (Chapireau, 2003, p. 193).

Inversement, le volet de l'enquête HID portant sur le profil des patients hospitalisés en psychiatrie en 1998 et 2000 révèle qu'une grande majorité d'entre eux peut prétendre à une reconnaissance d'un handicap sous une forme ou une autre. Deux personnes sur trois avaient une reconnaissance administrative d'incapacité : pour un grand nombre d'entre elles (44 %), un taux avait été déterminé par la CDES ou la Cotorep.

Vient ensuite la Sécurité sociale à travers la reconnaissance d'un taux d'invalidité (16 %⁵⁴) (Chapireau, 2002, p. 3).

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

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

⁵⁴ L'invalidité concerne les salariés ayant perdu au moins les 2/3 de leurs capacités de travail ou de gain (article L 341-1 et R 341-2 du code de Sécurité sociale) et ouvre un droit à pension lorsque l'état du malade est stabilisé et non améliorable par un traitement actif avant le terme des 3 ans d'arrêts de travail.

Encadré II : l'Allocation adulte handicapé (AAH)

L'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH), qui a été créée en 1971, concernait au 31 décembre 2003 près de 770 000 allocataires avec un montant global dépassant 4,5 milliards d'euros. L'AAH est un minimum social destiné aux personnes handicapées âgées de 20 ans ou plus dont le revenu ne dépassait pas un certain seuil ; à partir de 60 ans, elle était remplacée progressivement par des prestations vieillesse.

Dans un premier temps, c'est la Cotorep qui prononçait l'ouverture de droits en fonction de critères médicaux et sociaux. Elle accordait l'ouverture de droits à l'AAH dans deux cas de figure : si un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % était reconnu au demandeur, ou si la personne handicapée se voyait attribuer un taux d'incapacité de 50 % à 79 % tout en étant « reconnue dans l'impossibilité de se procurer un emploi en raison de son handicap ».

Cela signifie qu'un certain nombre de personnes atteintes de troubles psychiques sont déjà entrées dans les dispositifs et bénéficient d'une aide spécifique malgré leur difficile catégorisation.

Il y a donc bien dans le champ du handicap tout un volet de la population qui fait valoir le handicap psychique et qui a des besoins spécifiques.

b) Dans le champ du soin

L'enquête HID montre surtout que 2,7 % des personnes vivant à domicile, soit près de 1,6 millions de personnes, déclarent avoir consulté « pour troubles psychiques ou mentaux au cours des trois derniers mois⁵⁵ ». Et dans les trois quarts des cas, les patients ont consulté dans le cadre d'un suivi régulier, généralement réalisé par des professionnels de la santé mentale, psychiatres ou psychologues (Anguis et Peretti, 2003). Il y a donc un volet important de la population qui a déjà un besoin de soin et de suivi thérapeutique. De plus, ces personnes suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux, déclarent plus souvent des déficiences physiques, motrices ou viscérales que les autres personnes. Il y aurait également des difficultés cognitives et des restrictions d'activités plus fréquentes parmi elles, avec des conséquences sur la vie quotidienne, les tâches domestiques et les déplacements. Ces difficultés génèrent un besoin d'aide important.

Ce sont des personnes qui potentiellement pourraient être reconnues par les commissions expertes sur le handicap en cas de difficultés sociales particulières et donc entrer dans les dispositifs consacrés à cette population.

4. Une forme de reconnaissance

⁵⁵ Trois fois sur quatre, il s'agit alors de psychiatres et dans un quart de cas, de psychologues ou autres spécialistes non-médecins.

A la question, pourquoi l'Unafam s'est-elle battue pour une reconnaissance du handicap psychique, Jean Canneva, directeur de l'association, alerte sur la situation de grande précarité de certaines personnes :

« Parce qu'on s'est aperçu que lorsque l'on est simplement malade et dans la cité – c'est-à-dire hors des structures hospitalières – on n'a accès à aucune aide. La situation est dramatique. Des familles sont dans des situations absolument abominables, des personnes malades deviennent SDF...elles ne sont pas en état de demander quoi que ce soit. Il est dans la nature de leur maladie de ne pas se reconnaître malade et de ne pas se soigner. Résultat : plus elles sont malades, plus elles sont isolées, et plus elles sont isolées, plus elles sont malades. Nommer les handicaps va à l'encontre du principe de non-stigmatisation. Mais si vous ne les nommez pas, ils n'existent pas et la compensation n'a plus de sens » (*op. cit.*, 2006, p. 74).

C'est un enjeu de reconnaissance sociale, un enjeu existentiel qui est tout d'abord revendiqué par les partenaires en Santé Mentale. C'est le rapport Charzat qui exprimait d'un mot le besoin de reconnaissance de cette population : exister. Le député résume cette tension identitaire du handicap psychique par rapport aux autres handicaps dans la présentation de son rapport : « Jusqu'à ce jour, l'écoute à l'égard du handicap psychique a été alignée sur les autres handicaps, la réalité de sa spécificité n'ayant pas été reconnue » (Charzat, 2002, p. 6). Or, désigner, catégoriser, identifier, c'est un des moyens de faire « exister » une population. C'est pousser les pouvoirs publics à ne plus rester sourds ou aveugles face à un besoin d'aide sociale et médicale d'une population. Le Livre Blanc des partenaires en Santé mentale ne cesse de le rappeler : « Un moyen pour faire exister la population en cause est d'abord de la désigner par un nom qui la distingue des autres handicapés. Ceci justifie le terme de « handicap psychique » (Unafam, 2001, p.31). L'autre dimension existentielle du handicap psychique est la reconnaissance de la « fragilité » de la population handicapée psychique. Fragilité caractérisée, selon le Livre Blanc, par le risque important d'isolement lié entre autres au déni de la maladie. Leur proposition pour faire exister cette population passe donc notamment par la « protection des droits des personnes handicapées psychiques dans la cité » (*ibid.*, p. 35). Or l'un de ses droits est le « droit à compensation » réaffirmé dans la politique en direction des personnes handicapées : « supprimer, réduire, ou compenser – chaque fois que de besoin- les « situations de handicap » constituent l'objectif central de notre politique visant à permettre à une personne dite « handicapée » de bénéficier d'une citoyenneté réelle.

L'adaptation de la société aux particularités des personnes d'une part, et le développement de moyens nouveaux – techniques, humains, financiers, voire institutionnels – répondant à leurs besoins d'autre part, constituent une obligation sociale relevant d'une responsabilité publique essentielle » (Charzat, 2002, p. 17).

La désignation du handicap psychique comporte donc une dimension citoyenne par l'accès à des droits, autorisés par la reconnaissance du « statut de handicapé » et de la spécificité du handicap psychique en termes de besoins⁵⁶.

Cette existence se mesure également en euros consacrés aux personnes souffrant à la fois de troubles mentaux et de leurs conséquences handicapantes. Grâce à la loi de 2005, un plus grand nombre de personnes devrait bénéficier d'aides diverses et mieux financées. Des politiques de santé mentale doivent apporter de nouveaux moyens humains et financiers dans différents domaines. Le « Plan pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique dans la cité » proposé par la suite par l'Unafam et la Fnap-Psy illustre l'enjeu politique de la reconnaissance du handicap psychique. Ce plan largement repris dans le rapport Charzat rappelle la nécessité d'axer l'accompagnement sur 6 points prioritaires : « 1- Permettre l'accès à des soins spécialisés ; 2- Garantir à la personne des ressources suffisantes ; 3- Assurer un hébergement adapté ; 4- Mettre en place un accompagnement destiné à accueillir la personne et à favoriser, au maximum, sa recherche d'autonomie et d'intégration sociale ; 5- Si nécessaire, mettre en place une protection juridique ; 6- Si l'état de la personne le permet, lui donner des possibilités d'insertion vers des activités, pouvant aller jusqu'au travail.⁵⁷ »

Le plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008⁵⁸, la loi Handicap de 2005 constituent alors des espaces politiques d'initiatives et d'investissements directement tournés vers les personnes handicapées psychiques. Ainsi, les droits à compensation financière du handicap généré par des troubles psychiques doivent se systématiser grâce à la création de nouvelles aides financières. En effet, la loi de 2005 propose le principe d'un nouveau droit pour la personne handicapée, « le droit à compensation des conséquences de son handicap, quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie »⁵⁹. La Prestation de compensation du handicap (PCH), et le « plan personnalisé de compensation » doivent permettre un dédommagement des difficultés rencontrées par la personne dans sa vie quotidienne.

Du côté de la psychiatrie, 750 000 Euros d'investissements sont prévus entre 2005 et 2010. En plus de l'augmentation des moyens financiers et humains dans les hôpitaux, le plan répond en partie aux attentes des associations de patients et familles par le développement d'une offre sociale et médico-sociale afin d'améliorer l'accompagnement à la fois vers les soins et vers l'intégration sociale. Par ailleurs, c'est la création de 300 « Groupes d'entraide mutuelle » qui symbolise la reconnaissance des spécificités du handicap psychique marqué par une fragilité du lien. 20 millions d'euros doivent permettre, en accueil de jour, de tisser ou de maintenir un lien social par l'intermédiaire de rencontres et

⁵⁶ Voir à ce propos l'article de Van Amerongen, A.-P., Psychiatrie et histoire. Contribution d'une association de familles, *Annales Médico Psychologiques*, 2005. p.250-254, qui décrit l'importance de l'Unafam dans l'évolution des pratiques en psychiatrie.

⁵⁷ <http://www.Unafam.org/telechargements/plandurgence.pdf>

⁵⁸ Ce plan a été présenté en Conseil des Ministres le 20 avril 2005, par Philippe Douste-Blazy, Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille.

⁵⁹ Loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, article 11.

d'activités culturelles, de loisirs ou sportives. C'était une des grandes revendications des partenaires en Santé mentale, dans l'optique non seulement d'orienter les personnes mais aussi de rompre l'isolement.

En réalité, plus qu'une délimitation et une définition de la population handicapée psychique, l'évolution apportée par la loi Handicap 2005 est le développement d'aides diversifiées et mieux financées à un nombre plus élevé de personnes.

C'est la conception du handicap psychique comme fait social à part entière, nécessitant des dispositifs et des moyens spécifiques qui s'est jouée à travers cette définition et cette reconnaissance.

Dans ce contexte, le handicap ne serait plus nécessairement perçu comme une caractéristique négative mais comme une source de revenu garantie, ou un complément de soutien identitaire et social. C'est une forme d'accès au droit, d'accès à la citoyenneté.

Alors que l'adjectif « handicapé » souffre de la marque du stigmate et de la discrimination, dans le champ de la santé mentale en 2005 il symbolise une forme d'existence sociale : « Le handicap psychique doit être accepté non comme une stigmatisation définitive mais comme créateur de droits expressément et utilement prévus par des textes, pendant une durée déterminée » (Le Livre Blanc des Partenaires en Santé mentale, 2001, p. 31). Totalement à contre courant des mouvements associatifs qui cherchent à sortir du stigmate du handicap et de la psychiatrie qui rejette la rigidité d'un tel étiquetage, les personnes elles-mêmes handicapées par des troubles psychiques demandent une reconnaissance.

C'est à partir de cet ensemble de textes que l'on peut parler d'une législation d'identification catégorielle et d'un construit social du handicap, puisque reconnaissant l'existence d'une population spécifique.

Encadré III : La Prestation de compensation du handicap (PCH)

La Prestation de compensation du handicap (PCH) répond au nouveau droit à compensation pour la personne handicapée introduit par la loi Handicap du 11 février 2005. Elle permet de recourir à des aides humaines (les auxiliaires de vie), de se procurer des aides techniques ou animalières, telles que l'achat d'un fauteuil roulant ou l'entretien d'un chien d'assistance, d'aménager son logement ou son véhicule. Son montant est déterminé en fonction des besoins et du projet de vie de la personne. Cette prestation est destinée à remplacer l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) qui était attribuée aux personnes handicapées de plus de 20 ans dont l'état nécessitait le recours à une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de l'existence. La Prestation de Compensation (PCH) permet, quant à elle, de prendre en compte, au-delà des aides humaines, les autres besoins de la personne handicapée. Elle n'est pas soumise à conditions de ressources.

C. Les enjeux politiques de la reconnaissance du handicap psychique

Nous l'avons vu précédemment, le handicap psychique renvoie aux limites de la modélisation et de la description du processus de fonctionnement du handicap. Le handicap représente dans le même temps une conception dynamique d'un phénomène de santé et une compréhension figée d'une expérience individuelle. Par ailleurs, il porte intrinsèquement une dimension politique et économique à travers laquelle va se jouer la prise en considération de toute une population pour une part « abandonnée » par la société et les pouvoirs publics.

Du point de vue de la personne handicapée psychique, c'est sa place dans les différents dispositifs d'aide et d'accompagnement qui est mise en jeu. Du côté de la psychiatrie, c'est le positionnement de la spécialité à l'intersection de deux systèmes dissociés qui se joue : la prise en charge médicale d'un côté, et l'accompagnement social, d'autre part.

Dans quelle mesure sommes-nous témoins d'un changement de paradigme dans le champ de la santé mentale, illustré en partie par la reconnaissance du handicap psychique ?

1. L'ambiguïté du concept dans le champ de la psychiatrie

Lors de la promulgation de la loi de 1975, mettant en place le système d'évaluation et d'orientation de la population handicapée à partir de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, les professionnels de la psychiatrie se sont très largement opposés à cette conception du handicap. Ils se scandalisèrent de l'assimilation d'une maladie, par définition évolutive, à un handicap considéré comme figé. C'est le caractère statique et immuable du handicap associé à un dispositif d'aide spécifique et stigmatisant qui dérange plus particulièrement. Alors que les pratiques psychiatriques s'attachent à mettre en valeur les ressources personnelles de chacun pour évoluer, coller une étiquette au patient est perçu comme un enfermement dans la déficience, la coupant partiellement du soin. Selon le syndicat des psychiatres français, « la loi du 30 juin 1975 crée l'enfermement dans une étiquette, celle de handicapé, pour lequel la dimension soin est abandonnée » (Martin Le Ray, 2002, p. 192).

Le risque dénoncé par la psychiatrie à cette époque est celui de la captation du public de la psychiatrie par les dispositifs d'accompagnement du social. La France organise en effet de façon dissociée le dispositif sanitaire, du dispositif médico-social et social, tant au niveau du financement que des autorités compétentes (Martin Le Ray, 2002). Les deux sphères cohabitent donc dans les politiques mais toujours dans une atmosphère de rivalité ou de sentiment de menace existentielle.

La reconnaissance du handicap psychique fait donc émerger une double dichotomie : en premier lieu celle de l'articulation maladie / handicap et de sa pertinence dans le cas des troubles psychiques ; en second lieu, celle du cloisonnement du dispositif français d'accompagnement générant une opposition sanitaire / social.

Selon le psychiatre B. Azéma au sujet de la Classification Internationale des Handicaps, la rupture entre maladie mentale et handicap trouve son origine dans une définition figée de l'idiot : « Esquirol distingue la maladie du handicap en introduisant le concept d'*idiot* dont les phrases sont restées célèbres : « l'idiotie, dit-il, n'est pas une maladie, c'est un *état* dans lequel les facultés intellectuelles ne se sont jamais manifestées (...) Ces idiots sont ce qu'ils doivent être dans tout le cours de leur vie (...) On ne conçoit pas la possibilité de changer cet état. » (*op. cit.*, 2001, p. 23). C'est pour lui dans ces phrases que se sont inscrites des générations de psychiatres aliénistes établissant une démarcation tranchée entre ce qui, plus tard, deviendra le clivage entre « handicap » et « maladie ».

En effet, de ces constatations vont petit à petit émerger des conceptions antinomiques de la maladie et du handicap. Alors que la maladie s'inscrirait dans une temporalité évolutive et curable, le handicap renverrait à la « chronicité » et la « fixité » non accessible à l'amélioration de l'état de la personne.

Si l'on s'appuie sur le modèle proposé par Philip Wood et repris en partie dans la CIH, le handicap serait une conséquence sociale de la maladie, en quelque sorte une séquelle. C'est à partir de cette constatation que certains psychiatres, apparentés à la Croix-Marine, avaient donc choisi le terme de « handicap par maladie mentale » pour justement dissocier ce qui relève de la pathologie de ce qui va avoir un impact sur la vie sociale. La maladie est par définition évolutive, elle peut soit s'aggraver, soit se terminer par une guérison. C'était dans cette optique que le terme de « handicap par maladie mentale » devait privilégier le concept de processus et de reléguer la notion de « manque » que le terme de handicap ne peut que susciter (Azema, 2001).

De l'autre côté, le handicap en France est lié à l'attribution d'un statut, et se situe donc plutôt dans une forme de permanence, même si celle-ci est relative. La reconnaissance du handicap psychique se positionne bien dans cette dynamique, soit celle de l'attribution d'un statut pour permettre une prise en charge, une orientation vers des structures spécialisées d'insertion ou réinsertion. Par ailleurs, la reconnaissance du handicap sous-entendait une forme de classification à laquelle la majorité des psychiatres s'opposait alors fortement. Malgré l'intérêt pour les tentatives nosologiques des troubles mentaux, les psychiatres luttèrent à juste titre pour ne pas labelliser, enfermer la personne dans une catégorie. Ce rejet a été exacerbé en France avec l'arrivée en force des versions récentes des classifications nord-américaines (DSM) qui étaient perçues par la psychiatrie française comme une approche médico-économique préjudiciable dans le dispositif de santé.

Et pourtant, comme le montrent les travaux de P. Vidal-Naquet au sein du réseau Galaxie (2003), cette dissociation entre la maladie et le handicap est paradoxale. Pour définir le handicap psychique, il fallait repérer le handicap comme une conséquence, une séquelle de la maladie. En quelque sorte, une trace laissée par la maladie après guérison. Or, parler de guérison dans le champ de la santé mentale reste, malgré les progrès thérapeutiques, très incertain. P. Vidal-Naquet montre comment a été avancée l'idée de maladie « stabilisée » (2003). On observe des périodes de « rémission » parfois très longues pouvant être interrompues par des épisodes de réactivation de la maladie. L'idée que la maladie peut

faire l'objet d'une certaine « stabilisation » a donc été empruntée, manière de dire que les manifestations de la maladie sont toujours possibles, mais ne sont ni fréquentes, ni aiguës. « En d'autres termes, la guérison n'est pas acquise ; la maladie est toujours là, mais fait l'objet d'une certaine régulation. C'est cette maladie stabilisée qui laisse donc des traces handicapantes » (*op. cit.*, 2003, p. 9).

Dans le cas de la maladie mentale, la dichotomie opérée par Philip Wood entre la déficience, l'incapacité (registre médical) et le désavantage (registre social) à l'origine du handicap, est mise à mal. P. Vidal-Naquet, montre comment dans le domaine de la maladie mentale, il y a semble-t-il, peu de différences entre les symptômes liés à la pathologie et ceux qui sont liés à la déficience, en sorte que la séquelle de la maladie – en d'autres termes le handicap – peut être considéré comme la maladie elle-même. Il parle dès lors de tension irréductible entre la maladie (mentale) et le handicap nichée dans la volonté de juxtaposer la dimension évolutive de la première, au caractère figé et statutaire du second (*ibid.*).

Cette opposition dichotomique s'inscrit dans une réalité à la fois historique et politique de la prise en charge des malades mentaux en France. Située au carrefour de plusieurs disciplines : médecine, sociologie, sciences humaines et philosophie, la psychiatrie est un objet mal identifié marqué par un « tiraillement entre deux tentations : l'une médicale, l'autre sociale, qui illustrent l'indétermination de la place de la psychiatrie, même si finalement, elle a acquis et défendu son statut de discipline médicale » (Jaeger, 1989, *in* Azema, 2001, p. 24). Aujourd'hui dans le chapitre de la lutte contre les fléaux sociaux du Code de la santé publique, la lutte contre les maladies mentales appartient clairement au champ sanitaire. Discipline de « court séjour » au même titre que la chirurgie ou l'obstétrique, l'inscription de la psychiatrie dans le champ de la médecine s'accroît, tant au niveau des outils théoriques, avec la montée des neurosciences, que de son inscription hospitalière : statut des praticiens, unification du diplôme d'infirmier, rapprochement avec l'hôpital général, transformation des centres hospitaliers spécialisés en établissements de santé, tout concourt en quelque sorte, à la banaliser, au sein du paysage institutionnel sanitaire (Martin Le Ray, 2002, p. 189).

Cette revendication d'appartenance au champ médical a été plusieurs fois questionnée dans l'histoire de la psychiatrie. Une première rupture avec la neurologie en fait en 1968 une discipline majeure. Parallèlement, elle fera l'objet de vifs débats quant au modèle explicatif de la maladie mentale : psychologique, biologique ou social. Le développement de la psychothérapie institutionnelle, puis la mise en place même tardive de la sectorisation dans les années quatre-vingt, ont insufflé une dynamique de prise en charge des patients dépassant largement le cadre unique du soin. Ces changements de position de la psychiatrie ont parfois été le terreau de mouvements intellectuels s'appuyant par exemple sur le marxisme et la psychanalyse et remettant ainsi en cause la dimension objective de la maladie. Dans ce contexte de redéfinition de la deuxième moitié du XX^{ème} siècle, c'est l'identité même de la psychiatrie dans le champ sanitaire qui s'est posée.

Pour autant, le consensus mou d'une acceptation de l'origine biopsychosociale de la maladie mentale sur laquelle a reposé la sectorisation, la diversification des structures d'accueil (hôpitaux de jour,

centres médico-psychologiques, centres thérapeutiques...) et des outils thérapeutiques et modes d'accompagnements, n'ont pas remis en question la réorganisation progressive de la discipline psychiatrique sur le modèle des hôpitaux généraux entre 1968 et 1996 (Bernard, 2002). L'enjeu est donc depuis plusieurs années de réactiver le positionnement de la psychiatrie dans une dimension de soin, perçue comme plus noble, et non de gestion de la chronicité.

Dans ce contexte de recherche posturale et identitaire de la psychiatrie, le champ du social symbolisé par le handicap représente une menace.

À ce propos, M. Jaeger a analysé les ambiguïtés du concept de handicap attribué au malade mental par rapport à son positionnement à la frontière du médical et du social. Ainsi il attire l'attention sur les risques potentiels du statut du handicap psychique : « La reconnaissance du malade comme sujet de droit, dans sa citoyenneté, à laquelle on ne peut qu'adhérer, risque d'être doublement annulée par :

- la dissolution du soin dans une « prise en charge » ;
- l'abandon plus ou moins dissimulé par les allocations dans un milieu ordinaire rejetant ;
- le renvoi de l'échec de l'insertion du malade à sa seule problématique personnelle (son handicap) » (Azema, 2001, p. 30).

Sans détour, la dimension sociale du handicap est non seulement présentée comme une atteinte aux soins, mais également comme un type de prise en charge exclusive, menant à une forme d'abandon de la personne dans un univers hostile. On touche là tout le paradoxe du handicap dans le champ de la santé mentale, qui est avancé au contraire par les défenseurs du statut comme une porte d'entrée à des droits, une citoyenneté, une reconnaissance existentielle.

Cette rupture est en fait consommée par un dispositif français organisé en filières. Ainsi l'accompagnement et la prise en charge, qu'ils soient médicaux ou sociaux, sont organisés autour du ciblage des populations concernées. Le système repose en effet sur un mécanisme de prise en charge des personnes à partir des dispositifs dont elles relèvent ; soit les dispositifs d'aide à l'emploi, les dispositifs de soin, les dispositifs d'accompagnement social, les dispositifs de réinsertion sociale ou professionnelle... Ce fonctionnement implique d'être capable de déterminer le statut dont relève la personne, et donc de faire le choix d'un type de prise en charge qui va dominer à un moment donné.

En outre, cela sous-entend une certaine perméabilité entre les différentes filières afin d'approcher au mieux la complexité des différents besoins de la personne. C. Martin Le Ray montre à ce propos comment, dans ce système, la tension entre maladie et handicap est exacerbée dans le champ de la santé mentale : « En France, le dispositif sanitaire est distinct du dispositif médico-social et social, tant au niveau de son financement que des autorités compétentes (...) Si les deux dispositifs exercent des compétences différenciées et spécifiques, la nécessité d'une continuité des soins en santé mentale exige de pouvoir bénéficier de prises en charge successives ou conjointes, les parcours individuels traversant les institutions » (*op. cit.*, 2002, p. 189). Or, historiquement et culturellement, ces dispositifs ont encore du mal à construire des passerelles opérationnelles permettant un passage de la personne d'un système d'accompagnement à un autre. Malgré les efforts de dépassement d'une forme de

mépris, voire d'agressivité entre le travail social et la psychiatrie, le sociologue M. Jaeger montre comment les tensions et frictions se sont enracinées. « Du point de vue des institutions, l'actualité de la psychiatrie publique est faite d'une baisse spectaculaire du nombre de lits d'hospitalisation et du basculement d'un nombre croissant de patients vers des structures sociales et médico-sociales, que ce soit pour des projets d'insertion ou pour des prises en charges plus adaptées souvent moins coûteuses que l'hôpital (centres d'hébergement et de réinsertion sociale, maisons d'accueil spécialisées, foyers, centres d'aide par le travail...). On peut comprendre que les professionnels de la psychiatrie y voient une dissolution administrative de la maladie mentale dans le handicap, qu'ils vivent ce changement sur le mode de la perte, et même qu'ils perçoivent dans les institutions médico-sociales, sous une forme quasi hallucinatoire, le fantôme de l'asile d'autrefois » (Jaeger, 2002, p. 341). Inversement, du côté du secteur médico-social, l'immigration non maîtrisée des malades mentaux, et l'intrusion éventuelle du monde psychiatrique sont perçues d'un très mauvais œil (*op. cit.*, p. 340). Ainsi, les dispositifs et structures seraient en rivalité, et non complémentaires, pour répondre aux besoins dans le champ de la santé mentale. M. Jaeger l'explique en partie par une méconnaissance réciproque, un cloisonnement entre les formations des deux filières qui doit être dépassé pour répondre à la complexité des besoins et la diversité « des profils cliniques » (*op. cit.*, p. 341).

2. La résolution sociale d'une problématique médicale

Voyons comment cette reconnaissance du handicap peut, dans une certaine mesure, être appréhendée comme un espace de réconciliation entre les deux champs sanitaires et sociaux, et finalement redonner une place à la personne dans son parcours de vie.

La proposition de Philip Wood reprise dans la Classification Internationale du Handicap n'est pas exclusivement le facteur d'une rupture entre maladie et handicap. En effet, distinguant différents niveaux d'expériences de santé, ce modèle a été l'occasion d'une clarification et d'un repérage des domaines d'interventions respectifs et des professionnels concernés par le handicap :

- tout ce qui relève du trouble et des déficiences est traité par le médecin et l'équipe soignante ;
- l'incapacité concerne ce que l'on nomme la réadaptation. Elle suppose la mise en place d'actions qui permettent d'atténuer, de surmonter, voire de supprimer les obstacles qui génèrent le désavantage. Infirmiers, ergothérapeutes, et psychomotriciens y travaillent de concert ;
- le désavantage est le domaine de la réinsertion. Elle ne se situe plus dans le champ médical, hospitalier mais dans le champ social, en ville. L'équipe soignante de secteur est partenaire des différents professionnels et militant associatifs qui interviennent dans ce domaine (Friard, 2006, p. 23).

C'est ce qui fait dire à Bernard Azema que la notion de plans d'expériences proposés par la CIH est « très utile pour comprendre et situer l'action des professionnels et des politiques publiques. Tous les

plans d'expérience sont importants. Tous sont à la fois autonomes et indépendants » (Azema, 2001, p. 35).

Dans la communauté des psychiatres, c'est F. Chapiro qui fut l'un des plus grand défenseurs de la pertinence de la Classification des Handicaps, et donc indirectement de la reconnaissance du handicap psychique. Contrairement aux premières réactions face à la promulgation de la loi de 1975, la Classification et le modèle du handicap permettent de se détacher de l'opposition maladie-handicap, pour au contraire lui reconnaître l'opportunité de « coordonner les moyens mis en œuvre à différents niveaux, en évitant aussi bien la confusion des rôles que la subordination de l'un des versants à l'autre »⁶⁰. Le handicap devient dès lors paradoxalement un moyen de reconnaissance de l'existence de handicaps dus à la maladie mentale et de mieux spécifier les champs respectifs des pratiques sociales et sanitaires, des pratiques curatives et de réinsertion (Azema, 2001).

Le handicap devient dans une certaine mesure un espace de réconciliation des différents champs : « en santé mentale, la classification de Wood a suscité de l'intérêt dans la mesure où elle permet d'aborder sans clivage les troubles psychopathologiques et leurs conséquences, alors que l'organisation des dispositifs oblige, avant d'aider une personne, à décider si elle sera malade (secteur sanitaire), handicapée (secteur médico-social), en danger moral (protection judiciaire de la jeunesse), etc... » (Chapiro, 2001, p. 59).

C'est également F. Chapiro qui a proposé un retournement positif de la discontinuité entre maladie et handicap dans le champ de la santé mentale, montrant comment les variations d'une personne à une autre sont considérables dans l'expression des troubles psychiques : « Pour un même diagnostic, les personnes ne souffrent pas des mêmes difficultés dans la vie ordinaire, et ces difficultés changent dans le temps pour une même personne » (Chapiro, 2003, p. 183). Le handicap psychique permet alors d'intégrer une temporalité et une variabilité des conséquences de la maladie dans la vie sociale.

Cette prise en compte d'une temporalité inscrite dans le handicap est reprise par A. Erhenberg dans son analyse du déplacement de la psychiatrie au travers de trois grands changements du pôle pathologique : le passage du patient à l'usager, la revendication des droits des patients, la référence au handicap. « La référence au handicap est liée à la chronicité et à la fragilisation de la distinction entre curatif et palliatif : une maladie de longue durée ou qui ne guérit pas, implique de vivre avec des possibilités inférieures d'adaptation aux normes de la vie quotidienne. Le handicap redéfinit donc le pathologique sur le plan de la temporalité : au soin doit s'ajouter l'accompagnement. La visée est l'intégration du patient dans la vie sociale malgré les handicaps causés par sa maladie. Le handicap est à la fois l'expression d'un rapport au temps appréhendé sur une durée longue, et d'un rapport au patient considéré comme un tout – et pas seulement comme un malade » (Ehrenberg, 2004, p.143).

⁶⁰ Propos de R. Mises lors d'un séminaire au CTNERHI, en 1990, sur « Les classifications et la santé mentale » in « Les classifications et la santé mentale », actes du Séminaire du jeudi 6 décembre 1990, *Handicaps et inadaptation. Les Cahiers du CTNERHI*, janvier-mars 1992, n°57, 95 p.

Un déplacement s'opère alors dans la façon de considérer la personne handicapée psychique : elle devient une personne aux besoins multiples et dont les profils peuvent être largement diversifiés. Par le handicap, le rapport maladie-santé est redéfini dans une visée de socialisation. Paradoxalement, le modèle de la CIH parfois critiqué pour son approche purement médicale de l'expérience de santé, est, dans le champ de la santé mentale, l'accroche à une prise en charge non plus mono-orientée mais bien centrée sur l'individu dans tous les champs de sa vie. C'est une réforme fondamentale d'une clinique mentale qui amène à considérer le patient non plus figé dans l'hôpital psychiatrique à un instant « t » mais bien considéré sur sa « trajectoire de vie » (Ehrenberg, 2004). C'était une des propositions de la mission Cléry-Melin⁶¹ concernant « les personnes souffrant d'un handicap psychique » : passer de « l'attente d'un statut et d'une place à celle d'un accompagnement gradué et décloisonné, d'un "parcours de vie" ». Ils précisent : « ni alternative, ni activité concurrente de la psychiatrie, la santé mentale est à celle-ci ce que la santé est à la discipline médicale, une préoccupation qui prend en compte autant la dimension de patient que celle de citoyen » (*op. cit.*, p. 216).

Comme nous l'avons évoqué précédemment, le handicap, et selon A. Ehrenberg, l'approche par la Santé mentale, sont perçus comme le lieu de réconciliation de deux champs, le sanitaire et le social. Il devient un espace de revalorisation de l'individu dans sa singularité. Le malade mental ne se définit plus par rapport à son expérience psychiatrique mais par rapport à sa participation sociale⁶². C'est l'orientation réaffirmée par la conception proposée par la CIF et la loi Handicap 2005 : le handicap s'inscrit dans une prise en charge globale de la personne. Du côté de la pathologie mentale, le fou à enfermer n'est plus qu'un élément dans un ensemble plus vaste qui l'a englobé, celui du citoyen en difficulté qu'il faut soutenir et qui doit être « l'acteur de sa maladie ». La signification est qu'il faut prendre en charge moins des maladies que le patient, considéré comme un tout sur sa trajectoire de vie (Ehrenberg, 2004).

Un changement de paradigme s'opère, la maladie mentale ne se limite plus à une pathologie, une déviance, ou une déficience comportementale, elle devient un phénomène social à part entière. Elle met en jeu la responsabilité intégratrice⁶³ de la société. Le handicap psychique et le déplacement du pôle pathologique vers la santé mentale redéfinit l'expérience de santé mentale dans un référentiel plus large : celui de la capacité de la société à prendre en compte des besoins différenciés. La société, en tant qu'espace de construction du lien et du collectif devient un acteur à part entière du processus de production du handicap psychique. Plus que jamais, dans le champ de la santé mentale, l'observation du sociologue S. Ebersold (1997) prend toute sa dimension : « le handicap n'est pas une donnée naturelle engendrée par la déficience mais une construction sociale s'articulant autour des relations que la société entretient avec l'autre, le différent » (Ebersold *in* Arveiller, 2006, p. 154). La maladie mentale

⁶¹ P. Cléry-Melin, V. Kovess, J.C. Pascal, *Plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mental*, Rapport d'étape de la mission Cléry-Melin remis ministre de la Santé de la Famille et des personnes handicapées, 15 septembre 2002.

⁶² C'est la définition interactionniste de la maladie mentale en dehors de l'hôpital proposée par Goffman dans son ouvrage « La folie dans la place » (1973).

⁶³ Au sens durkheimien, c'est-à-dire de préservation du lien social et de recherche d'une forme de cohésion sociale.

n'existe dans une certaine mesure que dans un système social donné, rendu accessible par la conception apportée par le handicap psychique. J.-P. Arveiller dans son ouvrage sur le traitement de la « folie sociale », reprenant les écrits de S. Ebersold, argumente cette supériorité du social sur l'approche médicale dans les problématiques d'intégration des personnes handicapées : « On s'aperçoit que l'accueil du social est primordial et que le handicapé est celui à qui il manque davantage une place qu'un organe ou une fonction. L'appartenance sociale n'est plus référée à des ségrégations conditionnées par des inégalités qu'il importe de combattre mais à la nécessité d'établir et surtout de rétablir et de maintenir des liens sociaux remis en cause » (Ebersold *in* Arveiller, 2006, p. 154). Selon lui, « le handicap est davantage dépendant de la qualité de l'environnement social que médical » (*ibid.*).

3. L'enjeu par rapport au handicap mental

Historiquement, la non-reconnaissance du handicap psychique, distinct du handicap mental, a généré une confusion. Sous l'appellation de handicap mental étaient réunies deux réalités médicales différentes :

- la déficience mentale (caractérisée par une déficience intellectuelle)
- la déficience psychique (caractérisée par une altération de la pensée, de l'humeur et du comportement et générée par la maladie mentale).

T. Albernhe explique cet amalgame par l'évolution philosophique des textes législatifs sur le handicap. Selon lui, la politique française basée sur un devoir de solidarité à l'égard des individus en situation de vulnérabilité qui la composent a « abouti progressivement à un glissement regrettable, substituant en quelque sorte le concept de handicap mental à celui de maladie mentale chronique : la conséquence sociale (le handicap) était prise pour la cause médicale (la pathologie)» (*op. cit.*, 1997, p. 17).

Les handicaps mentaux renvoient aux états déficitaires plus ou moins graves, autrefois appelés déficiences ou débilites mentales ou intellectuelles, et évalués au moyen d'examen cliniques ou de tests d'efficience psychologique.

Ainsi le Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées présentait en 2003 le handicap en deux grandes familles⁶⁴ :

- les handicaps physiques
- les handicaps mentaux.

Notons une première distinction entre des représentations des déficiences localisées physiquement ou biologiquement et les déficiences de la sphère mentale, moins ancrées d'un point de vue organique.

⁶⁴ Disponible sur <http://www.handicap.gouv.fr> [réf. du 4 avril 2003].

Tout en reconnaissant l'ambiguïté du terme de « handicap mental », il est défini comme le handicap lié non seulement à une déficience intellectuelle mais également à une déficience psychique.

Pourtant, il est précisé que ce regroupement des déficiences n'est pas approprié :

« Il faut noter immédiatement que le terme est en lui-même porteur d'ambiguïtés et qu'une confusion est fréquemment dénoncée par les associations entre les différents types de handicap induits par des déficiences des « fonctions supérieures ». »

Puis par la suite, en définissant le champ des déficiences psychiques comme entraves de « la vie relationnelle, de la communication et du comportement... », il est précisé que distinguer les déficiences psychiques des déficiences intellectuelles « permet de rendre compte des situations spécifiques de handicaps vécues notamment par les personnes atteintes de maladies mentales évoluant au long cours, et qui relèvent donc à la fois de soins psychiatriques et d'un accompagnement spécifique visant à atténuer les effets invalidants de ce type de déficience ».

Deux types de déficiences sont donc regroupés sous une même catégorie dans les représentations du handicap, alimentant un amalgame entre les déficiences psychiques et les déficiences intellectuelles.

L'ouvrage de R. Liberman intitulé *Handicap et maladie mentale*, ne fait par exemple pas de distinction entre le handicap mental, issu d'une déficience intellectuelle et le handicap généré par la maladie mentale. Ainsi pour lui « le handicapé mental est un sujet qui, en raison d'une déficience pathologique, présente une incapacité fonctionnelle d'insertion dans le circuit social ordinaire...Le handicapé mental est avant tout un malade mental qui supporte un désavantage social permanent » (*op. cit.*, 1988, p. 27). Il élude la question de la déficience intellectuelle ou psychique en définissant le handicap autour d'une approche sociale et de participation. Pourtant son ouvrage traite bien du « handicap par maladie mentale » et non du « handicap mental » entendu comme conséquence d'une « déficience psychique ».

Le guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées distingue bien dans un premier chapitre les déficiences intellectuelles et difficultés du comportement, des troubles psychiques des enfants adolescents et adultes dans un deuxième chapitre.

Classiquement, les déficiences intellectuelles s'opposent à la maladie mentale à plusieurs titres :

- du fait de leur fixité : l'idée d'une immuabilité du quotient intellectuel était partagée et reconnaissait la déficience intellectuelle comme un état.
- En ce qu'elles sont un objet de la pédagogie et non de la médecine. La déficience intellectuelle relève donc des enseignants, des pédagogues, ou par la suite des psychologues et est pensée en termes d'éducation plutôt que de soin.
- La déficience intellectuelle était réputée comme d'origine organique alors que l'on reconnaît une étiologie triple, biologique, psychologique et sociale, à la maladie mentale.

Ce sont ces représentations dichotomiques, longuement discutées par S. Tomkiewicz (1993) qui fondent les revendications de l'Unafam lorsqu'elle défend une reconnaissance du handicap psychique dans le Livre Blanc des partenaires en Santé mentale (2001):

« Le handicap mental est sans doute plus connu, il est parfois plus visible et surtout son évolution est stabilisée » (*op. cit.*, 2001, p. 33)

Ils évoquent le handicap mental comme mieux délimité et qui se distingue du handicap psychique au moins sous trois angles :

- du côté du handicap psychique, les capacités strictement intellectuelles peuvent rester vives, tandis que du côté du handicap mental, la déficience est toujours présente ;
- du côté du handicap psychique, les soins sont très importants, tandis que du côté du handicap mental, ils peuvent rester marginaux ;
- du côté du handicap psychique, la variabilité des manifestations de la maladie crée constamment une incertitude qui demande des ajustements incessants. Du côté du handicap mental, la fixité des incapacités est *a priori*, plus compatible avec des solutions durables (*ibid.*, p14) ;

En fait ces oppositions manichéennes sont discutables. Tout d'abord, selon les différentes approches théoriques, l'étiologie des déficiences mentales est surtout génétique (les aberrations chromosomiques), biologique (agressions prénatales, périnatales ou post-natales), essentiellement psychologique (blocages mentaux provoqués par l'hospitalisme, la perturbation des premiers liens entre la mère et l'enfant) ou encore écologique (milieu socioculturel frustré, carence de stimulations intellectuelles, mauvaises conditions de vie, d'alimentation, de sommeil...).

Par ailleurs, la circulaire de 1989 émanant du Ministère des affaires sociales et rédigée dans le cadre de la refonte des annexes XXIV, reconnaît que « la déficience mentale, ou son niveau, ne peut plus être considérée de manière univoque comme un état défini, fixé, sur lequel un simple apprentissage, limité et adapté, suffirait ».

Sans remettre en cause la légitimité clinique de ces deux notions de handicap mental et de handicap psychique, G. Zribi montre que « certaines caractéristiques peuvent être communes, comme les difficultés importantes de compréhension et d'adaptation ou les troubles graves de la personnalité et du comportement. La différence est qu'elles n'apparaissent pas dans les mêmes proportions dans l'un et l'autre cas. Pourtant on peut parler de double diagnostic dans les deux cas : un handicap mental prévalent avec troubles de la personnalité et un handicap psychique avec une évolution déficitaire » (*op. cit.*, 2003, p. 17).

C'est pourquoi dans toutes les classifications ou grilles d'évaluation apparaissent la déficience intellectuelle dans le champ des troubles psychiques ou du handicap psychique et les troubles du comportement dans la famille des handicaps mentaux. La frontière semble perméable entre les deux notions même si du point de vue du handicap, elle recouvre des expériences sociales et médicales différentes.

En conséquence le handicap psychique, tout en redéfinissant un dispositif de prise en charge, une reconnaissance sociale d'une population en situation de précarité, et avant même de représenter une catégorie, un stigmat, ou une étiquette, symbolise une réinscription de la maladie mentale et des troubles psychiques dans un univers social au cœur de la tension entre l'individu et la société, entre la singularité et le collectif. Dans ce contexte, le diagnostic en tant que tel et les classifications nosographiques n'ont que peu d'importance ; en revanche c'est tout le champ du retentissement social de la maladie qui reste à explorer.

TOME II

| | |
|--|------------|
| DEUXIÈME PARTIE | 145 |
| L'EXPÉRIENCE DU HANDICAP PSYCHIQUE EN SITUATION DE TRAVAIL | 145 |
| Chapitre 3 : L'émergence de la situation de handicap psychique | 147 |
| I. <u>Repérer, définir, approcher le handicap psychique dans l'emploi</u> | 148 |
| A. <u>Un phénomène marginal ?</u> | 148 |
| 1. Une question insaisissable dans l'entreprise | 148 |
| a) <u>Une visibilité limitée</u> | 148 |
| b) <u>Les estimations des problèmes de santé mentale dans l'emploi</u> | 150 |
| 2. Rendre compte des problèmes de santé mentale dans l'entreprise | 152 |
| a) <u>Les indicateurs de troubles psychiques dans l'emploi</u> | 152 |
| b) <u>Les incapacités comportementales dans l'emploi</u> | 154 |
| B. <u>L'émergence du handicap dans l'emploi</u> | 155 |
| 1. Le lien fragilisé avec l'entreprise | 155 |
| a) <u>L'arrêt de travail ou la rupture du lien</u> | 155 |
| b) <u>De l'aptitude à l'inaptitude</u> | 157 |
| 2. La manifestation bruyante des troubles psychiques | 161 |
| a) <u>La « déviance » comportementale</u> | 161 |
| b) <u>Les difficultés professionnelles</u> | 164 |
| c) <u>Les champs d'expression du handicap psychique</u> | 166 |
| 3. Les deux dimensions du handicap dans l'emploi | 167 |
| a) <u>Les deux facettes d'un même handicap</u> | 167 |
| b) <u>La situation d'écart</u> | 170 |
| c) <u>De la fragilisation de la compétence à l'employabilité</u> | 171 |
| II. <u>La singularité du handicap psychique dans l'emploi</u> | 174 |
| A. <u>Les effets de singularité</u> | 175 |
| 1. La notion de temporalité | 175 |
| a) <u>Le temps de la maladie : entre discontinuité et non-linéarité</u> | 175 |
| b) <u>Entre stabilité et chronicité</u> | 176 |
| c) <u>La déstabilisation du rapport à soi</u> | 177 |
| d) <u>Le temps du soin</u> | 178 |
| 2. Le caractère globalisant de la maladie ou l'inscription spatiale du handicap | 181 |
| a) <u>Avoir une maladie mentale ou être malade mental ?</u> | 181 |
| b) <u>Les soins : entre coercition et contrôle social</u> | 183 |
| c) <u>Un handicap « contagieux »</u> | 186 |
| B. <u>Tentative de typologie de l'émergence du handicap</u> | 189 |

| | |
|---|------------|
| 1. Une situation à l'articulation de l'individuel et du collectif | 189 |
| a) La conscience des troubles..... | 189 |
| b) La double articulation..... | 192 |
| c) La tension par rapport au collectif..... | 195 |
| 2. Les figures de salariés handicapés psychiques | 197 |
| a) Le « bon handicapé »..... | 197 |
| b) « L'inconnu »..... | 200 |
| c) Le « déviant »..... | 203 |
| Chapitre 4 : Approche systémique du maintien dans l'emploi | 207 |
| I. Le maintien dans l'emploi : quelle réalité dans l'entreprise ?..... | 212 |
| A. Une initiative ponctuelle..... | 212 |
| 1. Les obligations liées au maintien dans l'emploi | 212 |
| a) Définitions..... | 212 |
| b) Quelle volonté politique ?..... | 213 |
| c) Le maintien dans l'emploi dans les accords d'entreprise..... | 215 |
| 2. Le maintien : un espace de négociation | 218 |
| a) Un nombre important de salariés concernés..... | 218 |
| b) Les facteurs favorisant le maintien dans l'emploi..... | 221 |
| c) Les outils du maintien..... | 222 |
| B. Pourquoi maintenir dans l'emploi ? La place du travail dans la santé mentale..... | 227 |
| 1. Représentations et attentes du travail des personnes handicapées psychiques... | 228 |
| a) Les représentations du travail des personnes handicapées..... | 228 |
| b) Un espace valorisé par les personnes..... | 231 |
| c) Un symbole de souffrance..... | 238 |
| 2. La visée thérapeutique du travail | 240 |
| a) D'une conception morale du travail à la normalisation du statut..... | 240 |
| b) Les effets cliniques du travail..... | 243 |
| c) Les différentes formes de travail proposées..... | 245 |
| II. Le maintien dans l'emploi : la mobilisation d'un système d'acteurs..... | 250 |
| A. Le point de rencontre d'une multitude d'acteurs..... | 250 |
| 1. La dynamique de groupe | 250 |
| a) Système ou réseau ?..... | 250 |
| b) Entre proximité et expertise..... | 254 |
| 2. Les acteurs du médico-social : des équilibristes | 258 |
| a) Les médecins du travail..... | 258 |
| b) Les assistantes sociales..... | 262 |
| 3. Les acteurs de la sphère professionnelle : au cœur d'injonctions paradoxales | 266 |
| a) Les responsables de l'encadrement..... | 266 |
| b) Les correspondants handicap..... | 269 |

| | |
|---|------------|
| c) <u>Les collègues de travail</u> | 271 |
| 4. <u>Les conseillers techniques</u> | 273 |
| a) <u>Les psychiatres : des électrons libres</u> | 273 |
| b) <u>L'étayage des psychologues</u> | 275 |
| c) <u>Les organisations syndicales : des modérateurs ?</u> | 277 |
| B. <u>La dynamique collective du maintien dans l'emploi</u> | 279 |
| 1. <u>Une dynamique à double entrée</u> | 279 |
| a) <u>La nature des relations des acteurs du système</u> | 279 |
| b) <u>La participation du salarié handicapé psychique au système</u> | 280 |
| c) <u>Schéma de synthèse</u> | 282 |
| 2. <u>Idéaux types de situations de maintien dans l'emploi</u> | 282 |
| a) <u>Le modèle de la tolérance</u> | 282 |
| b) <u>Le modèle conflictuel</u> | 284 |
| c) <u>Le modèle humanitaire ou solidaire</u> | 288 |
| d) <u>Le modèle de GRH (ou du handicap banalisé)</u> | 291 |
| e) <u>Le modèle confidentiel</u> | 294 |
| f) <u>Le modèle de l'exclusion ou de la désinsertion</u> | 296 |

DEUXIÈME PARTIE

L'EXPÉRIENCE DU HANDICAP PSYCHIQUE EN SITUATION DE TRAVAIL

Cette deuxième partie recentre la problématique sociale du handicap psychique sur le monde du travail. Après avoir montré comment l'expérience individuelle et psychique de la maladie mentale pouvait être approché dans sa dimension sociale autour de la notion de handicap, il s'agit maintenant d'étudier concrètement l'expérience du handicap psychique sur le lieu de travail.

Dans un premier temps, nous tenterons de rendre compte de la réalité du handicap psychique dans le monde du travail (Chapitre 3). La visibilité du handicap psychique dans les entreprises n'apparaît pas de façon évidente et pourtant certains indicateurs révèlent un vécu singulier de salariés atteints de troubles psychiques dans le monde du travail. Cela nous amènera à étudier la complexité du passage d'une situation d'emploi banale à l'émergence d'un handicap psychique. Nous verrons que le lien de causalité entre des troubles psychiques ou une maladie mentale et le handicap psychique n'est pas linéaire. Une tension existe entre l'expérience particulière du salarié relative à sa santé mentale et sa situation dans l'emploi. La deuxième partie de ce chapitre propose une discussion autour de la singularité du handicap psychique dans l'emploi et de ses conséquences sur la situation de travail.

Dans un deuxième temps, c'est l'observation d'une dynamique collective naissant autour du maintien dans l'emploi d'un salarié handicapé psychique que nous proposerons (chapitre 4). Tout en gardant à l'esprit le caractère individuel du handicap psychique dans l'emploi, nous verrons que cette situation suppose l'implication, plus ou moins active, d'une multitude d'acteurs de l'entreprise. La question du maintien dans l'emploi devient collective à plusieurs niveaux. Tout d'abord le rapport de l'entreprise et des salariés au maintien dans l'emploi : qu'est ce que le maintien dans l'emploi ? Quel est le rapport de l'entreprise au maintien dans l'emploi ? Et quelle est la réalité du maintien de salariés handicapés psychiques ? La réponse à ces questions nous invitera à considérer l'ensemble des acteurs touchés par cette problématique, les liens qu'ils vont construire entre eux et les dynamiques collectives qui vont s'en dégager.

Chapitre 3 : L'émergence de la situation de handicap psychique

La question que nous souhaitons élucider dans ce chapitre est celle du point de rencontre entre, d'un côté des difficultés et une souffrance psychique dans la vie courante qui se gèrent dans la sphère privée, et de l'autre, des troubles psychiques qui deviennent un handicap et interfèrent avec la sphère du travail. Comment émerge le handicap ? Dans quelles conditions ? Selon quelles logiques individuelles et collectives ?

Au travers de cette réflexion, c'est la question de la singularité du handicap psychique dans l'emploi qui va se poser.

Le handicap psychique n'est pas une caractéristique de la personne, c'est un processus, une expérience qui concerne l'individu dans un milieu donné : le handicap psychique en soi ne signifie rien. Il n'a de sens et de valeur qu'au regard de l'environnement qui s'ingère dans son élaboration : dans notre cas, le travail.

I. Repérer, définir, approcher le handicap psychique dans l'emploi

A. Un phénomène marginal ?

1. Une question insaisissable dans l'entreprise

a) Une visibilité limitée

Quelle est la prévalence de personnes atteintes d'un handicap psychique dans le monde du travail ? Combien de salariés sont concernés par des mesures de maintien dans l'emploi suite à l'expérience de troubles psychiques ? Quelle est la part de travailleurs touchés par des problèmes de santé mentale ayant un impact sur l'organisation de leur travail ?

Spontanément, l'observateur qui s'intéresse à la problématique d'insertion professionnelle des personnes handicapées, se concentre sur la population reconnue handicapée au sens de la loi Handicap 2005, c'est-à-dire des personnes qui ont une reconnaissance administrative de leur handicap. C'est la principale source statistique disponible sur cette population.

Mais ces statistiques ne nous informent pas sur l'origine du handicap ; en sont écartées toutes les personnes souffrant d'un handicap plus ou moins lourd, qui ont accédé à l'emploi sans passer par ces dispositifs.

En conséquence, nous pouvons affirmer que le recensement des personnes handicapées psychiques dans l'emploi n'existe pas et n'existera probablement jamais. Plusieurs raisons justifient cette opacité. Tout d'abord la faible visibilité quant à la nature des handicaps dans le monde du travail. En effet, la Cotorep reconnaissait la qualité de travailleur handicapé (RQTH)⁶⁵, une catégorie de handicap (A léger ou temporaire, B modéré et durable, C grave et définitif) mais ne signalait en aucun cas la nature du handicap. La Commission des Droits et de l'autonomie (CDA) qui remplace désormais la Cotorep dans la nouvelle Loi Handicap du 11 février 2005 ne prévoit plus de catégories distinctes selon le type de handicap (catégorie A, B, ou C). Elle se limitera à la reconnaissance administrative de la qualité de bénéficiaire de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés dans les entreprises de plus de 20 salariés. Le dispositif ne prévoit donc plus de modulation d'un statut en fonction de la nature ou de la

⁶⁵ Selon l'article L 313.10 du Code du travail, doit être considérée comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites à la suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales (Chataud, 2000, p.18).

gravité du handicap⁶⁶. Il en découle une moins grande visibilité sur la représentation de la population handicapée et de son profil lié au handicap.

Par ailleurs, la RQTH est une décision personnelle, qui ne fait en aucun cas l'obligation d'un signalement à l'employeur. Or, le handicap psychique est dans une certaine mesure invisible. En conséquence, il arrive que des salariés aient obtenu la reconnaissance administrative de leur handicap afin de bénéficier d'aides financières ou d'aides à l'emploi sans pour autant en avoir informé l'entreprise par peur d'une stigmatisation, de pénalisation ou d'exclusion. Inversement, le handicap psychique ne porte pas de marques corporelles visibles qui pourraient donner accès à une appréciation même partielle de la part de la population salariée concernée.

Les entreprises ont donc une vision partielle du nombre de salariés handicapés présents dans leurs effectifs, et une vision encore plus réduite du nombre de salariés handicapés psychiques.

Quand bien même l'entreprise aurait une visibilité parfaite du nombre de salariés ayant une RQTH dans ses effectifs, celle-ci aurait une pertinence limitée, étant donné le faible pourcentage de personnes atteintes de maladies mentales ayant une reconnaissance de leur handicap. Une étude portant sur des salariés en milieu ordinaire de travail, atteints de psychoses graves repérées par la médecine du travail montre par exemple que seuls 18,1 % de ces salariés en 2005 avaient une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (Chabanais, 2006, p. 90). En revanche, cette étude révèle malgré tout la présence d'un certain nombre de personnes atteintes de « pathologies mentales sévères » telles que les troubles bi-polaires de l'humeur, la schizophrénie, la psychose hallucinatoire chronique, la psychose paranoïaque et les états délirants aigus en milieu ordinaire de travail. L'auteur conclut à une « insertion professionnelle et durable de certains de ces malades dans le milieu de travail dit « ordinaire ». Ils représentent d'après cette étude en moyenne 1,46 salariés sur 1000, considérant que la prévalence des psychoses en général est estimée entre 1,7 % et 2,1 % de la population mondiale (Chabanais, 2006, p. 99). Il est intéressant de noter que cette insertion s'accompagne dans la très grande majorité des cas de restrictions d'aptitude et de fréquents aménagements des postes de travail. La maladie ne nous informe que partiellement sur la situation de handicap du salarié, mais la présence de troubles avérés, corrélés à l'existence d'une forme d'aménagement de poste sont malgré tout le signe d'un handicap potentiel.

Le nombre de salariés reconnus handicapés psychiques par les instances expertes n'apporte en conséquence que peu d'informations quant à la prévalence de personnes atteintes de troubles psychiques dans l'emploi.

⁶⁶ Cette évolution de la loi fait écho aux consignes de non-discrimination en raison d'un handicap au niveau européen et inscrit dans le traité d'Amsterdam - article 6A (1997) ratifié par la France au premier trimestre 1999.

b) Les estimations des problèmes de santé mentale dans l'emploi

Différentes études apportent malgré tout un éclairage sur la prédominance des troubles psychiques dans le monde du travail.

Ainsi, une étude de 'The United Kingdom department of health' citée par le Bureau international du travail dans un document intitulé *Mental health and work* (2000), estime que 15 à 30 % des personnes en situation d'emploi feront l'expérience d'un problème de santé mentale durant leur vie professionnelle. Ainsi l'Union Européenne reconnaît l'impact des troubles de santé mentale : la population active présentant un problème de santé mentale est estimée à 20 % (*ibid.*).

Cela ne signifie pas pour autant qu'une personne sur cinq, dans la population active, est un travailleur présentant un handicap psychique. L'expérience d'un problème de santé mentale ne génère pas nécessairement de difficultés particulières dans l'emploi. Cependant, ces chiffres révèlent l'impossible contournement de la question de la santé mentale dans le monde du travail.

Ainsi, le coût des problèmes de santé mentale est par exemple estimé à 32 millions de livres Sterling⁶⁷ en Angleterre, dont un tiers proviendrait de l'inactivité et de la moindre productivité liées à la schizophrénie, la dépression, le stress ou l'anxiété⁶⁸. Ces chiffres vertigineux sont également avancés par le Bureau international du travail, notamment sur le nombre de jours de travail « perdus » pour cause de maladie mentale (*ibid.*). Ils sont estimés à 80 milliards tous les ans dont plus de la moitié sont spécifiquement causés par l'anxiété ou le stress. Au Québec les problèmes de santé mentale coûteraient 5,12 milliards de dollars canadiens⁶⁹ par année en frais de santé et en perte de production selon un document de l'association québécoise pour la réadaptation (Lauzon *in* Corbière, 2002, p. 194).

Par ailleurs, la prévalence des troubles psychiques et les problèmes de santé mentale au travail ne cessent d'augmenter et de faire l'objet d'études afin d'alerter sur la souffrance associée à ce type de troubles. Différentes recherches en psychodynamique du travail ainsi que des rapports du Bureau international du travail signalent deux dimensions de la santé mentale au travail : tout d'abord, l'expression de la souffrance psychique dans l'emploi et le coût humain associé, mais également le coût économique et social que cela génère.

Le rapport d'Octobre 2000 du Bureau international du travail sur la santé mentale au travail en Allemagne, aux États-Unis, en Finlande, en Pologne et au Royaume-Uni annonce «qu'un travailleur sur dix souffre de dépression, d'anxiété, de stress ou de surmenage, et risque de ce fait l'hospitalisation et

⁶⁷ Soit 45.6 millions d'euros environ.

⁶⁸ *Statistics on mental Health*, The Mental Health Foundation, UK, 2000 [en ligne]. www.mentalhealth.org.uk (page consultée le 5 avril 2006).

⁶⁹ Soit 3.5 milliards d'euros environ.

le chômage» (*op. cit.*, 2000, p. 2). Cette étude est également reprise par F. Bardot et D. Huez qui alertent sur l'émergence de ce phénomène : « La souffrance mentale au travail constatée par les médecins du travail au travers de leurs consultations semble prendre des proportions inquiétantes en nombre et en gravité. On fait ici référence, non pas à la souffrance liée aux conflits de l'histoire infantile de chaque sujet tel que le traite spécifiquement la psychanalyse, mais au destin de cette souffrance singulière dans l'activité de travail » (Bardot, 2003, p. 55).

Dans ce rapport, qui met en garde contre l'augmentation du coût de l'invalidité due à des troubles mentaux, les auteurs concluent à une aggravation générale des problèmes personnels et psychiques dont souffre la population active de tous les pays étudiés. Par exemple :

Aux États-Unis, la dépression mentale est désormais l'une des maladies les plus courantes, plus d'un adulte en âge de travailler sur dix en est atteint chaque année, ce qui représente une perte annuelle d'environ 200 millions de journées de travail ;

En Finlande, plus de 50 % de la population active présente des symptômes de stress - angoisse, états dépressifs, douleurs, exclusion sociale et troubles du sommeil, 7 % souffrent d'un surmenage grave, cause d'épuisement, de cynisme et d'un affaiblissement notable de l'aptitude professionnelle, et les troubles mentaux sont à l'origine de la majorité des pensions d'invalidité versées dans le pays ;

En Allemagne, les pathologies à caractère dépressif sont responsables de près de 7 % des départs précoces à la retraite, et la durée de l'incapacité de travail résultant d'une dépression est environ deux fois et demie plus longue que celle occasionnée par d'autres maladies; la perte annuelle de production causée par les arrêts de travail dus à des troubles psychiques est estimée à plus de 5 milliards de Deutsche Marks⁷⁰;

Au Royaume-Uni, près de 3 salariés sur 10 connaissent chaque année des problèmes de santé mentale, et de nombreuses études indiquent que le stress professionnel et les maladies qui en découlent sont choses courantes; la dépression, en particulier, est une pathologie tellement fréquente qu'à tout moment, un Britannique en âge de travailler sur 20 en est gravement atteint ;

En Pologne, les statistiques de santé publique révèlent une augmentation du nombre de personnes qui reçoivent des soins de santé mentale et en particulier des dépressifs. Cette situation s'explique par la transformation socioéconomique du pays et par la montée du chômage, la précarisation de l'emploi et la baisse du niveau de vie, qui en résultent (*op. cit.*, 2000).

Au niveau européen, une enquête⁷¹ réalisée en 2000 par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail⁷² montre ainsi que non seulement les problèmes liés à la santé, aux cadences de travail et au temps de travail ne cessent de s'accroître en Europe, mais surtout que les tensions psychiques, qualifiées du terme générique de « stress » constituent le deuxième problème de

⁷⁰ Soit plus de deux millions et demi d'Euro environ.

⁷¹ Enquête intitulée *Dix ans de conditions de travail dans l'Union Européenne* et qui s'inscrit dans le prolongement de deux précédentes enquêtes en 1990 et 1995 sur les conditions de travail dans l'Union Européenne.

⁷² Cette Fondation a été créée dès 1975 à Dublin et est chargée de contribuer à la conception et à l'établissement de meilleures conditions de vie et de travail. A ce titre, deux observatoires ont été mis en place : l'Observatoire européen des relations industrielles et plus récemment l'Observatoire des conditions de travail depuis février 2004.

santé d'origine professionnelle le plus fréquemment avancé (après les douleurs dorsales). Ainsi 28 % des salariés déclarent avoir des problèmes de santé liés au travail causés par le stress.

En conclusion, la superposition de ces chiffres, malgré les limites de la comparaison internationale et de l'évaluation de la santé mentale, met en exergue l'ampleur économique et sociale des problèmes de santé mentale au travail. La question d'une dialectique entre les troubles psychiques et l'univers professionnel devient criante et nécessite une mobilisation des ressources à tous les niveaux de la société. Cela expliquerait en partie le coût pharamineux du traitement des problèmes de santé mentale liés au travail dans les pays de l'Union Européenne. Le rapport présenté au Conseil économique et social sur les nouveaux risques pour la santé des salariés des organisations du travail signale en effet que les pays de l'Union y consacraient entre 3 et 4 % de leurs PIB, les coûts annuels s'élevant à au moins 20 milliards d'euros (Bressol, 2004, p. 108).

2. Rendre compte des problèmes de santé mentale dans l'entreprise

a) Les indicateurs de troubles psychiques dans l'emploi

Un des critères d'objectivation des problèmes de santé mentale dans le monde du travail est le taux d'absentéisme pour des raisons liées au travail comme révélateur d'une souffrance psychique : « L'absentéisme pour cause de problème de santé lié au travail est un indicateur de la gravité de ces questions, indicateur imparfait, cependant, en raison d'une part importante de stratégies adoptées par les personnes visant à s'épargner dans leur travail afin d'éviter d'en arriver à l'arrêt de travail ...» (Bressol, 2004, p. 111).

C'est dans cet esprit que le Service général de médecine de contrôle – Electricité de France Gaz de France – construit des indicateurs de santé dans l'entreprise, à partir des durées d'absentéisme et leur motif. Ainsi, le bilan 2002 révèle que les affections psychiatriques sont un motif déterminant du taux d'absentéisme.

En 2002, les affections psychiatriques sont la deuxième cause des absences de courte durée, après les troubles ostéo-articulaires chez EDF (en 2001, elles étaient la première cause reconnue). Ce chiffre nous éclaire quant à la prévalence des troubles psychiques dans l'emploi. En effet, tous ces salariés absents sur de courtes périodes reviennent à leur poste de travail à la fin de l'arrêt. Considérant le caractère relatif de la guérison ou de la stabilisation des troubles psychiques à la fin d'un arrêt de travail, cette analyse confirme l'omniprésence des troubles psychiques dans l'entreprise.

Par ailleurs, le bilan régional sur l'Île-de-France en 2001 révélait que de 1997 à 2001, les affections psychiatriques représentaient la première cause (41,3 %) de mise en arrêt longue maladie. Il faut savoir que ces études montrent également qu'un tiers de personnes en longue maladie reprend le travail alors que le pourcentage restant est mis en invalidité, en inactivité ou décède. Cette sur-représentation des affections psychiatriques dans ce type d'arrêt de travail nous autorise à faire une double hypothèse : non seulement une part non négligeable de personnes atteintes de troubles psychiques revient dans l'emploi après une mise en longue maladie ; mais paradoxalement, les affections psychiques constituent aussi un motif de sortie de l'entreprise à la fin de la mise en longue maladie. La répartition selon le type de pathologie des parcours à la fin de la longue maladie, nous aurait éclairée quant au possible retour à l'emploi de ces personnes.

Encadré IV : Les congés maladie de longue durée

Le Congé longue maladie concerne les agents de la fonction publique atteints d'une maladie nécessitant un traitement et des soins prolongés, présentant un caractère invalidant et de gravité confirmée figurant dans la liste indicative des pathologies ouvrant un droit au congé longue maladie (arrêté du 14 mars 1986) : Tuberculose, poliomyélite, maladies psychiatriques, SIDA, cancer. Il peut être d'une durée maximale de 3 ans consécutifs ou non, et de 5 ans pour les affections citées ci-dessus. L'agent bascule alors dans le congé longue durée qui lui permet de conserver sa rémunération au taux plein pendant 3 ans (contre un an pour le congé longue maladie).

Le congé de maladie grave concerne les agents contractuels en activité de manière continue et comptant au moins trois années de services, atteints d'une affection dûment constatée, mettant dans l'impossibilité d'exercer son activité et nécessitant un traitement, des soins prolongés et présentant un caractère invalidant de gravité confirmée. D'une durée maximale de 3 ans, il garantit une rémunération à plein traitement pendant un an.

Une autre étude du service de Médecine de contrôle, conjointement au service de Médecine du travail, à EDF tente d'apporter une meilleure visibilité de la prévalence des pathologies psychiatriques dans l'entreprise⁷³. S'appuyant sur une précédente étude dans l'entreprise sur les troubles anxieux et dépressifs, la pathologie psychiatrique constituerait un problème de santé majeur car elle est à l'origine de 5,4 % des arrêts de travail et de 12,3 % des journées d'absence en 1993. Les résultats rapportent une prévalence de 17,3 % de troubles anxieux et/ou dépressifs chez les salariés dans les douze mois précédant l'enquête et une détermination de certaines situations professionnelles dans l'apparition de ces troubles. Ils en concluent donc que « les troubles anxieux et dépressifs constituent des pathologies fréquentes et importante par leurs conséquences sociales ».

⁷³ Etude intitulé « *Fréquence et facteurs professionnels des troubles anxieux et dépressifs parmi les salariés d'EDF-GDF* du programme APRAND (Action de prévention des Rechutes des troubles Anxieux et Dépressifs), menée par le Service Médical du Régime Particulier de Sécurité sociale des Industries Electriques et Gazières en liaison avec les Médecins du Travail d'EDF et Gaz de France. Cette étude a fait l'objet d'une publication par Anne Chevalier dans la revue *Psychiatrie Française*, juin 1996, vol. XXVII.

Ces chiffres, même s'ils ne nous éclairent que partiellement sur le nombre de personnes atteintes de troubles psychiques dans l'emploi, nous informent sur l'ampleur du problème de santé mentale dans l'entreprise, aussi bien au niveau financier qu'au niveau humain. Le coût objectif des problèmes de santé mentale en fait une question centrale dans le monde du travail, et ce, quelle que soit l'origine ou la cause des troubles. D'un point de vue plus subjectif, les problèmes de santé mentale au travail constituent une préoccupation majeure des entreprises, comme le montrent les études de la médecine de contrôle chez EDF, mais aussi des salariés

Cependant, il est nécessaire d'être prudent car le lien de causalité entre pathologie psychiatrique et handicap n'est pas linéaire. La pathologie ou le trouble ne vont pas systématiquement interférer dans le travail du salarié.

b) Les incapacités comportementales dans l'emploi

C'est cette nuance par rapport aux problèmes de santé mentale que M. Amar et S. Amira ont apportée au travers de l'enquête HID avec la prise en compte de l'incapacité (*op. cit.*, 2003). Ils montrent qu'il existe « une population plus large, rarement observée et donc mal connue, celle de toutes les personnes en âge de travailler qui pour accéder à l'emploi sont plus ou moins handicapées par un problème de santé – une déficience physique ou mentale – induisant des incapacités » (*ibid.*, p.151). Cette approche permet de détacher les problèmes de santé de l'impact de ceux-ci sur la vie de la personne.

Sur le modèle du handicap de P. Wood (OMS, 1988), soit celui de la déficience, du désavantage, et des incapacités, ils proposent donc la mesure des incapacités des personnes à mener à bien tous les actes de la vie sociale, afin d'objectiver l'impact des problèmes de santé sur leur autonomie, et d'élargir la population étudiée.

Six indicateurs d'incapacités, avec une prise en compte de l'intensité de l'incapacité faible ou forte, ont été créés pour éclairer la question de l'accès à l'emploi des personnes handicapées :

- incapacité de communication
- incapacité de compréhension
- incapacité d'effort physique
- incapacité de déplacement
- incapacité gestuelle
- incapacité comportementale.

Dans le champ de la santé mentale, ce sont les incapacités comportementales qui rendent compte le plus fidèlement possible de la problématique du handicap psychique.

Les résultats de cette approche révèlent une population avec des incapacités beaucoup plus larges que celle des travailleurs handicapés s'inscrivant dans la loi de 1987, et aujourd'hui de 2005.

« Soit, sur les 31 millions de personnes en âge de travailler (de 20 à 59 ans), 13,9 millions, soit 45 % du total, déclarent au moins une incapacité, forte ou faible. En se limitant aux seules incapacités fortes, les plus pénalisantes en termes d'accès à l'emploi, on trouve encore 3.4 millions d'individus, soit 11 % de la population concernée et beaucoup plus que celle qui bénéficie d'une reconnaissance administrative de la qualité de travailleur handicapé » (Amar *et al.*, 2003, p. 161). La comparaison avec les chiffres des personnes ayant « une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé » (RQTH) dans l'emploi est éloquente : seules 700 000 personnes relèvent de cette catégorie soit 2,8 % du total des actifs.

Nous pouvons faire l'hypothèse que cette disproportion entre les deux niveaux de handicap déclarés dans l'emploi est du même ordre lorsque l'on se concentre sur les incapacités comportementales. En effet, l'analyse de l'accès à l'emploi en fonction de la nature de l'incapacité, montre que les « incapacités comportementales et de communication semblent moins handicapantes avec des taux d'emploi d'environ 50 % » (*ibid.*, p. 163). Si l'on prolonge alors notre réflexion sur la prévalence des troubles psychiques dans l'emploi, cette représentation des troubles comportementaux, ou de communication, déclarés dans l'emploi conforte l'idée d'une présence importante des troubles psychiques chez les salariés en activité.

La réflexion en termes de problématique d'insertion professionnelle, d'accès à l'emploi ou de maintien dans l'emploi des personnes handicapées, ne peut donc se limiter à une prise en compte de la population administrativement qualifiée comme telle. Cette remarque est d'autant plus prégnante dans le cas du handicap psychique, pour lequel la question de la reconnaissance administrative du handicap ne se pose pas comme une évidence.

L'observateur et l'entreprise ne peuvent donc pas faire l'économie d'une réflexion sur l'évaluation de ce phénomène en dehors des populations administrativement repérées. Ils sont amenés à faire cette évaluation en termes de retentissement sur le travail et l'organisation.

B. L'émergence du handicap dans l'emploi

1. Le lien fragilisé avec l'entreprise

a) L'arrêt de travail ou la rupture du lien

Le premier élément de rupture est celui d'une sortie temporaire de l'emploi : l'arrêt de travail. Paradoxalement, c'est lorsque le salarié sort de l'entreprise que se dessine potentiellement une

redéfinition du lien entre le salarié et l'entreprise. Alors que l'arrêt de travail correspond généralement à une période de soin et de prise en charge médicale du salarié, il va marquer une première disjonction du lien du salarié à l'entreprise et éventuellement le point de départ d'une prise en charge particulière. C'est un élément de visibilité de la situation de la personne si l'on considère une étude de la médecine conseil à EDF qui recense les motifs d'arrêts de travail, et les prescripteurs de l'arrêt maladie.

L'arrêt de travail est donc un indicateur de la rupture du lien du salarié à l'entreprise. La manifestation des troubles exige un temps de soin parfois incompatible avec l'emploi (hospitalisation, traitements médicamenteux lourds). La personne est prioritairement prise en charge dans le champ médical, dont les passerelles sont quasiment inexistantes avec le monde professionnel. Le seul lien maintenu est celui des formulaires d'arrêt de travail transmis à l'employeur et au médecin du travail sur lesquels n'apparaissent pas les motifs médicaux. La personne passe donc du statut de salarié au statut de malade.

Lorsqu'une interruption de travail dépasse 21 jours pour cause d'accident ou de maladie non professionnelle (les maladies mentales ne sont qu'exceptionnellement reconnues comme des maladies professionnelles), ou bien que la médecine du travail observe des absences répétées, le salarié doit bénéficier d'une visite médicale de reprise ayant pour but d'apprécier le maintien de l'aptitude au poste de travail ou la nécessité d'une adaptation des conditions de travail. C'est le médecin du travail qui va permettre de maintenir le lien entre le salarié et l'entreprise. Dans le meilleur des cas, cette visite est précédée d'une visite dite de « pré-reprise » à la demande du salarié, du médecin traitant ou du médecin conseil (médecin de l'assurance maladie) qui doit permettre un temps d'étude d'un éventuel aménagement de poste dans l'entreprise. Cette visite particulièrement pertinente dans le cas des troubles qui font souvent l'objet d'une « aptitude partielle » est en réalité très rarement demandée.

La durée de traitement et de stabilisation de certaines pathologies psychiatriques nécessite parfois des temps d'absence plus longs. Lorsque la prise en charge d'un arrêt de travail dépassant une durée de 6 mois est possible après un accord entre le médecin traitant et le médecin conseil, certains salariés bénéficient d'un « arrêt de travail de longue durée en maladie ». La durée totale de cet arrêt peut aller jusqu'à 3 ans. A l'issue, soit le salarié reprend le travail, avec ou non un aménagement de poste ou un reclassement, soit il relève de l'invalidité.

Encadré V : l'invalidité

L'invalidité est la perte de la capacité de travail ou de gain mettant le sujet hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur au tiers de la rémunération normale correspondant à l'emploi qu'il occupait avant la date de l'arrêt de travail ayant entraîné l'état d'invalidité.

La perte de la capacité de travail ou de gain doit être due à une maladie ou un accident non professionnel.

L'état d'invalidité est apprécié en tenant compte de la « capacité de travail restante », de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'assuré, ainsi que de ses aptitudes et de sa

formation professionnelle (art. L.341.3 du Code de la Sécurité sociale). Il intervient en relais de l'assurance maladie (en général au bout de 3 ans de versements d'indemnités journalières (notion de prestations en espèces), lors de la constatation médicale d'une « usure prématurée de l'organisme ». L'évaluation de l'importance de l'invalidité est de la responsabilité du médecin conseil de l'organisme d'assurance maladie. Le classement se fait en 3 catégories :

- catégorie 1 : l'invalide est capable d'exercer une activité rémunérée au tiers de ses capacités antérieures
- catégorie 2 : l'invalide est absolument incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque,
- catégorie 3 : l'invalide est absolument incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque et, en outre, est dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (Cinergie, 1996).

Ce régime est parfois profitable au salarié, notamment lorsque l'entreprise a une politique de maintien de salaire lors des arrêts longs. Cependant, il marque une rupture franche qui confine le salarié à l'extérieur de l'entreprise et ne permet pas de rétablir progressivement un retour au travail. De plus, même si l'état de santé ne peut pas constituer en soi un motif de sanction ou de licenciement sauf inaptitude constatée par le médecin du travail, cette suspension ponctuelle du contrat de travail pour raisons médicales peut parfois mener à une rupture définitive. En effet, une absence prolongée ou des absences fréquentes et répétées pour maladie peuvent justifier la rupture du contrat de travail quand l'employeur établit que les perturbations qu'elles causent à la bonne marche de l'entreprise rendent nécessaires le remplacement définitif du salarié absent. Dans ce cas et sous certaines conditions, la jurisprudence admet que le licenciement du salarié est justifié⁷⁴. Les arrêts maladies et les absences répétées sont donc un des premiers indicateurs de manifestation de la maladie dans l'emploi.

b) De l'aptitude à l'inaptitude

Deux éléments déterminent la situation d'aptitude ou d'inaptitude : l'adéquation entre les exigences du poste de travail et la santé du salarié, et la dangerosité éventuelle pour les autres travailleurs. L'aptitude ne concerne pas les attributs de la personne. Par définition, l'aptitude fait écho à la problématique environnementale et situationniste du handicap : elle s'attache à évaluer la relation du salarié aux conditions de travail.

C'est pourquoi l'inaptitude au poste de travail est plus souvent temporaire que définitive. En cas d'inaptitude temporaire, le salarié est affecté pour un temps à un autre poste ou bien mis en arrêt de travail par un autre praticien que le médecin du travail. Elle peut avoir des origines multiples, professionnelles ou non. Elle peut être physique ou mentale. Elle n'est pas révélatrice d'un état de santé mais d'une inadéquation. En ce sens, elle donne une visibilité à l'émergence d'un handicap

⁷⁴ Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement, *Les absences liées à la maladie ou à l'accident non professionnel*, [en ligne] <http://www.travail.gouv.fr/informations-pratiques.html>.

psychique, symbolisant une première redéfinition du lien entre le salarié et l'entreprise, et une rupture dans le parcours professionnel de la personne.

Les éléments d'évaluation de l'aptitude à un poste de travail sont : l'évaluation de l'affection chronique (diagnostic, stade d'évolution, prise en charge thérapeutique), l'évaluation du poste de travail (à partir de fiches métiers, considération des risques et nuisances, et évaluation des conditions de travail), et l'évaluation des ressources mobilisables dans l'entreprise.

Encadré VI : l'inaptitude

Un des points d'accroche à l'émergence du handicap dans l'emploi est celui de l'aptitude ou non au poste de travail. Lors de l'exécution du contrat de travail, le salarié fait régulièrement l'objet d'un examen médical auprès de la médecine du travail évaluant l'adéquation entre son état de santé et la tenue du poste de travail qui lui est confié. C'est un des lieux où va éventuellement pouvoir être repérée une impossibilité à tenir son poste de travail pour le salarié atteint de troubles psychiques lors d'une visite médicale de reprise de travail. Le salarié est par la suite amené à être surveillé par le médecin du travail, dont le rôle est de prévenir toute altération de la santé des travailleurs dans l'entreprise (art. L. 241.2 du Code du travail), lors de visites périodiques ou particulières (art. R.241.49 et art. R.241.50 du Code du travail). Une visite à la demande du salarié ou bien à la demande de l'employeur est également possible pouvant déboucher sur une réévaluation de l'aptitude.

En cas d'inadéquation entre les exigences de l'entreprise, les performances exigées par l'organisation du travail et les exigences de préservation de la santé, le médecin du travail peut être amené à prononcer une inaptitude au poste de travail. L'inaptitude du salarié ne peut être constatée qu'à l'issue de deux examens médicaux espacés de 2 semaines, d'une étude de poste et éventuellement d'examens complémentaires et d'un avis du médecin inspecteur régional du travail (art. R.241.51.1 du Code du travail). En cas de danger immédiat pour la santé et la sécurité du salarié ou d'un tiers, une inaptitude peut être prononcée après un seul examen ; sinon cette exigence du double examen vaut pour toutes les déclarations d'inaptitude, quelles soient émises en cours d'exécution du contrat de travail (à l'occasion de visites périodiques) ou lors de la reprise du travail.

Si le salarié est déclaré inapte, l'employeur est tenu de le reclasser (sur les conseils du médecin du travail). En cas d'impossibilité démontrée par l'employeur de reclasser le salarié ou en cas de refus par ce dernier du poste de reclassement proposé, la rupture du contrat de travail pourra intervenir. L'obligation de reclassement doit être effective dans un délai d'un mois. Dépassé ce délai, si le salarié n'est ni reclassé dans l'entreprise, ni licencié, l'employeur est tenu d'assurer le paiement du salaire. Sauf inaptitude constatée par le médecin du travail, aucune personne ne peut être écartée d'un recrutement et aucun salarié ne peut être licencié en raison de son état de santé ou de son handicap (art. L 122.45 du Code du travail).

Une thèse récente en médecine du travail a été menée sur le thème de l'aptitude et des psychoses (Georges, 2002). Elle a concerné 160 salariés psychotiques adressés en consultation de pathologie professionnelle (Centre de Consultation de Pathologie Professionnelle) à l'Hôpital Cochin à Paris pour avis d'aptitude entre juillet 1991 et mai 2002⁷⁵.

⁷⁵ Les CCPP ont pour principale mission de donner un avis complémentaire aux médecins du travail sur des situations d'aptitude, de diagnostic et de traitement des maladies professionnelles. Dans la majorité des cas les patients sont adressés aux CCPP par le médecin du travail qui souhaite étayer sa décision par un avis neutre et extérieur.

Ce travail s'appuie en partie sur la constatation faite par M. Paris et C. Pasquier selon lesquels les manifestations psychiatriques sont une des pathologies qui remettent le plus souvent en cause l'aptitude au poste de travail. Les troubles neuropsychiatriques représenteraient la 2^{ème} cause de mise en inaptitude après les troubles ostéo-articulaires (*op. cit.*, 2001, p. 121).

A partir de ce constat, cette étude révèle que sur l'ensemble des avis d'aptitude étudiés, 28 personnes ont été considérées aptes, soit 17,5 %, et 29 inaptés définitifs, soit 18,5 %. Plus de la moitié des personnes reçues a donc fait l'objet d'un avis intermédiaire, soit 44 % aptes avec réserve, et 20 % inaptés temporaires. L'aptitude avec réserve pouvait être étayée de différentes recommandations et propositions: une surveillance mensuelle par le médecin du travail, un suivi psychiatrique, un mi-temps thérapeutique, la passation de tests de vigilance, une diminution des responsabilités sur le poste ou un encadrement professionnel particulier.

Ces chiffres ne rendent pas compte de l'ensemble de la population atteinte de psychoses dans l'entreprise mais nous éclairent sur la difficulté à donner un avis tranché sur l'aptitude au poste de travail dans le cas des troubles psychiques. La question de l'aptitude ne peut se poser en termes binaires. Par ailleurs, nous constatons que majoritairement, c'est bien le maintien dans l'emploi qui est préconisé mais avec un repositionnement du salarié par rapport à sa maladie (suivi médical) ou à son emploi (temps de travail, encadrement). Ainsi un reclassement a été proposé pour 27 personnes, soit 17 % de la population étudiée, une mutation pour 2 salariés, et des aménagements de poste ont été proposés dans 9 cas (soit 5,6 %) (Georges, 2002, p. 40).

Une autre étude de la consultation de pathologie professionnelle du CHU de Bordeaux, portant sur 17 dossiers de salariés atteints de pathologies psychiatriques montre que sur les 13 cas où un avis d'aptitude du sujet était demandé, 12 avis positifs ont été rendus ; néanmoins, ils étaient assortis de recommandations de réserves et d'aménagement du poste de travail (Esquer-Verdun, 1996, *in* Chabanais, 2006, p. 116). C'est donc avant tout la réorganisation du travail et la tension entre l'état de santé du salarié et les exigences de son poste qui sont mises en mouvement par les troubles psychiques, plus qu'une inaptitude au travail.

La thèse de médecine de Julie Chabanais sur ce sujet synthétise ces données. Elle porte sur 83 cas de salariés atteints d'une pathologie psychiatrique grave et travaillant en milieu ordinaire, recensés par des médecins du travail de la région Champagne Ardenne en 2005. L'analyse des questionnaires révèle que dans 6 cas sur 10 des restrictions d'aptitude et des aménagements de postes de travail ainsi que des difficultés dans le suivi en santé au travail sont notées. La restriction la plus fréquente est celle au travail de nuit (20,5 % des salariés étudiés). Les autres restrictions portent quant à elles sur la conduite (15,7 %), le travail sur machines dangereuses ou en hauteur pour 9,6 % et 7,2 % des cas (Chabanais, 2006, p. 90). Sans entrer dans les détails, cette étude rapporte que dans 6 cas sur dix, des difficultés d'insertion professionnelle sont retenues par les médecins du travail. Ces difficultés sont le plus souvent liées au comportement, à l'absentéisme pour maladie et aux relations avec le milieu de travail (employeur et collègues) (*ibid.*).

Cet élément noté par les médecins du travail, mais également par l'ensemble des acteurs de l'insertion dans l'entreprise, nous interroge sur les limites de l'aptitude. En effet, les médecins soulignent « la différence entre aptitude médicale et aptitude professionnelle à un poste de travail. L'aptitude médicale est estimée par le médecin du travail qui met en relation les exigences physiques et mentales d'un poste de travail et l'état de santé d'un salarié ; il doit par ailleurs considérer l'absence de dangerosité potentielle de cette aptitude pour le salarié et ses collègues de travail. A l'inverse, l'aptitude ou compétence professionnelle d'un salarié à un poste de travail est évaluée par l'employeur et non par le médecin du travail ; en d'autres termes, ce n'est pas au médecin du travail de considérer des données comme la baisse de productivité, les difficultés relationnelles ou les problèmes économiques liés à l'absentéisme pour raison de santé pouvant justifier l'inaptitude médicale à un poste de travail » (Chabonais, 2006, p. 92).

En conséquence, l'indicateur lié à l'aptitude au poste de travail est le révélateur d'une tension. Celle d'un lien de causalité entre les troubles psychiques, les maladies mentales ou les psychoses (pour les études sur la médecine du travail retenues) et l'inaptitude, qui consacre l'idée d'une incompatibilité au travail pour raisons médicales ; ce lien de causalité ne saurait en aucun cas être qualifié de linéaire.

En revanche, la question de l'inaptitude fait émerger celle des conditions de travail. C'est-à-dire que la majorité des cas exige de repenser le lien au travail du salarié : ce lien est caractérisé par l'évolution de son état de santé, soit la mise en place d'une veille ou d'une surveillance, et l'organisation de son poste de travail, soit la possibilité d'aménagements divers (nous approfondirons les possibilités d'aménagement ultérieurement). La rupture s'inscrit donc dans le changement par un repositionnement par rapport aux conditions antérieures de travail.

Dans ce contexte, les limites de la médecine du travail se font sentir. Où se situe dès lors la frontière entre domaine médical et domaine professionnel dans le cas des troubles psychiques ?

Prenons par exemple le cas d'un salarié à la SNCF. Suite à un certain nombre de conflits avec ses collègues de travail, probablement liés à des troubles de type paranoïaque, ce salarié devenait la risée de la gare parisienne dans laquelle il travaillait. Se sentant en permanence persécuté par ses collègues, il déclenchait des procédures judiciaires à l'encontre de ses collègues menant parfois jusqu'à la garde à vue. Dans ce contexte particulièrement tendu, et générant une crainte et une anxiété de l'environnement de travail, le médecin a proposé une inaptitude partielle à travailler spécifiquement dans cette gare.

Dans quelle mesure cette inaptitude partielle se situe dans le champ de la compétence médicale ou bien de la Direction des ressources humaines par rapport à une aptitude professionnelle considérant le caractère « relationnel » de la manifestation des troubles ?

Nous touchons là les limites de l'inaptitude comme un processus exclusivement médical mises en exergue par T. Le Bianic (2003). Les évolutions récentes du droit du travail avec l'obligation de reclassement ont réinscrit l'inaptitude à l'articulation de deux dimensions : l'état physique ou psychique de la personne et aussi l'environnement social du travail. Il y a donc une variation de la notion d'aptitude

révélée par la sociologie d'une société à une autre, d'une entreprise à une autre, d'un service à un autre⁷⁶. C'est ce qui fait dire à T. Le Bianic que l'inaptitude est « une construction sociale selon plusieurs axes » (*op. cit.*, p. 56). Dans le cas du handicap psychique, la porosité entre l'acception médicale et les caractéristiques de l'environnement social est exacerbée. La difficile objectivation et évaluation des troubles psychiques associée à la dimension relationnelle de ce type de déficience expliqueraient ainsi la prévalence de décisions d'inaptitude partielle mettant notamment en jeu les conditions de travail. Une fois de plus, nous nous situons face à « un processus social de catégorisation » qui trouve ses limites dans la manifestation des troubles psychiques. Ainsi, l'inaptitude ne se présente pas comme une rupture ponctuelle dans la carrière de la personne, mais bien comme une redéfinition de l'équilibre entre l'état de santé psychique du salarié et l'environnement social de l'entreprise.

2. La manifestation bruyante des troubles psychiques

Au-delà de l'évaluation et du repérage catégoriel d'une déficience par la médecine du travail, c'est l'expérience même des troubles psychiques sur le lieu de travail, et leur visibilité qui va marquer l'émergence d'une situation de handicap.

a) La « déviance » comportementale

D'un point de vue administratif et pour les commissions expertes, le handicap psychique se situe dans le registre des troubles du comportement⁷⁷. Avant un signalement éventuel au niveau médical, l'entreprise voit le plus souvent émerger le handicap dans l'emploi au niveau du collectif proche de travail. Il devient témoin de comportements « nouveaux », que l'entreprise a souvent du mal à qualifier ou expliquer.

Les grilles des troubles du comportement proposées par le DSM IV ou la CIM 10 ne font état que de quelques grandes catégories descriptives telles que les « troubles de l'adaptation », les « troubles de la personnalité » ou encore les « troubles anxieux » etc... Ces familles de déficiences psychiques ne nous informent pas sur la forme des troubles au quotidien. Il faut repérer l'expérience subjective et interactionniste qu'implique l'expérience de santé mentale au travail et voir en quoi elle est porteuse d'un handicap.

⁷⁶ Voir à ce sujet les travaux de Laé, J.F. « L'inaptitude à la RATP, de la protection à la sanction », *Sociétés Contemporaines* .1991, N°8, pp.107-125 ; Durant, J.P. et Aztatf N., *La chaîne et le réseau. Peugeot-Sochaux, ambiances d'intérieur*, Lausanne 2002 ; et Piotet, F., *Une inaptitude annoncée : les câbleuses*. Colloque international « La construction sociale de l'inaptitude au travail ». Versailles-Saint Quentin-en Yvelines, novembre 2001.

⁷⁷ Décret n°93-1216 du 4 novembre 1993 relatif au guide-barème applicable pour l'attribution de diverses prestations aux personnes handicapées et modifiant le code de la famille et de l'aide sociale, le code de la sécurité sociale et le décret n°77-1549 du 31 décembre 1977.

A. Blanc, dans un article sur l'insertion professionnelle des personnes handicapées par la maladie mentale⁷⁸ repère le domaine des relations sociales dans le monde du travail affecté par la manifestation des troubles du comportement : « Au travail, les travailleurs handicapés peuvent agir de façon curieuse et déstabilisante pour l'entourage : les comportements de retrait – silence, refus de parler, isolement – sont cités comme altérant les possibilités de travail en commun. Mais c'est dans le domaine des relations sociales, que le travail suppose et favorise, que les acteurs concernés sont le plus précis. En effet, les travailleurs handicapés par la maladie mentale ne respectent pas automatiquement, et parfois malgré eux, les règles collectivement construites et inhérentes à l'organisation du flux des échanges. Ainsi, certains d'entre eux offrent des modes d'être qui peuvent surprendre des personnes non averties » (*op. cit.*, 1996 , p. 31). C'est le sentiment d'être témoin de comportements et attitudes « surprenantes » qui symbolise l'émergence des troubles psychiques. C'est l'effet de surprise par rapport au comportement attendu dans l'entreprise qui déstabilise la relation et l'environnement de travail. C'est donc en partie le changement, soit la rupture avec une attitude collective et individuelle précédemment admise, qui va symboliser le handicap. Ces attitudes peuvent prendre différentes formes telles que la perte des codes sociaux élémentaires, des problèmes de gestion de l'hygiène de vie (corporelle, vestimentaire, ponctualité, sommeil...), des difficultés d'intégration ou de perception de soi. A. Blanc met l'accent sur les comportements liés à la construction du lien social et de l'intégration au groupe en décrivant l'attitude de « retrait ». En effet, la manifestation des troubles psychiques est souvent marquée par une attitude de repli sur soi qui isole le salarié du groupe : ne pas participer aux discussions de groupe, ne plus dire bonjour, refuser tout événement en collectivité au bureau (repas, pots, réunion...), éviter toute forme de regroupement informel, notamment en partageant un moment de pause.

Le registre inverse de ces troubles du lien social peut être marqué par un surinvestissement du lien social dans l'entreprise qui se manifeste par exemple par des tutoiements inappropriés, une grande familiarité avec les collègues de travail ou un manque de pudeur.

C'est l'intensité du lien social et les règles auparavant admises qui sont modifiées dans le collectif par l'émergence des troubles et qui potentiellement génèrent un handicap pour la personne dans le milieu de travail.

Il y a également un registre de comportements qualifiés souvent de « bizarres » ou « curieux » qui signalent l'apparition de troubles. Les hallucinations auditives ou visuelles comme les discours incohérents ou délires de perceptions sont des symptômes de certaines pathologies qui génèrent dans le collectif de travail un sentiment d'étrangeté ou de malaise. C'est le cas par exemple d'un salarié de la SNCF qui était en difficulté sur son poste, notamment à cause de conflits avec ses collègues de travail et pour lequel les troubles psychiques ont fini par être signalés le jour où il a révélé à son responsable

⁷⁸ Terme alors utilisé pour distinguer d'une part, la maladie de ses conséquences sur la vie sociale, le handicap, et le handicap psychique du handicap mental (voir partie sur la définition du handicap psychique).

des ressources humaines son délire de persécution et d'espionnage industriel. Ce délire était construit autour de l'accès à une puissance supérieure capable d'interférer dans le système d'information de l'entreprise. Cette forme d'expression des troubles est sans ambiguïté mais peut prendre parfois la forme de comportements étranges lorsque par exemple un collègue est témoin d'un salarié qui répond seul à ses propres « voix » liées à des hallucinations auditives. L'effet de surprise et le sentiment d'étrangeté pour l'environnement de travail vont déstabiliser la relation à leur collègue et parfois faire l'objet d'interprétations hasardeuses.

Un autre registre de comportements révélateurs de troubles psychiques est celui de l'expression de la souffrance psychique. En effet, un certain nombre de salariés expriment sur le lieu de travail une frustration, des difficultés ou une anxiété importante, notamment par rapport à leurs conditions de travail. La répétition incessante de plaintes, parfois associées à des scènes émotionnellement fortes (larmes, cris, voire des tentatives de suicide) est l'un des écarts relationnels signalés par l'entreprise comme signe d'un trouble psychique entravant les possibilités de travail collectif. Une assistante sociale de l'entreprise Total signalait à ce propos le cas d'une salariée, probablement atteinte de dépression grave, pour laquelle la situation de travail est devenue ingérable lorsque l'expression de sa souffrance était telle, que plus aucun salarié n'acceptait de travailler à ses côtés. La plainte de cette femme au quotidien, menaçant régulièrement ses collègues de se suicider a été le premier élément d'une mobilisation de l'entreprise pour reconnaître une impasse de la situation à la fois pour la personne et pour l'environnement professionnel.

Dans ces cas là, c'est la dimension perçue comme « nocive » du comportement de la personne qui lui donne une forme de visibilité dans l'entreprise. A l'extrême, et très rarement, ce type de comportements peut aller jusqu'à des attitudes violentes envers les collègues de travail ou du salarié vis-à-vis de lui-même. Ainsi un chef d'équipe dans un atelier de maintenance à Air France qui accueillait un salarié handicapé psychique dans son service a été confronté à cette violence explicite sur le lieu de travail. Au fur et à mesure du temps, il a appris à repérer les signes d'un malaise lié aux troubles du salarié. C'est en se blessant sur son poste de travail que naissait souvent un conflit entre collègues auparavant caché, une frustration professionnelle du salarié ou un état de santé mentale un peu dégradé. Cette forme de violence rompait avec la situation professionnelle antérieure et était le signal d'une redéfinition de l'organisation du travail et des relations sociales.

C'est principalement la notion de changement qui signale l'apparition des troubles. Le salarié rompt avec le mode relationnel précédemment dicté, il enfreint les règles comportementales de vie en collectivité édictées de façon plus ou moins formelle par l'entreprise. Il devient en quelque sorte un « déviant » par rapport au système d'interaction dans lequel il se trouve. Son caractère « déviant » peut être justifié à deux niveaux. Le premier est celui des normes d'interaction admises largement par le collectif de travail et qui en font le système de référence. Le deuxième niveau est celui de la référence à un comportement antérieur qui représente la norme comportementale du salarié. Il est alors dans une forme de déviance individuelle, et ne correspond plus aux attentes de l'environnement de travail par

rapport aux interactions précédentes avec ce salarié. Un malaise difficile à cerner naît parfois de cette rencontre et est décrit justement dans ces termes par A. Bozza : « Des signes qui émanent de la personne handicapée, les commentaires dénotent là aussi un décalage. Il y a un trop ou un pas assez...insaisissable parce qu'inexplicable. Le respect de l'horaire promu au rang de rituel, la méticulosité ou l'empressement dans la réalisation des tâches surprennent. De même que des questions sur des sujets délicats comme la politique, le sexe, la mort, posées sans pudeur ou presque déboussolent les partenaires...le regard parfois terrifié, etc. » (1996, p. 44).

L'entreprise devient témoin d'une modification de l'attitude du salarié par rapport à la situation antérieure, déstabilisante pour l'environnement de travail. Il ne répond plus, n'obéit plus aux règles d'interaction. A ce titre, il doit faire l'objet d'une prise en charge particulière soit pour le ramener vers un comportement plus conforme aux attentes de l'entreprise (notamment par l'accompagnement et le traitement thérapeutique), soit pour l'inscrire dans un milieu où son comportement ne sera pas inadapté (le milieu hospitalier ou le soin).

Les troubles psychiques sur le lieu de travail deviennent visibles dans la relation. Le handicap émerge donc dans le milieu professionnel lorsque la manifestation de symptômes touche l'environnement de travail. Que ce soit sous forme de révélation, de plainte, d'agressivité, d'attitudes exubérantes ou délirantes ou encore d'isolement ou retrait, les troubles n'ont d'existence que dans la rencontre. Se pose alors la question de la dimension handicapante de cette redéfinition du lien social. Dans quelle mesure va-t-elle constituer une entrave à la vie dans l'entreprise et par conséquent à l'efficacité ou à la productivité ?

b) Les difficultés professionnelles

C'est dans le cadre du travail que les troubles psychiques apparaissent en clair. La tâche, la mission, les responsabilités constituent les exigences formulées par l'entreprise vis-à-vis de chacun de ses salariés. Le handicap devient potentiellement palpable et perceptible dans le déroulement et la tenue des attentes professionnelles.

L'absentéisme est peut être l'indicateur le plus éclairant, et le plus souvent signalé par rapport à l'émergence des troubles. Nous l'avons traité précédemment, l'absentéisme répété et chronique est perçu et analysé comme le symptôme d'une difficulté à tenir son poste. Il met le salarié et l'entreprise face à une contrainte importante lorsque des exigences de productivité ou des délais sont formulés. Considérant les temps d'absentéisme souvent plus longs dans le cas des troubles psychiatriques⁷⁹, le salarié n'a pas toujours la possibilité de réaliser l'ensemble des missions et des tâches qui lui sont

⁷⁹ Si l'on en croit les analyses faites par la médecine conseil et la médecine de contrôle à EDF Gaz de France : Chevalier, A., « Facteurs professionnels des états anxieux et dépressifs chez les salariés d'E.D.F.-G.D.F. », *Psychiatrie Française*, vol. XXVII, n°2, 1996. pp. 49-59.

demandées dans le temps imparti. Dans le cas du handicap psychique, cet absentéisme est parfois non justifié. Il arrive en effet qu'une personne décompensant, en phase maniaque ou au contraire en dépression grave, perde le contact avec la réalité. La personne oublie, refuse ou ne peut se rendre au travail et justifier ou prévenir de son absence. Le déni de la maladie et la souffrance psychique entraînent généralement une attitude de repli. Le salarié ne va pas voir son médecin, il n'envoie pas d'arrêt de travail à l'entreprise. Celle-ci a tendance à considérer cette attitude comme une faute professionnelle qui peut faire l'objet d'une sanction ou d'un blâme.

Plus rarement, l'entreprise découvre parfois progressivement de réelles erreurs professionnelles symptomatiques des troubles psychiques. C'est le cas par exemple lorsqu'un salarié paranoïaque déploie une énergie sans précédent pour informer l'ensemble des clients d'un atelier de maintenance du sabotage sur les pièces des avions livrées.

Toutes les formes de troubles marqués par des délires interprétatifs génèrent parfois des situations de handicap professionnel dans la mesure où ils peuvent entraîner chez le salarié une opération de sabotage de son travail ou de l'activité de l'entreprise. Ce peut être le cas par exemple pour tous les salariés à des postes commerciaux ou chargés de clientèle. La répétition de conflits ou d'attitudes agressives vis-à-vis des clients est parfois interprétée comme le signe de troubles psychiques invalidants. Ces fautes professionnelles ne sont en fait signalées par l'entreprise que lorsque celle-ci attribue une réelle dangerosité à la situation. Une certaine tolérance est observée lorsque ces « écarts » sont attribués à des troubles psychiques.

Au niveau professionnel, les situations les plus couramment rencontrées sont en fait celles liées à des difficultés cognitives. Malgré des capacités intellectuelles intactes, les symptômes de la maladie ou les effets des traitements médicamenteux touchent parfois les capacités cognitives du salarié. Celles-ci peuvent être de différentes formes : mobilisation du savoir, concentration, vitesse d'idéation qui demande de répéter les consignes, problèmes éventuellement de compréhension, vitesse d'exécution, lenteur, troubles de la coordination (tremblements, maladresses...), problèmes de fatigabilité, endurance...

C'est le cas par exemple de ce salarié ingénieur informatique dans une entreprise de produits et services informatiques qui, suite à une décompensation violente, ne pouvait plus enregistrer, retenir et se remémorer plusieurs informations en même temps. C'est lors d'une réunion importante que ses difficultés cognitives se sont manifestées pour la première fois. Il n'intégrait plus la multitude d'informations communiquées et ne pouvait répondre aux questions posées par le client. Cette décompensation violente ne lui a pas permis pour l'instant de retrouver ses capacités cognitives antérieures du fait des troubles et des traitements. Ainsi, il met désormais trois fois plus de temps qu'auparavant pour exécuter la même tâche avec un temps de récupération particulièrement important. Il arrive que le salarié fasse des erreurs dans l'exécution des tâches ou encore n'arrive pas à mobiliser son savoir et donc à communiquer ou synthétiser sa pensée. De même, le repérage spatio-temporel est

parfois touché entraînant des difficultés à organiser son poste de travail, à gérer les priorités, à ordonner les tâches dans le temps.

C'est le plus souvent une fois que le salarié est réellement en difficulté sur son poste de travail (retards incompressibles, impossibilité à exécuter certaines tâches...) que le handicap se dessine. L'entreprise est témoin de difficultés professionnelles qu'elle va tolérer dans la mesure où elle peut les attribuer à une pathologie psychiatrique et où elles ont peu d'impact sur le collectif de travail.

c) Les champs d'expression du handicap psychique

Dans le cadre d'une réflexion sur la « Situation de handicap psychique »⁸⁰, une analyse de la spécificité de ce handicap est proposée par M. Leroux⁸¹. Il distingue ainsi quatre champs d'expression du handicap psychique : « le champ cognitif, les habiletés sociales, les habiletés professionnelles, le champ de l'identité personnelle » (Paris *et al.*, 2006).

Le champ cognitif concerne les fonctions complexes multiples regroupant l'ensemble des activités mentales (pensée, perception, action, volonté, mémorisation, rappel, apprentissage) impliquées dans la relation de l'être humain avec son environnement et qui lui permettent d'acquérir et de manipuler des connaissances : repérage spatio-temporel, vitesse d'idéation, intégration, assimilation, mémorisation des consignes, concentration, mobilisation de l'attention, mobilisation du savoir, capacités de jugement, de raisonnement logique et d'analyse.

Le champ des habiletés sociales regroupe tout ce qui permet à la personne de devenir autonome dans ses apprentissages et d'être capable de s'adapter aux situations continuellement changeantes de son environnement social (accomplir une performance socialement adaptée : liens et repères sociaux, mobilisation des savoir-être et des habiletés comportementales, gestion de l'hygiène de vie, habiletés fonctionnelles et décisionnelles).

Le champ des habiletés professionnelles concerne les mêmes habiletés que les habiletés sociales mais en situation professionnelle dans le milieu ordinaire de travail : vitesse d'exécution, mobilisation des savoir-faire, endurance, habiletés fonctionnelles et décisionnelles.

Le champ de l'identité personnelle touche en revanche l'expérience propre du sujet à se sentir exister et reconnu par autrui en tant qu'être singulier mais identique, dans sa réalité physique, psychique et sociale. L'identité personnelle est une construction dynamique de l'unité de la conscience de soi au travers de relations intersubjectives, des communications langagières et des expériences sociales : perception de soi et de ses compétences, perception de soi au travail, anxiété, intégration dans le groupe, gestion émotionnelle, gestion relationnelle, habiletés décisionnelles, sensibilité au changement.

⁸⁰ « Situation de handicap psychique et emploi », Colloque International, Paris, Cité Universitaire 7 décembre 2004.

⁸¹ Directeur du service Alpha Api (service d'insertion professionnelle en milieu ordinaire dédié aux personnes handicapées psychiques dans le Maine et Loire) et Trésorier du réseau Galaxie.

En réalité, dans l'emploi, le handicap psychique ne se limite pas à l'expression des habiletés professionnelles. Comme nous l'avons montré précédemment, la manifestation des troubles psychiques peut se faire de façon indifférenciée dans l'ensemble des quatre champs et avoir des répercussions en termes de handicap, comme conséquence sociale de la déficience dans le cadre professionnel.

Ce qui va distinguer la situation de handicap ou pas, c'est donc en fait le caractère bruyant et visible de l'expression des troubles et son caractère « déviant » par rapport à la norme édictée par l'entreprise. Les signes visibles, ou plus justement perceptibles, car les troubles psychiques ne se voient pas mais s'expérimentent, s'expriment, s'inscrivent dans le comportement, marquent le basculement dans une autre forme de représentation de l'autre où plane le risque de la stigmatisation. À propos du stigmaté, E. Goffman signale la distinction nécessaire entre la « visibilité » et la notoriété (1975). La « visibilité » et le caractère importun, la « visibilité » de son « foyer apparent » sont l'espace d'expression du stigmaté dans les relations. Le stigmaté dans notre cas est symbolisé par la manifestation perceptible des troubles psychiques.

3. Les deux dimensions du handicap dans l'emploi

Nous avons vu que c'est la dimension normative des règles d'interaction qui définit le cadre d'émergence du handicap renvoyant le salarié à un comportement non adapté : « le dernier point à mentionner est l'instabilité du comportement de ces travailleurs. Elle affecte les performances au travail et les relations sociales : les sautes d'humeur en sont un des nombreux exemples. La main d'œuvre que constituent les travailleurs handicapés se caractérise par une instabilité dans l'espace – le lieu de production dans lequel elle peut avoir du mal à se mouler – et dans le temps – le non respect d'un comportement fiable et durable » (Blanc, 1996, p. 31).

a) Les deux facettes d'un même handicap

Les troubles psychiques se manifestent dans deux registres des systèmes d'interaction de l'entreprise : le registre des relations, affecté par le changement de comportement, et le registre professionnel, marqué par une dégradation de certaines capacités. Le handicap se révèle alors dans la sphère de l'insertion professionnelle. La relation du salarié à l'entreprise est mise en tension. Le lien est fragilisé par une redéfinition des attentes de l'entreprise vis-à-vis du salarié et de la position de celui-ci dans l'organisation et sur son poste de travail.

A. Blanc résume cette double expression du handicap par rapport à l'insertion professionnelle : « les troubles du comportement affectent deux types d'activités qu'il n'est pas facile d'isoler : le travail et les relations sociales qu'il nécessite » (*ibid.*). Cette observation est valable pour l'ensemble des handicaps dans l'entreprise. Une personne malentendante ou sourde sur un poste purement technique, dans un

atelier de maintenance par exemple, ne va pas être en situation de handicap par rapport à son activité professionnelle, son rendement et son efficacité ne seront pas atteints par sa surdité. En revanche, elle peut rencontrer des difficultés pour communiquer avec ses collègues ou des problèmes de compréhension gênant son intégration. De plus, certaines expériences de handicap ou de traumatismes entraînent des difficultés pour le salarié qui, sur le lieu de travail, peuvent se manifester sous formes de conflits ou mésentente. C'est par exemple le cas de personnes qui s'isolent et dépriment suite à un accident ou un traumatisme professionnel, et ce malgré la reprise de leur activité professionnelle avec un aménagement du poste. De même, certains développent un sentiment de paranoïa lié au regard de l'entourage sur un handicap visible. L'enjeu du handicap dans l'emploi se situe alors prioritairement sur le registre relationnel.

Dans le cas du handicap psychique, la complexité des troubles exacerbe cette double dimension. Les deux registres ne sont pas nécessairement investis conjointement ou de façon exclusive. Ils se côtoient parfois, peuvent être atteints de façon alternée ou ne devenir une entrave à la vie professionnelle que dans une des deux sphères.

C'est le cas par exemple d'un jeune technicien embauché par l'entreprise EDF qui a été témoin de l'émergence d'un handicap psychique exclusivement focalisé sur la dimension relationnelle. Le responsable des ressources humaines de son service relate le cas de ce salarié dans ces termes :

« On a un agent embauché il y a 15 ans, qui était issu de la deuxième génération d'immigration harkis, avec une éducation très souple, pour un fils aîné, qui en fait était à la limite de la délinquance. Il avait été embauché dans le cadre d'un contrat d'insertion. Il était très intelligent et très doué techniquement. Au début ça s'est très bien passé, mais rapidement il a eu des problèmes de comportement et d'intégration vis-à-vis de l'autorité directe et puis des petites bêtises de détournement des services de l'entreprise. Il a eu des réprimandes, mais à cette époque on ne reconnaissait pas sa maladie c'était plus des questions d'éducation.

Il s'est marié : il est devenu très bien, il n'y avait aucun problème, il était très apprécié, et puis quand il est devenu papa, là il a basculé dans une problématique de délinquance... (silence)...avec consommation, voire vente de drogues dures et douces. Là, sa femme est partie, son appartement EDF a été squatté et il est devenu très violent sur la République mais pas sur le lieu de travail. Il a été emprisonné une première fois, puis la deuxième fois il a été interné par ordre du maire. Il a été de retour 8-9 mois après et c'est là qu'il nous a appris qu'il était maniaco-dépressif à tendance paranoïaque. »

C'est son caractère « déviant » inscrit dans des comportements agressifs et délinquants qui est considéré par l'entreprise comme espace d'expression du handicap. Ces comportements vont marquer petit à petit la dégradation du lien du salarié avec l'entreprise malgré la reconnaissance de ses qualités professionnelles. Ses compétences techniques n'ont pas été remises en cause. Ce responsable l'exprime très clairement : l'enjeu de son handicap s'est situé au niveau comportemental et relationnel.

Inversement, la même entreprise comprend dans ses effectifs un salarié qui, compte tenu de son profil (diplôme et formation) et son expérience, aurait dû, selon les règles d'évolution de carrière édictées par l'entreprise, prendre de plus en plus de responsabilités en tant que cadre supérieur. La manifestation de troubles ponctuels mais particulièrement déstabilisants lors de voyages d'affaires, et l'évolution de la maladie l'ont, dans une certaine mesure, empêché de répondre aux exigences professionnelles sur des postes à plus hautes responsabilités :

« Ce que j'ai rapidement compris, mais c'est pas forcément lié à mon passé, c'est que j'aurai jamais de hautes responsabilités dans la maison, ni avec des équipes trop importantes. En Touraine j'avais 80 personnes, mais le stade au dessus c'était 700 ou 1000 personnes et j'ai quand même compris que ça engendrait un niveau de stress et que je n'étais pas fait pour ça. Je suis fait pour diriger un groupe de 10 personnes, qui est à visage humain. Le fait de gérer un grand nombre de personnes qui génère un stress très lourd, ce n'est pas le but. C'est important, car moi j'ai fait HEC, une licence en droit, j'étais quand même destiné à faire une carrière brillante et là c'est vrai que je n'ai pas eu d'évolution depuis 8 ans.

Là maintenant ils m'ont dit : j'ai fait cinq postes différents et toujours au même niveau. Là j'aurai dû faire un passage en cadre supérieur et ils n'ont jamais voulu me le donner. »

D'un point de vue relationnel, ce salarié est parfaitement adapté aux règles de l'entreprise, au point que personne dans son entourage professionnel n'est au courant de sa maladie mentale. En revanche, au regard de sa situation professionnelle, il a lui-même fait le constat avec le médecin du travail que ses troubles constituaient un handicap par rapport à son évolution de carrière. Il a donc organisé son parcours professionnel autour de postes permettant une certaine stabilité avec des responsabilités et un stress limité. En prenant en compte la dimension professionnelle de son handicap, soit les entraves éventuelles des troubles sur ses capacités professionnelles, ce salarié a ainsi pu maintenir le lien avec l'entreprise.

Les deux dimensions ne sont pas toujours aussi clairement dissociées et il arrive dans la plupart des cas que la frontière entre les deux soit particulièrement poreuse. C'est souvent cette confusion entre les deux univers qui génère une incompréhension ou une mauvaise interprétation de la situation menant parfois au conflit ou la désinsertion.

Il n'y a pas de hiérarchie entre les deux registres. La difficulté est plus de les identifier lorsque les troubles se manifestent soit bruyamment de façon soudaine et surprenante, soit petit à petit dans le quotidien du collectif de travail, rompant avec une forme de soumission aux règles du lien social dans l'entreprise.

b) La situation d'écart

Ce vécu de l'émergence du handicap psychique dans l'emploi rejoint la vision normative du handicap identifiée par la théorie des écarts. A. Blanc applique notamment cette notion dans son analyse du handicap psychique dans l'emploi (1996). Rejetant le principe de réalité de l'insertion professionnelle des personnes handicapées, les difficultés et freins de l'entreprise s'expliquent par une multitude d'écarts : « Afin d'illustrer l'hypothèse de départ, on peut d'ores et déjà signaler quelques-uns des écarts rencontrés : l'écart existant entre les capacités réelles de travail et les aspirations ; l'écart entre une lenteur mainte fois signalée et l'activité productive attendue par les employeurs et les collègues » (*op. cit.*, p.31).

L'entreprise en tant que système organisé et structuré propose un cadre de régulation des interactions entre les salariés à la fois sur le plan professionnel et sur le plan relationnel. Ces règles formulées de façon plus ou moins explicite et formelle (par exemple les exigences de tenue vestimentaire très différentes d'une entreprise à une autre) conditionnent le collectif de travail dans sa production et ses capacités à cohabiter dans une certaine promiscuité. Dans ce contexte d'exigences de l'entreprise vis-à-vis des salariés, la manifestation des troubles psychiques sur le lieu de travail est perçue comme une forme de déviance par rapport à cette règle collective. Le salarié rompt ponctuellement ou partiellement avec le cadre professionnel et relationnel fixé par l'entreprise. Selon le seuil de tolérance, le salarié avec ses troubles psychiques sera plus ou moins rapidement en situation de handicap du fait de ses troubles, c'est-à-dire dans une situation d'écart par rapport aux exigences de l'entreprise.

Un salarié de l'entreprise IBM particulièrement exubérant en phase maniaque, suite à des troubles bipolaires, a immédiatement été retiré de son poste et sanctionné suite à un comportement excentrique sur le lieu de travail. A l'inverse, à la SNCF un salarié absent pour la 3^{ème} fois sans motif médical et sans justification a fait l'objet d'un signalement auprès de la Direction des Ressources Humaines lorsque la règle voudrait que lorsque l'entreprise n'est pas informée, le salarié soit sanctionné. Le seuil de tolérance ne se situant pas au même niveau, la redéfinition du lien du salarié avec l'entreprise et la situation de handicap n'émergera pas de la même façon avec la même intensité.

L'écart se situe également par rapport à la situation antérieure du salarié sur son poste. Ce qui va définir le handicap, c'est l'écart entre l'attitude et le comportement effectif du salarié par rapport aux attentes de son entourage, compte tenu du vécu professionnel préalable à l'apparition des troubles, considérés comme le système de référence à la fois professionnel et relationnel.

Dans une certaine mesure, le salarié qui ne répond plus aux règles du collectif devient un déviant de l'entreprise au sens normatif du terme. La norme pouvant également être celle proposée par le salarié lui-même par rapport à son comportement « habituel ».

C'est lorsque le salarié atteint de troubles psychiques devient un « dévieur », au sens proposé par E. Goffman, que le handicap émerge dans l'emploi : « partant de la notion très générale d'un groupe d'individus qui partagent certaines valeurs et se conforment à un ensemble de normes sociales relatives à la conduite et aux attributs personnels, on peut désigner tout membre qui n'adhère pas

comme étant un « dévieur », et sa particularité comme une déviation » (1975, p. 163). Il montre comment cette situation de déviance peut être sans conséquence sur le collectif lorsque la personne assume son statut de malade. Le groupe observe alors une certaine tolérance à son égard. Or, dans le cas de la manifestation des troubles psychiques, du fait du caractère dormant de certains symptômes, des difficultés d'identification des troubles, le statut de malade n'est assumé ni par la personne, ni par l'entourage. Dans ce contexte, l'attitude du « dévieur » entraîne une « restructuration du groupe », selon les termes de E. Goffman (*op. cit.*, p. 164), et donc une redéfinition du lien du salarié à l'entreprise et du système de référence.

Contrairement aux « déviants intégrés » ou « déviants sociaux » décrits par Goffman, le salarié qui voit émerger un handicap psychique du fait de la manifestation de troubles ne fait pas l'objet, du moins dans l'immédiat, d'une « réidentification » (*ibid.*). Alors que le déviant intégré va jouer un rôle symbolique dans le groupe (idiot du village, ivrogne du bourg...), le « déviant social » se réapproprie une communauté identitaire (les clochards, les drogués, les joueurs professionnels...). Le salarié handicapé psychique se situe principalement dans une déviance isolée au niveau du groupe de travail ou de l'entreprise qui va entraîner un risque de désinsertion compte tenu de l'écart entre son comportement et les attentes de l'entreprise.

c) De la fragilisation de la compétence à l'inemployabilité

L'émergence du handicap psychique dans une problématique de déviance à la fois professionnelle et relationnelle est conceptualisée autour de la compétence.

La compétence a été discutée au niveau européen dans ces termes : « la notion de qualification professionnelle est devenue obsolète (...) elle a été remplacée par la notion de compétence personnelle qui se présente comme un cocktail propre à chaque individu, combinant la qualification au sens strict acquise par la formation technique et professionnelle, le comportement social, l'aptitude au travail en équipe, la faculté d'initiatives, le goût du risque. A ces exigences, on demande un engagement personnel du travailleur comme agent de changement, ce qui nécessite de combiner savoir, savoir-faire et savoir-être mais aussi une capacité à travailler en « collectif de travail » ou « groupe-projet » ou encore « équipe intelligente »⁸². Cette conception non scientifique de la compétence, que l'on fait peser sur l'individu, est basée sur les nouvelles exigences de l'entreprise vis-à-vis du salarié. Dans ce contexte, les notions d'écart et de déviance sont remplacées par celle de compétence.

Quelle que soit l'approche de la compétence considérée, on y retrouve quasiment systématiquement les notions de « savoirs », « savoir-faire », « savoir-être », déclinées localement en « savoir se comporter », « savoir se conduire », de « savoir procéduraux » ou « savoirs théoriques ». Sans entrer dans le détail d'une discussion sur la pertinence d'un tel concept, il permet d'approcher la dichotomie

⁸² DELORS, J., L'éducation : un trésor est caché dedans [en ligne], Rapport à l'UNESCO de la Commission internationale sur l'éducation pour le vingt et unième siècle (extrait), [réf. du 16 juin 2006], 1999. p. 16. Disponible sur http://www.unesco.org/delors/delors_f.pdf.

posée par le handicap psychique entre la dimension professionnelle et relationnelle. C'est finalement une dichotomie entre des compétences techniques ou théoriques et des compétences humaines⁸³.

Les troubles psychiques détériorant les compétences du salarié, en tant que savoir-être et savoir-faire attendus par l'entreprise, il devient dans une certaine mesure un « dévieur » (au sens goffmannien), mais surtout une personne handicapée dans l'emploi. L'écart entre son comportement et le système de références posé par l'entreprise oblige à une redéfinition du collectif de travail et des exigences professionnelles.

Ce système de référence se construit entre autres dans les règles d'organisation des interactions. La compétence du salarié s'inscrit dans une dynamique collective qui est d'une part celle de la coordination, c'est-à-dire l'organisation du travail prescrite et d'autre part, la coopération qui est l'organisation du travail effective (Dejours, 2005). La coopération suppose le remaniement consensuel de l'organisation du travail afin de pouvoir travailler ensemble dans une relation de confiance. Or, les personnes atteintes de troubles psychiques ont des difficultés à prendre leur place dans cette dynamique collective d'une perpétuelle redéfinition des règles de travail. C'est ce que C. Dejours désigne sous le nom « d'activité déontique » (*op. cit.*, p. 25), c'est-à-dire les règles de l'activité commune.

Cet affaiblissement des compétences comme registre de justification de la participation du salarié au collectif de production le met en porte-à-faux dans son lien à l'entreprise et pose alors la question d'une forme d'inemployabilité, si ce n'est d'un risque de désinsertion vers lequel mène l'émergence du handicap.

Le concept d'inemployabilité s'applique aux populations à l'écart de l'emploi ou en quasi-emploi ayant des difficultés d'insertion professionnelle (allocataires RMI, chômeurs de longue durée...). Cette population « inemployable » est maintenue dans des dispositifs d'insertion à la marge de l'emploi du fait de l'effritement de la société salariale, selon des auteurs comme H. Arendt (1983) ou R. Castel (1995). Une autre conception tend plutôt à attribuer l'inemployabilité à l'incompétence sociale des intéressés, c'est-à-dire à leur inaptitude à participer aux processus interrelationnels qui fondent les liens sociaux, à communiquer positivement et à négocier leurs appartenances et leurs valeurs. C'est cette dimension de l'inemployabilité qui semble caractériser les salariés handicapés par l'émergence de troubles psychiques. S. Ebersold illustre cette conception : « leur inemployabilité réside dans leur incapacité à se situer au niveau, voire au-delà, du seuil d'accord minimum commun qui pourrait leur permettre d'accéder à l'emploi avant de demeurer dans leurs propriétés professionnelles (manque de qualification, inexpérience, professionnelle) ou leur caractéristiques socio-démographiques (le sexe ou l'âge par exemple). C'est en quelque sorte leur situation de différence ou de rupture par rapport au lien social minimal censé fonder la normalité qui conditionne leur marginalité » (Ebersold, 2001, p. 18).

⁸³ Voir sur le thème de la compétence les travaux de CARRE P., CASPAR, P., *Traité des sciences et techniques de la formation*, Paris, Dunod, 1999 ; LE BOTERF G., *Compétence et navigation professionnelle*, Paris, Editions d'organisation, 1997 ; KATZ R.L., « Skills of an effective administrator », *Harvard Business Review*, vol.51, 1974 ; DE MONTMOLLIN M., *L'intelligence de la tâche. Eléments d'ergonomie cognitive*, Berne, Peter Lang, 1984 ; BELLIER, S., *Le savoir-être dans l'entreprise*, Paris, Vuibert, 1998.

Dans la situation que nous étudions, la question serait plutôt la possibilité de se maintenir dans l'emploi, que « d'accéder » à celui-ci. Malgré tout, nous retrouvons différents aspects évoqués précédemment. Tout d'abord cette idée de rupture, de différence ou de déviance par rapport à un « seuil », un « lien minimal », une norme sociale que nous avons dénommé « système de référence » dans l'entreprise. Puis, du fait de cette forme d'incompétence que peut être le handicap relationnel ou le handicap professionnel, la reconnaissance de l'inadaptation entraînant la marginalisation, la mise à l'écart.

Contrairement à la conception structurelle utilisée par B. Rémond dans son rapport sur l'accès à la formation professionnelle des personnes handicapées au Ministère du travail, de l'Emploi et de la Formation professionnelle, (1991), les personnes handicapées psychiques dans l'emploi n'ont pas une « employabilité naturelle limitée ». Au contraire, l'employabilité de notre population se situe dans une tension entre d'une part l'intensité du handicap dans sa double dimension humaine et professionnelle, et l'impact du handicap sur le système relationnel dans lequel il s'inscrit. Le handicap psychique émerge dans une forme de rupture, de redéfinition du lien social qui peut potentiellement mener à une forme d'inadaptation au monde du travail. Elle est alors qualifiée d'inemployabilité.

De ce fait, on peut se poser la question de l'attitude de l'entreprise et du salarié face au handicap psychique : est-on dans une logique normative de récupération d'une employabilité et une réadaptation du salarié, notamment par une disparition des troubles ou bien dans une prise en compte de la singularité du handicap, menant alors à une redéfinition du lien du salarié à l'entreprise et du système d'interaction du collectif de travail ?

L'inemployabilité telle que nous l'avons traitée dans ce paragraphe rend compte de l'idée de fragilité du lien entre le salarié malade et l'entreprise, et de l'émergence d'une forme d'inadaptation du salarié au modèle coercitif d'exigences formulé par l'entreprise, à partir du moment où les troubles psychiques deviennent perceptibles. L'inemployabilité fait apparaître l'écart entre le monde de l'entreprise et la réalité des personnes susceptibles d'y entrer ou de s'y maintenir. Les différentes particularités du handicap psychique dans l'emploi fragilisent l'employabilité de ces salariés, et limitent parfois leurs possibilités de participation au collectif de travail.

II. La singularité du handicap psychique dans l'emploi

La singularité telle que nous l'entendons rejoint la définition proposée par N. Dodier dans son analyse du corps médical (1993). Il s'agit de prendre en compte l'expérience individuelle qui va interférer sur la stratégie de la personne dans une situation ou un environnement donnés. Ainsi : « Les repères de l'individu ne sont plus rattachés à des catégories générales, mais à une législation personnelle » (*op. cit.*, p.98). Ainsi le médecin, pour juger de l'état de santé d'une personne, va devoir instaurer un espace dans lequel peuvent se glisser des effets de singularité. Pour lui, les effets de singularité sont l'histoire de la personne et sa démarche diagnostique. Pour comprendre toute la complexité de l'expérience de santé mentale, J. Strauss propose de reconsidérer la subjectivité et l'approche bio-psycho-sociale en psychiatrie (2002). Cette prise en compte de l'expérience psychiatrique est pertinente par rapport au modèle de singularité de N. Dodier. Dans le cas de la santé mentale les effets de singularités se situent par rapport à l'expérience de santé mentale à la fois dans le temps et dans l'espace.

Dans le contexte de compréhension de l'émergence du handicap psychique, l'approche par la singularité doit nous permettre une description plus fine de la problématique interactionniste de maintien dans l'emploi.

La singularité s'oppose au général. En ce sens, elle rend compte du caractère unique et consubstantiel des troubles psychiques. Chaque expérience de santé mentale est propre à un individu donné, à un moment donné de son histoire personnelle.

Par ailleurs, ce sont les caractéristiques propres à ce handicap, notamment par rapport aux autres types de handicaps (sensoriels, moteurs ou mentaux), que la notion de singularité permet d'explorer par rapport à l'insertion professionnelle.

Enfin, cette approche est un outil de compréhension de la tension qui peut exister entre l'entreprise et le salarié, au regard de la problématique singulière dans laquelle s'inscrit le salarié du fait de son histoire personnelle par rapport à la maladie.

Qu'est-ce qui distingue le handicap psychique d'un autre handicap dans l'emploi ? Quels sont donc les effets de singularité qui pourraient distinguer les personnes handicapées psychiques dans leur insertion professionnelle ?

A. Les effets de singularité

1. La notion de temporalité

Le premier effet de singularité est tout d'abord celui qui s'inscrit dans le rapport au temps particulier qu'implique la maladie mentale. C'est d'une part le temps de la maladie, de son apparition, de son évolution, puis celui de la perception, d'une rupture dans le rapport à soi et aux autres, et enfin le temps du soin.

a) Le temps de la maladie : entre discontinuité et non-linéarité

On ne naît pas malade mental, on n'attrape pas une maladie mentale, on devient schizophrène, dépressif ou on déclare des troubles obsessionnels compulsifs. L'émergence de la maladie s'inscrit dans un processus long et étalé dans le temps. La définition de la maladie mentale, et sa considération dans une problématique de handicap, n'est envisagée que lorsqu'elle devient chronique ou a un retentissement important sur la vie de la personne. La survenue d'une bouffée délirante lors d'un événement particulier de la vie ne constitue pas, du fait de son caractère ponctuel, un handicap psychique. La répétition des troubles, leur ancienneté et leur intensité sont les indicateurs de la maladie pris en compte par l'OMS dans la Classification internationale des maladies (CIM). Ils sont également retenus par le guide barème pour évaluer le handicap.

C'est le caractère chronique de la maladie qui invite à une réflexion sur la dimension handicapante des troubles ou l'idée d'un retentissement sur la vie sociale (Parquet, 2001).

Dans le champ du handicap, une des définitions les plus opérationnelles est celle proposée par A. C. Rat qui suppose : la présence d'un substratum organique, psychologique ou cognitif ; une ancienneté de 3 mois à un an, ou supposée comme telle ; que les patients aient un retentissement de leur maladie sur leur vie quotidienne (*op. cit.*, 2004).

Sans ambiguïté, l'approche retenue est la même que celle proposée par l'enquête HID (Handicap – Incapacité – Dépendance) auquel l'auteur intègre une dimension temporelle importante, celle « du profil évolutif de la maladie » (*ibid.*).

L'évolution de la maladie, dans son versant chronique, est par exemple posée par l'observation d'une récurrence de la pathologie. Le rapport d'experts intitulé « Itinéraires des déprimés » réflexion sur leurs trajectoires en France » est explicite à ce propos. Ils insistent sur le caractère récurrent de la maladie et sur la possibilité de répétition des épisodes dépressifs, malgré les possibilités de réversibilité : « la dépression récidive dans 50 % des cas dans les deux ans suivant un premier épisode ; 20 % des cas deviennent chroniques et dans 15 % à 20 % des cas, seule une rémission partielle est obtenue » (Cardot *in* Parquet, 2001, p.11)

En effet, c'est la dimension évolutive des troubles psychiques et de la maladie mentale, qui engendre une problématique singulière du handicap psychique. Comment prendre en compte les retentissements de la maladie lorsque celle-ci se manifeste par poussées, épisodes, sans évolution continue ou prévisible ?

Le vécu de la maladie mentale est celui de phases, de crises, et éventuellement d'accès. On parle d'ailleurs couramment de « moments différents de la maladie ». C'est une réalité intrinsèque des troubles bi-polaires, caractérisés par l'alternance de phases maniaques et de phases dépressives, mais également pour d'autres types de troubles. Certaines maladies peuvent fonctionner par cycles, lorsque d'autres sont rythmées par des pics de symptômes. La dimension positive de ce rapport au temps discontinu est celle de périodes de rémission, de disparition d'une partie ou de la totalité des symptômes : on parle alors généralement « d'intervalles libres » ou « de maladie dormante » (Kochman et Meynard, 2003, p. 18). Les professionnels de la santé mentale évoquent l'idée de « discontinuité », de « non-linéarité » de la maladie ou de processus d'insertion « sinusoïdal » pour exprimer les changements dans l'expérience des troubles psychiques et l'incertitude qui y est associée (Vidal Naquet, 2003).

b) Entre stabilité et chronicité

Cette temporalité désordonnée de la manifestation des troubles est cependant contrecarrée par le caractère relativement stable du handicap par rapport à la maladie chronique. C'est l'idée qu'il existe une permanence et une intensité des conséquences de la maladie sur la vie de la personne inscrites dans les limites du rétablissement en psychiatrie : « *quelque part on ne guérit pas d'une maladie mentale, on la soigne* »⁸⁴. Certains spécialistes de la schizophrénie parlent généralement « d'amélioration de l'état » plus que de rétablissement. C'est notamment G. Canguilhem à travers sa discussion sur le normal et le pathologique, qui a mis en exergue l'ambiguïté de la notion de guérison d'une maladie mentale (1943)⁸⁵. Est-ce le retour à un état antérieur à la maladie ? E. Zarifian développe une approche de la guérison, qui inscrit la maladie dans un espace temporel et spatial : « c'est une situation qui implique obligatoirement une modification dans trois registres différents : les symptômes (c'est l'opinion du psychiatre), l'image de soi et l'équilibre psychodynamique (c'est à la fois l'opinion du sujet et parfois du psychothérapeute), enfin les rapports au milieu (c'est la norme sociale) » (*op. cit.*, 2000, p. 74).

⁸⁴ Extrait d'un entretien avec un psychiatre responsable d'un établissement de soin parisien.

⁸⁵ La thèse de doctorat de Georges Canguilhem (1943) a été publiée dans un ouvrage intitulé *Le normal et le pathologique*, (1^{ère} édition 1966), Paris : PUF, coll. Quadrige, 2001. 232 p.

L'objectif n'est donc pas uniquement de faire disparaître les troubles et d'envisager la guérison, mais d'apprendre à vivre avec, de limiter les symptômes et de stabiliser l'état de la personne. Le temps de la maladie est donc un temps long, le temps de la vie.

c) La déstabilisation du rapport à soi

Le temps de la maladie, puis par la suite le temps du handicap, s'inscrit également dans le rapport de la personne à elle-même :

« Il s'agit d'un trouble de l'intégration de la personnalité – invalidation du lien de soi à soi qui se manifeste par une difficulté à se reconnaître en tant qu'individu différencié (fusion psychotique) ou s'accepter tel qu'il est (dépréciation narcissique avec perte d'objets symboliques) – et d'un trouble de l'intégration du monde – invalidation du lien de soi à l'environnement qui peut être reconstruit (dans le cas du délire), disloqué (dans le cas du morcellement psychotique) ou voilé (dans l'angoisse névrotique ou les situations de souffrance psychique) – il existe une fragilité de la structure même de l'individu qui le conduit à vivre la rencontre avec le monde extérieur au prix de souffrances extrêmes, comme une menace pour son intégrité » (Paris, 2006, p. 47).

Les maladies mentales se déclarent généralement à l'âge adulte, entre 18 et 30 ans, et « le risque global d'exposition à une maladie mentale croît avec l'âge » (Debray, 1998, p. 21). Les premiers signes peuvent apparaître dès l'adolescence, et la fin des études ou l'entrée dans la vie professionnelle sont très souvent des périodes clés d'émergence d'une pathologie. Le premier temps de la personne par rapport à sa maladie est donc celui de la compréhension des symptômes, de la reconnaissance d'un trouble, de la conscience de la maladie. On estime généralement à 7 années, le temps écoulé entre les premiers symptômes et le diagnostic de maladie (Lovell, 2005). La personne face à l'irruption de la maladie s'inscrit donc dans une double temporalité : celle de la rupture dans le cours de l'existence (rupture plus ou moins brutale mais généralement marquée par une hospitalisation en psychiatrie), celle de l'apprentissage des troubles et de leur compréhension, voire de leur acceptation : qu'est-ce qu'il se passe dans mon corps, ma tête et ma vie qu'il va désormais falloir prendre en compte, traiter, et soigner ? L'apprentissage de la maladie est celui non seulement de la compréhension des troubles et de leur manifestation (être capable de repérer les symptômes pour agir dessus) mais également de la réorganisation de la vie quotidienne (prise de traitements, hygiène de vie...). Les premiers temps sont en effet marqués par une incompréhension, voire une ignorance de la santé mentale, qui plonge la personne dans un vide que constitue l'univers psychique (lorsque notamment il se manifeste par des hallucinations ou délires particulièrement chargés émotionnellement), et l'univers psychiatrique (lorsque l'hospitalisation doit se faire en milieu fermé ou sous contrainte). D'où l'importance de la question de l'accès aux soins posée notamment par A. Olivero et J. Palazzolo (2005) non seulement comme droit du patient, mais surtout comme élément de représentation de l'expérience psychique. A travers cette

information sur le patient et sur l'environnement psychiatrique, c'est le temps de l'appropriation des troubles, de la gestion du soin tout au long de la vie et du travail d'acceptation de la maladie qui se joue. Le temps de l'implication du sujet dans la manifestation des troubles se situe dans une ambivalence : la maladie plonge le patient dans un état inconnu qu'il ne comprend pas, qui le rend étranger à lui même : « je ne comprends pas ce que j'ai : j'ai envie de rien ; je n'étais pas comme ça avant : on dirait que je ne suis plus la même, je suis une autre » (*op. cit.* p. 4). L'entrée dans la maladie implique une rupture dans le rapport à soi : alors que ce rapport s'inscrivait jusque-là dans l'ordre du familier, donc du sécurisant, le patient se trouve dans un état dans lequel il ne se reconnaît plus. C'est l'expérience de l'*Unheimliche*, décrite notamment par M. Foucault (1963) où se rejoignent à la fois le familier (« c'est toujours moi ») et l'étranger, étrangement inquiétant (« c'est un autre en moi ») (*ibid.*).

C'est enfin le registre même de la représentation du temps qui est touché par la maladie. C'est le rapport à la mort, marqueur du temps qui passe, qui s'exprime fortement. La moindre espérance de vie et la surmortalité sont une des caractéristiques de la maladie. L'enquête HID a révélé qu'en 2000, 5,6 % des malades interrogés en 1998 et hospitalisés en psychiatrie sont décédées. Pour les personnes âgées de 20 à 59 ans, la mortalité relevée sur cette période en soins psychiatriques est de 3,1 %, contre 1,3 % pour la même tranche d'âge en établissements pour adultes handicapés. La surmortalité des malades mentaux hospitalisés en France est connue depuis plusieurs années (Casadebaig, 1989). Elle est constatée pour toutes les causes de décès. La mortalité semble corrélée non seulement à la durée de présence des patients hospitalisés mais aussi au lieu où la personne vivait avant son hospitalisation (plus grande mortalité chez ceux qui vivaient dans un autre établissement que chez ceux qui vivaient en domicile ordinaire) (Chapireau, 2002).

L'observation d'idées morbides, menant parfois au suicide, neutralise un temps futur dans lequel l'individu se construit. L'inscription spatio-temporelle de l'expérience subjective des voix serait même un des paradigmes nouveaux de la théorisation des hallucinations de patients en psychiatrie (Guigo-Banovic, 2003). L. Binswanger montre qu'il existe un rapport au temps particulier dans la mélancolie et la schizophrénie. Il y a dans ces deux pathologies perte de l'élan vital, où l'avenir est inexistant ou sous le joug de la terreur. Dans la schizophrénie, le temps ne s'écoule plus, il s'agglutine dans un présent où le passé n'est jamais complètement révolu et l'avenir difficilement envisagé. C'est en ce sens que les auteurs concluent que « les voix hallucinatoires ont une temporalité qui leur est propre, elles s'inscrivent dans un rapport au temps qui est relatif à la personnalité du sujet qui raconte » (*ibid.*, p. 778).

d) Le temps du soin

En dernier lieu, le rapport au temps dans la maladie mentale est celui du soin tout au long de la vie. La dimension totalitaire et le caractère longitudinal du suivi en psychiatrie (notamment par l'hospitalisation) amènent les sociologues à traiter de la question des « carrières », « itinéraires » ou des « parcours »

psychiatriques⁸⁶. Malgré la transformation du système de soins psychiatriques depuis les années 60-70 (avec notamment l'ouverture des hôpitaux et la diminution des temps d'hospitalisation), le besoin de prise en charge thérapeutique suite à l'apparition d'une maladie inscrivent le patient dans une stratégie au long cours de son suivi médical.

La notion de « carrière psychiatrique » révèle tout autant l'omniprésence de l'institution asilaire dans la vie de certains patients, qu'une tension des rapports entre les individus dans leur parcours de santé mentale, et l'institution, au sens large, comme lieu de soin. L'hôpital est un lieu de soin, mais aussi un lieu de vie (que ce soit en ambulatoire ou en institution fermée). C'est donc l'intensité du lien entretenu entre le patient et l'institution qui, dans une certaine mesure font se chevaucher le temps de la maladie et le temps de la vie. L'hôpital peut devenir le lieu exclusif de la vie. Certains services psychiatriques sont encore considérés comme des lieux de vie pour ceux que l'on appelait autrefois les « incurables ». Inversement, l'hôpital ne représente qu'une accroche ponctuelle d'un individu stabilisé qui, parfois, a besoin de réajuster un traitement. Même si certains ne feront l'expérience de l'hospitalisation qu'une fois dans leur vie, la permanence de l'accompagnement des professionnels de la psychiatrie et de la santé mentale tout au long de la vie réactualise cette notion de carrière ou de parcours. Le volet de l'enquête HID sur *Le devenir sur deux ans des personnes hospitalisées en établissement psychiatrique* montre ainsi qu'entre 1998 et 2000, 34 % des 34 000 personnes hospitalisées étaient sorties pour vivre dans un domicile indépendant. Par ailleurs, 43 % d'entre elles étaient toujours accueillies dans le même établissement, 11 % dans un autre, et 7 % étaient décédées (Chapireau, 2004).

Le temps de l'hospitalisation n'est plus celui de la vie entière. Cependant, cette enquête montre que parmi les personnes présentes à l'hôpital déjà depuis plus d'un an en 1998, deux tiers sont dans le même établissement en 2000. F. Chapireau commente ces chiffres : « les résultats suggèrent que certains patients entrés depuis peu au moment de l'enquête restent hospitalisés longtemps, mais aussi qu'une présence longue débouche pour une part non négligeable sur une sortie (*op. cit.*, p. 7). Le soin en établissement spécialisé n'est pas celui d'une prise en charge ponctuelle, il s'inscrit parfois dans des tranches de vie.

Le caractère longitudinal se matérialise dans la « carrière psychiatrique » comme stratégie individuelle d'utilisation de l'institution. A ce propos, L. Verhaegen tente de comprendre la place qu'occupe l'hospitalisation dans le parcours de la personne, et de saisir la façon dont cette dernière l'intègre dans l'ensemble des éléments, passés et présents, qui constituent sa situation actuelle (*op. cit.*, 1985). Elle montre comment les variables individuelles liées à la problématique psychiatrique du patient vont interférer sur la manière dont celui-ci va mener sa carrière psychiatrique. En fonction du type de trouble et de leur degré de dépendance ou de leur besoin d'accompagnement les patients investissent plus ou moins l'institution. Ainsi l'hôpital peut devenir le « domicile favori » pour des patients qui sont dans des

⁸⁶ Voir sur cette question la thèse de Livia VELPRY, *L'expérience sociale de la maladie mentale. ÊTRE un patient à long terme en psychiatrie de secteur*, Th : sociologie, Paris : 2006. 520 p.

stratégies d'intégration à l'hôpital et ayant renoncé à une certaine vie sociale. D'autres au contraire fuient l'institution et développent des stratégies d'évitement. Pour ce groupe, le passage en psychiatrie « coûte trop cher » (*op. cit.* p. 56) et se développe une résistance à toute forme d'hospitalisation, allant parfois jusqu'à la fugue ou l'hospitalisation d'office. Enfin, le troisième groupe est dans une approche « utilitariste » de l'institution. L'auteur nomme ce groupe comme suit : « je vais à l'hôpital quand je suis malade » (*op. cit.*, p. 59).

D'autres travaux, comme ceux de L. Velpy au Cesames (2001), Centre de recherche Psychotropes, Santé mentale, Société (Université Paris V), montrent comment la personne circule entre les divers lieux de soin et d'accueil tout au long de son expérience de santé mentale au point de l'identifier comme un mode de vie.

C'est ce que M. Duyme appelle le « poids de l'histoire psychiatrique » (Duyme et Barbeau, 1987, p. 66). Leur étude montre un lien de corrélation entre les variables médicales avant et après le passage en centre de réadaptation : plus la personne a été hospitalisée ou suivie en psychiatrie avant son passage au centre, plus elle a de chances de continuer à avoir un suivi médical à la sortie. C'est ce qui les invite à conclure que le médical « prédit » le médical (*ibid.*, p. 67).

Du fait de ce rapport au temps « contrarié » par la maladie, le handicap psychique est perpétuellement interrogé. En effet, le temps figé par le handicap qui prend la personne en considération à un instant « t » et dans un état donné est mis en tension par la discontinuité de l'expression de la maladie. Que ce soit du côté des instances de reconnaissance du handicap ou des modèles de compréhension du concept de handicap, les définitions proposées s'appuient sur l'observation d'une personne ou d'une situation un minimum fixée et pérenne. La variabilité de la maladie et la distorsion du temps qu'entraîne la manifestation des troubles remet en question la pertinence d'une approche par le handicap psychique, en tant que modèle d'appréhension de la place de l'individu atteint de troubles psychiques dans la société. En conséquence, le handicap psychique s'inscrit dans une problématique singulière, notamment par rapport à l'insertion professionnelle.

La responsable de la Mission handicap d'Air France synthétisait cette tension lors d'un colloque sur le maintien dans l'emploi : « *maintenir une personne handicapée psychique dans l'emploi, c'est accepter une mobilisation continue et dans le temps. On ne peut se limiter à une action ponctuelle et limitée dans le temps comme nous le faisons pour d'autres types de handicap. Il faut accepter l'idée que tant que la personne sera dans l'entreprise, elle nécessitera potentiellement un accompagnement ou en tout cas une veille et une surveillance. Cela interroge l'entreprise sur sa capacité à prendre en compte des besoins étalés, et l'idée d'un suivi illimité et de son coût. Dans ces cas de maintien dans l'emploi non seulement le temps n'est pas compté mais en plus il n'y pas de fin* »⁸⁷.

⁸⁷ « Le maintien dans l'emploi face aux difficultés des salariés : Quelles réponses », colloque du Club Arhim du 12 mars 2004.

2. Le caractère globalisant de la maladie ou l'inscription spatiale du handicap

L'OMS définit la Santé comme un « état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »⁸⁸. Du côté du pôle négatif que représente la maladie par rapport à la santé, cette définition sous-entend une inscription de la maladie dans les mêmes composantes de cet 'état complet'. C'est en ce sens que la maladie mentale peut être observée dans son versant globalisant c'est-à-dire qui touche l'ensemble de la vie de la personne. Ce n'est pas uniquement un organe du corps, une sphère de la vie ou une caractéristique comportementale qui va être touché. C'est l'ensemble de ces espaces de l'être social qui se superposent et s'entrelacent à travers l'expérience de la maladie mentale. Le handicap introduit une dimension totalisante de considération de la personne à plusieurs niveaux : l'identité, la prise en charge médicale et l'insertion sociale.

Le « global » évoque donc la multiplicité des champs touchés par la maladie tandis que le caractère totalisant renvoie à une contamination de l'ensemble des registres dans leur totalité, signifiant l'idée d'inscription spatiale.

a) Avoir une maladie mentale ou être malade mental ?

En premier lieu, la maladie mentale a cette particularité de ne pas être un attribut de la personne mais bien un élément constitutif de l'individu. Observons, dans le langage commun, la façon dont on parle des troubles psychiques. Ainsi, on n'a pas une maniaque-dépression ou une schizophrénie mais on est dépressif, paranoïaque. Alors que l'on attrape un cancer ou le sida, on devient psychotique ou délirant. Par ailleurs, on développe des troubles obsessionnels compulsifs ou des phobies sociales ou spécifiques. Même si ces troubles, d'un point de vue terminologique, caractérisent moins la personne, ils renvoient à une responsabilité de celle-ci qui serait à l'origine de l'émergence de la pathologie. La personne ne semble pas subir la maladie, au contraire, elle est actrice de la manifestation des troubles. C'est la personne dans son essence même qui semble atteinte par une maladie et qui la caractérise dans sa substance. Le rapport Charzat est explicite sur cette conception de la maladie mentale. Il écrit en introduction : « notons que le trouble psychique ne touche pas une partie de soi, mais il touche la personnalité dans son ensemble. Il met donc en cause l'identité de la personne, la blesse ; sa nature est souvent d'un déni par la personne elle-même, parfois par une partie de son entourage »(2002, p. 5). Cette définition rejoint l'esprit de M. Foucault lorsqu'il explique que « la personnalité devient l'élément dans lequel se développe la maladie, et le critère qui permet de la juger ; elle est à la fois la réalité et la mesure de la maladie » (2002, p. 9). Ainsi la maladie contamine l'identité et la personnalité de la

⁸⁸ Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence Internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants des 61 états membres. 1946 ; (actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°2, p. 100) et entrée en vigueur le 7 avril 1948.

personne, lui donnant un caractère singulier à partir de son vécu de troubles psychiques. L'identité est mise à mal, à la fois par les crises psychotiques et par les expériences d'étrangetés liées aux médicaments.

Dans les différents travaux en sciences humaines qui traitent de l'expérience de santé mentale, la question de l'identité est ainsi omniprésente, notamment pour approcher l'idée d'expérience subjective. Ainsi S. Estroff dans un article de 1989, pose la question de l'identité à travers l'image que le patient a de lui, compte tenu de son expérience psychiatrique. Elle montre comment l'identité sociale est transformée par les troubles graves. Dans la schizophrénie, la construction des rapports se fait par rapport au soi qui se définit en réaction à ce qu'autrui nous renvoie ; à l'identité sociale qui se construit par une « conspiration des compréhensions » ; à la diversité des processus de définition de l'identité dans le temps et l'espace et enfin par rapport à la « capacité de réflexivité » de la personne (Estroff, 1995, p.133)⁸⁹.

Mais la tension entre maladie mentale et identité est celle aussi analysée par S.-J. Lally c'est-à-dire la tension entre la lutte du patient pour maintenir un sentiment de « compétence » et ne pas être étiqueté comme malade mental, mais aussi un processus qui semble assez inexorable d'immersion dans le rôle de patient (*op. cit.*, 1989). L'hospitalisation est, dans ce contexte une atteinte importante à « l'identité compétente » et fait perdre le sens de ce que la personne pense être.

Enfin, c'est le rapport même de la personne au monde qui semble touchée par la maladie mentale. Pour E. Corin, par exemple, la question du rapport au monde des schizophrènes est centrale : « ce qui se passe dans l'espace intermédiaire entre le patient et l'environnement est relié à l'expérience intérieure et à son évolution » (Corin, 1990, p. 133). Le rapport au monde est un élément incontournable parce que la schizophrénie fait intervenir un élément d'aliénation vis-à-vis du monde extérieur et souvent de soi-même. Dans un article de 1998, elle poursuit cette réflexion en s'intéressant à une « façon d'être au monde » de personnes diagnostiquées comme schizophrènes, en partant de l'hypothèse que la transformation opérée par l'expérience psychotique a entraîné une transformation de leurs relations à eux-mêmes et au monde. Elle se demande alors quelles stratégies concrètes et symboliques les patients mettent en œuvre pour habiter dans leur monde et donner du sens à leur expérience.

Dans une certaine mesure, les troubles psychiques ou la maladie mentale semblent se vivre non pas comme un attribut extérieur à la personne, mais bien comme des expériences sensibles, motrices ou relationnelles, constitutives de la personne. Ils s'immiscent dans tous les interstices de l'être au point que certaines personnes se définissent et se présentent par rapport à leur maladie. En réponse à cette extension identitaire des troubles, le soin propose un traitement globalisant de la personne à différents niveaux.

⁸⁹ Elle distingue notamment « l'identité pour soi » et « l'identité pour autrui » plus ou moins harmonieuses dans le cas de la maladie mentale (*op. cit.*, p135)

b) Les soins : entre coercition et contrôle social

Le recours aux soins en psychiatrie ces cinquante dernières années a vu deux évolutions marquantes : la découverte des neuroleptiques, améliorant considérablement la qualité de vie des patients, et le mouvement de « désinstitutionnalisation », mis en place en France par la sectorisation (à laquelle nous avons fait référence dans un précédent chapitre). Les temps d'hospitalisation en institution fermée ont petit à petit considérablement baissé (le nombre total de journées d'hospitalisation à temps plein diminue régulièrement depuis 1989, passant d'une durée moyenne de 86 jours en 1989, à 45 jours en 2000) et les patients ont acquis une autonomie inespérée à l'époque (Coldefy, 2004).

Ce qui distingue encore la psychiatrie des autres spécialités médicales, est la dimension coercitive et totalitaire du soin. Les analyses critiques de l'asile par E. Goffman et M. Foucault en sont l'illustration. En comparant l'hôpital psychiatrique à une « institution totalitaire » (Goffman, 1968, p.53) au même titre que les prisons et les camps de concentration ou à « une institution disciplinaire », ils ont mis l'accent sur le caractère aliénant et contraignant de la psychiatrie. L'institution totale est « un lieu de résidence ou de travail où un grand nombre d'individus, placés dans une même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mène ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et rigoureusement réglées » (*ibid.*, p. 41). Ce qui caractérise l'hôpital psychiatrique est la coupure avec le monde extérieur, la prise en charge de l'ensemble des besoins de la personne, un mode de fonctionnement bureaucratique, des contacts limités entre surveillants et patients. C'est aujourd'hui encore la réalité de l'enfermement psychiatrique malgré les tentatives d'ouverture vers la cité.

M. Foucault montre en outre, que la « société disciplinaire » ne se limite pas aux murs de l'asile mais se maintient à travers l'essaimage des mécanismes disciplinaires. La « désinstitutionnalisation » ne serait qu'un assouplissement du contrôle exercé par la psychiatrie sur l'individu (1988).

L'étude de l'activité des secteurs de psychiatrie générale en 2000 du Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité révèle que l'hospitalisation à temps plein continue à être une des modalités de prise en charge à temps complet, même si d'autres modes de prise en charge peuvent être proposés. En 2000, par exemple, 306 000 patients ont été suivis à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale soit 27 % de la file active. Ce nombre continue de progresser : plus 5 % par rapport à 1997, plus 20 % depuis 1989 (*ibid.*, p. 12).

En plus de l'enfermement, le soin en psychiatrie s'exerce dans une forme de contrainte. La forme administrative de ce contrôle est illustrée sans ambiguïté par l'Hospitalisation d'office (HO) ou l'Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT). On considère dans ces cas là que la personne n'est pas en mesure d'évaluer ses besoins et que son environnement ou la société doivent décider pour elle d'accéder aux soins. L'autre pratique singulière du soin en psychiatrie, est l'utilisation de l'isolement et de la contention mécanique (attachement des patients qui s'opposeraient à une « camisole chimique »).

D. Friard à partir d'une enquête auprès de 29 hôpitaux en France montre que la contention est extrêmement rare à Paris mais elle l'est beaucoup moins en province (seuls 29 % des infirmiers exerçant en province déclarent n'avoir jamais utilisé la contention) (*op.cit.*, 2004). C'est le caractère thérapeutique qui est mis en avant dans les discours des professionnels légitimant ces pratiques. L'isolement se situe à deux niveaux. La première forme correspond à la volonté de mettre le malade à part, dans un lieu séparé en l'accueillant à l'asile ou à l'hôpital psychiatrique. La seconde forme de séparation, appelée « isolement thérapeutique ou cellulaire », consiste en un enfermement simple du patient ayant des pulsions auto ou hétéro-destructives dans une chambre close.

Encadré VII : Les modalités d'hospitalisation en psychiatrie

Elles sont régies par la Loi du 27 Juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et ont pour objectif de protéger les libertés individuelles (L. 90-527). Cette loi précise les droits généraux des malades mentaux quel que soit le mode d'hospitalisation, instaurant un meilleur contrôle des conditions d'admission de ces patients en milieu spécialisé psychiatrique.

L'hospitalisation libre

L'hospitalisation libre est le régime habituel d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux publics. L'état de santé du patient justifie des soins en hospitalisation. Le malade est consentant aux soins, il signe lui-même son admission à l'entrée à l'hôpital et donne l'autorisation éclairée de soins. Le consentement du malade est recevable car l'altération éventuelle de ses capacités mentales n'affecte pas son libre arbitre.

L'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)

Elle s'applique quand le malade n'est pas consentant aux soins ou n'a pas les capacités pour consentir à ceux-ci. L'HDT est justifiée quand les troubles mentaux du patient rendent son consentement impossible et quand son état rend indispensables des soins immédiats avec surveillance en milieu hospitalier. Dans ce cas, un tiers signe la demande manuscrite d'admission. Le tiers peut être un membre de la famille, un proche ou une personne agissant dans son intérêt (à l'exclusion des personnels soignants ou de direction de l'établissement hospitalier). Par contre, l'assistante sociale peut être acceptée comme tiers.

Cette hospitalisation exige également la présentation de deux certificats médicaux, rédigés par deux médecins dans lesquels ils constatent l'état mental du patient, précisent l'évolution de sa maladie en attestant que le consentement est impossible, et qu'il y a nécessité de soins immédiats et d'une prise en charge en milieu hospitalier.

L'hospitalisation d'office

Elle concerne les malades mentaux compromettant l'ordre public et la sécurité des personnes. Il s'agit alors d'une mesure administrative prise par le préfet du département.

Deux procédures sont possibles :

- dans la procédure courante, le médecin rédige un certificat médical circonstancié et le préfet prononce, a vu de celui-ci, l'hospitalisation d'office.

- dans la procédure d'urgence, en cas de danger imminent, pour la sûreté des personnes, le médecin atteste de la dangerosité du patient et le maire peut alors prendre des mesures d'urgence.

La loi du 4 mars 2002 subordonne l'hospitalisation d'office à trois conditions : l'existence d'un trouble mental, la nécessité de soins de ce trouble, et une atteinte grave à l'ordre public.

Cette idée de coercition dans le cadre de la prise en charge a été analysée par A. Lovell (1996). Elle montre comment, dans le contexte psychiatrique, celle-ci doit être replacée dans une notion plus large

de « contrôle social » : « la coercition dans les pratiques en santé mentale émerge comme un acte intrinsèquement social, comme une des façons par laquelle les membres d'une société répondent à des formes de comportements qu'elles définissent comme déviantes ou en rupture avec leur sens de l'ordre social » (*op. cit.*, p. 160). Il y aurait donc quatre formes de contrôle social de la maladie mentale :

- à un extrême se trouve « la coercition » : quand la force est utilisée pour agir sur un comportement, avec ou sans sanction légale. Elle peut être physique ou émotionnelle.
- Ensuite elle place « le volontarisme forcé » : quand une menace est utilisée pour obtenir une participation.
- Plus loin figure la « compliance utilitaire », où il y a échange de certains comportements ou actions contre des ressources, entre praticiens et patients.
- Enfin, la « persuasion » laisse à chacune des parties, praticien et patient, un certain contrôle sur l'intervention, en pouvant poursuivre ou mettre un terme à la relation (*ibid.*).

La dimension coercitive en psychiatrie est également caractérisée par la prise en charge « totale » du soin. L. Velpry a largement exploré cette question, à partir d'une problématique de dépendance, notamment dans son étude sur les *Itinéraires de prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux graves* (2001). Elle explore le caractère englobant de la prise en charge proposée par les institutions du secteur : « soins, hospitalisation lors des crises, suivi infirmier lors d'hospitalisations séquentielles, logement, occupations pendant la journée, de loisir ou de travail...pour certains, prise en charge des questions financières (relations avec la tutelle sur le secteur) et sociales (assistantes sociales dans l'équipe) » (*op. cit.*, p. 61). Tous les aspects de la vie de la personne peuvent donc être « couverts » par le réseau d'accompagnement du secteur psychiatrique. Le soin s'inscrit dans tous les interstices de la vie de la personne suivie par le secteur.

Ce caractère « globalisant » du suivi et du soin s'illustre également par le traitement moral de la maladie mentale. L'origine du traitement moral de la folie revient à Pinel au début du XIX^{ème} siècle qui s'appuie au départ sur l'attitude rassurante et empathique du médecin face au malade pour créer une relation de confiance. C'est aussi par des actions éducatives et d'hygiène de vie que passe le soin : discipline, hygiène corporelle, promenades quotidiennes, diététique et, dans sa forme la plus moralisatrice, le travail. Aujourd'hui, des traces de cette conception hygiéniste du soin se retrouvent dans certaines approches de la maladie, notamment celles de la psychothérapie institutionnelle⁹⁰ et de la psychiatrie sociale. Ce rapport au soin est entre autres illustré par les brochures publiées par le programme d'action « Schiz'ose dire »⁹¹ qui visent à améliorer la qualité de vie au quotidien : on y trouve des titres tels que *La schizophrénie ça se soigne, C'est étrange autour de moi, Je prends un neuroleptique* ou

⁹⁰ La notion de psychothérapie institutionnelle apparaît au début des années cinquante et s'est illustrée, entre autres, autour des travaux du psychiatre catalan François Tosquelles. La proposition est de repenser les rapports soignants/soignés dans l'institution hospitalière. Il s'agit de prendre en compte non seulement le patient mais aussi le lieu dans lequel il vit, et de lui permettre d'être actif et non pas simplement un objet de soin. Il devient partie prenante de ses soins. Cela peut se traduire par un investissement dans différentes institutions organisant le lieu de soin (ateliers, clubs, associations...) au sein de l'hôpital.

⁹¹ Programme d'action destiné à sensibiliser le grand public sur la schizophrénie et sa prise en charge. Ce programme initié par l'Institut Lilly est soutenu par l'Unafam, la FNAP Psy, l'association Schizo, Oui !, et avec le conseil scientifique d'infirmiers et de psychiatres de l'observatoire des schizophrénies.

encore *Je gère mon quotidien*⁹². Ces brochures insistent sur les règles de vie quotidienne comme l'entretien de son logement, les conduites alimentaires, la gestion du budget, mais aussi l'hygiène de vie nécessaire à la prise du traitement ou encore l'importance des activités « psychosociothérapeutiques » (celles centrées sur la vie quotidienne et permettant la socialisation ou celles portant sur la médiation pour espérer la résolution de conflits psychiques) qui participent au rétablissement. Finalement, l'accompagnement psychiatrique peut dans ce cas être analysé comme un outil de contrôle social et moral de l'ensemble de la vie de la personne comme l'a été le mouvement hygiéniste au début du XX^{ème} siècle⁹³. L'ensemble des professionnels du soin exerce en effet un droit d'ingérence sur l'ensemble de la vie de la personne au prétexte que celle-ci, du fait de ses troubles, aurait perdu une forme d'autonomie. Cette inscription spatiale du soin dans le champ de la psychiatrie correspond en réalité à une évolution de la place du patient dans la médecine moderne (Bury, 2001). C'est le déclin relatif des infections sur lequel le modèle biomédical était fondé, et l'impact croissant des maladies chroniques et dégénératives qui tendent à remplacer le traitement et la guérison par la « gestion » et le « soin ».

c) Un handicap « contagieux »

Le handicap psychique touche l'ensemble des sphères de la vie de la personne dans son inscription sociale.

Après quelques dizaines d'années de désinstitutionnalisation et de prise en charge alternatives à l'hospitalisation, certains psychiatres de secteur font le constat « que les équipes psychiatriques semblent condamnées à œuvrer perpétuellement dans un espace intermédiaire entre les soins à un malade et l'assistance à un handicapé » (Garrabé et Kapsambélis, 1992, p.2). Au-delà du conflit ou de la rupture entre le sanitaire et le social qui caractérise le système français d'accompagnement des personnes, cette observation révèle l'étalement de la pathologie dans l'ensemble de la vie de la personne, soit l'ensemble de ses besoins sociaux. C'est en ce sens que l'idée 'd'assistance à un handicapé' doit être comprise. Le psychique ne peut se concevoir dans une vision purement organique, et les professionnels du soin sont nécessairement amenés à prendre en compte l'étendue des conséquences des troubles dans l'ensemble des registres sociaux de la vie de la personne.

Le handicap social entraîne dans sa forme la plus extrême la pauvreté et le dénuement. Le rapport *Prévention et soins des maladies mentales – Bilan et perspectives* pour le Conseil économique et social

⁹² SCHIZ'ose dire : 7 brochures sont publiées en ligne sur le site : <http://www.schizosedire.com> [page consultée le 25 juin 2006]

⁹³ Le mouvement hygiéniste est l'aboutissement au début du vingtième siècle des travaux de médecins et de politiques luttant contre l'insalubrité des logements parisiens et la propagation de la tuberculose, et concrétisés notamment par un congrès international d'assainissement de salubrité de l'habitation qui se tiendra à Paris en 1904, prônant une architecture scientifique s'inspirant de l'architecture hospitalière et des sanatoriums.

éclaire cette tension entre santé mentale et désinsertion : cette enquête menée auprès de « sans domiciles fixes » à Paris en 1996 révèle que 16 % d'entre eux présentaient ou avaient présenté des troubles psychotiques au cours de leur vie, et que 29 % souffraient ou avaient souffert d'un trouble psychiatrique au cours de l'année écoulée (Charzat, 2002). Plus que les troubles du quotidien ou l'entrave à la vie sociale, la maladie mentale et le handicap psychique s'apparentent à un 'handicap social', c'est-à-dire au maintien dans une situation de grande précarité, de pauvreté et de marginalisation qui laisse peu de place à l'espoir d'un rétablissement. C'est le mode de vie tout entier de la personne qui est déterminé par la manifestation des troubles.

En outre, tout le volet de l'enquête HID sur le profil des personnes suivies en psychiatrie a apporté de nouvelles connaissances sur les patients hospitalisés. L'enquête aborde les caractéristiques sociodémographiques ainsi que les problèmes de mobilité, les limitations intellectuelles ou, dans les actes de la vie ordinaire, la reconnaissance administrative du handicap et la qualité de l'hébergement hôtelier.

Que ce soient pour les personnes hospitalisées ou celles uniquement suivies pour troubles psychiques, le retentissement à la fois social, physique ou familial des troubles psychiques sur la vie de la personne est omniprésent.

En premier lieu, l'emploi est touché par le handicap psychique. En plus du fait que deux personnes sur trois ont une incapacité reconnue par une administration (Cotorep, ou Sécurité sociale), les deux tiers des patients sont en dehors du marché de l'emploi. Ils n'exercent aucune profession, ne sont ni chômeurs, ni étudiants ou élèves, ni militaires, ni retraités ou retirés des affaires, ni femmes au foyer. De même, les personnes suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux (soit des personnes déclarant vivre à domicile et avoir consulté pour « troubles psychiques ou mentaux au cours des trois derniers mois » (Chapireau, 2003) et qui exercent une activité ne sont que 40 % (alors que cette proportion s'élève à près des trois quarts pour les personnes qui ne sont pas suivies). Ce qui caractérise cette population est un taux de chômage important.

Par ailleurs, pour les personnes hospitalisées, la proportion de célibataires âgés de plus de 20 ans est largement majoritaire (61 %) et seuls 18 % déclarent être mariés (ou séparés)⁹⁴. L'isolement affectif semble moins prégnant pour les personnes qui bénéficient d'un suivi psychologique régulier et déclarent à 89 % entretenir des relations avec leur famille proche tout aussi souvent que la population non suivie. Pourtant, seules 36 % des personnes interrogées déclarent que leur père est vivant contre 58 % du reste de la population. De même, entre 40 et 49 ans, 45 % des personnes suivies déclarent que leur mère est décédée (contre 21 % pour les personnes non-suivies). Il existe également des différences importantes pour la vie conjugale. Passé 20 ans, la moitié seulement des adultes suivis régulièrement pour des troubles psychiques ou mentaux déclare vivre en couple, contre sept sur dix dans la population non suivie. La conséquence sociale de ce handicap se retrouve également dans le

⁹⁴ Cette situation est différente de celle de l'ensemble des adultes du même âge : d'après le recensement de 1999, les plus de 20 ans sont pour 56 % d'entre eux mariés, 28% célibataires, 9% veufs, et 7% divorcés.

rapport aux loisirs. Ils semblent plus limités et moins fréquents. Ainsi, les personnes suivies sont moins nombreuses à déclarer s'impliquer dans la vie associative. Plus globalement, leurs désavantages sociaux en matière de loisirs sont patents. Ainsi, ces personnes sont moins nombreuses à pratiquer une activité sportive (32 % contre 43 % pour les personnes non suivies). Dans le domaine des loisirs culturels, elles vont également moins souvent au cinéma et au théâtre. Enfin, le quart d'entre elles déclare ne jamais partir en vacances, contre près de 15 % dans le reste de la population (*ibid.*).

L'extension du handicap psychique à d'autres sphères que celle de l'expérience de santé mentale et des troubles du comportement se retrouve également par rapport à des difficultés physiques ou motrices.

L'enquête HID repère ainsi les principaux handicaps des personnes hospitalisées en psychiatrie : une personne sur deux souffre de limitation de sa mobilité et plus du quart de limitations intellectuelles et scolaires (Chapireau, 2002). Les limitations de mobilité sont fréquentes chez les personnes hospitalisées en soins psychiatriques : sur la population concernée, moins d'une personne sur deux sort de l'enclavement de l'établissement sans aide, une sur cinq sort mais avec une aide, et une sur trois ne sort pas. De même, le poids des difficultés rencontrées par ces personnes dans les activités de base est loin d'être négligeable : une personne sur dix a besoin d'une aide partielle ou totale pour la toilette et une sur cinq d'une aide partielle ou totale pour l'habillage. Enfin, les difficultés liées à des limitations intellectuelles ou scolaires des personnes hospitalisées en psychiatrie sont loin d'être négligeables. Ainsi, une personne sur cinq (19 %) déclare ne pas savoir lire (pour 4 % dans la population générale) ; par ailleurs, il sont moins d'un sur deux à avoir obtenu un diplôme (contre huit personnes de plus de 15 ans sur dix en population générale selon le recensement de 1999) (*ibid.*).

Cette prévalence de déficiences physiques ou intellectuelles se retrouve en partie pour la population régulièrement suivie pour troubles psychiques. Celles-ci déclarent également plus souvent que le reste de la population d'autres déficiences. La différence la plus importante concerne les troubles du langage et de la parole, sept fois plus fréquents dans cette population, du fait, très probablement, de leurs liens cliniques avec des troubles psychiques. Mais les déficiences physiques ainsi que les symptômes fonctionnels y sont également plus fréquents. Ainsi, il y a davantage de personnes signalant des déficiences motrices et viscérales – ou métaboliques – parmi les personnes suivies. Ces déficiences entraînent par ailleurs des problèmes de mobilité et de restriction d'activités affectant notamment les tâches domestiques. Enfin, la part des personnes qui lisent, comptent ou écrivent sans difficulté est plus faible dans la population suivie régulièrement, et cette différence persiste lorsque l'on prend en compte les effets d'âge et de sexe.

La singularité du handicap psychique se pose donc du point de vue de la problématique d'insertion sociale. La multitude de champs dans lesquels la maladie s'exprime va générer un étalement temporel

et spatial des conséquences des troubles sur la vie de la personne. De plus, une des raisons au caractère globalisant du handicap est celle des effets secondaires des traitements psychotropes⁹⁵.

Cette compréhension de la singularité fait émerger deux questions :

- Comment la problématique particulière du handicap psychique va-t-elle se manifester dans le monde du travail ?
- Dans quelle mesure l'entreprise est-elle capable de recevoir cette singularité et la diversité des champs d'expression du handicap?

B. Tentative de typologie de l'émergence du handicap

Dans un premier temps, croisons cette singularité avec l'émergence d'une situation de handicap dans l'emploi. Dans quelle mesure les effets de singularité repérés génèrent un handicap à la fois pour la personne atteinte de troubles psychiques, et pour l'entreprise au sens de déstabilisation du collectif de travail. C'est l'entreprise dans son volet sociétal, c'est-à-dire comme univers privilégié de construction du lien social (Francfort, 1995)⁹⁶, qui va participer à la dynamique relationnelle qu'implique le handicap. Les entretiens semi-directifs réalisés dans les entreprises auprès de salariés atteints de troubles psychiques ont fait apparaître une problématique de handicap dans l'emploi à l'articulation de l'individu et du collectif de travail. A partir de l'observation des indicateurs de cette situation de handicap, au croisement de la position de l'individu par rapport à sa maladie et de l'impact des troubles dans l'univers professionnel, trois profils de salariés atteints de troubles psychiques dans l'emploi se dégagent.

1. Une situation à l'articulation de l'individuel et du collectif

a) La conscience des troubles

Un des effets de singularité qui va participer à l'émergence du handicap au croisement de caractéristiques personnelles et de facteurs environnementaux va être l'idée de conscience des troubles et du rapport de la personne à sa maladie.

⁹⁵ Voir à ce propos les publications depuis 2000 par l'association Cinergie qui vise à agir contre l'exclusion du monde du travail des personnes en situation de déficit physique, psychique ou sensoriel. Elle agit avec les médecins du travail, médecins de prévention et de soins, ainsi qu'avec les professionnels de l'insertion ou du maintien dans l'emploi des personnes handicapées.. Une des publications de cette association s'intitule donc : *Travailler avec un traitement psychotrope* [En ligne] et met en exergue l'impact social des effets secondaires des traitements dans la vie quotidienne des personnes, [réf. du 26 juin 2006]. Disponible sur : <http://www.handitrav.org/travailler/travaillerPsychotrope.html>.

⁹⁶ C'est l'approche de l'entreprise proposée par R. Sainsaulieu et développée par I. Francfort *et alii* dans leur étude sur « *Les mondes sociaux de l'entreprise* » (1995) que nous approfondirons dans une troisième partie.

Une des particularités de la maladie mentale, et plus particulièrement de psychoses délirantes telles que la schizophrénie ou les troubles bi-polaires, est le déni. Certains patients en psychiatrie ont parfois recours au déni face à des maladies, des traumatismes, afin de supporter une réalité inacceptable, c'est-à-dire non métabolisable sur le plan psychique. Le déni est une attitude de refus du patient de prendre en compte une part de la réalité qui s'explique par une forme de méconnaissance de son expérience de santé. Selon les pathologies, le déni pouvait prendre différentes formes (Bardou *et alii*, 2006). Il se définit en psychiatrie comme un mécanisme de « reconnaissance initiale d'une réalité externe puis un rejet actif de celle-ci, de façon inconsciente, c'est-à-dire non métabolisable sur le plan psychique » (*op. cit.*, p. 107). La difficulté de ce phénomène réside dans sa traduction d'un point de vue relationnel : « Il s'agit là d'un phénomène récurrent et largement admis comme un obstacle majeur à la reconstruction. Il se traduit le plus souvent par une prévalence d'une image de soi irréprochable (...). Ces mécanismes, une fois établis, interdisent tout dialogue ou questionnement dès lors qu'une critique est émise à l'encontre de cet individu ». Cette méconnaissance de la réalité entraîne une rigidification du système relationnel qui entoure la personne.

Dans l'univers professionnel où le salarié est amené à être remis en question ou à se remettre en question, ce déni constitue un obstacle important et courant, notamment dans les débuts de la maladie. Par rapport au maintien dans l'emploi, ce rapport à la réalité interroge l'entreprise à deux niveaux : celui d'un dialogue rompu, d'une difficulté à dialoguer avec la personne et de la participation du salarié à un changement de parcours professionnel.

Ce rejet de la réalité des troubles entrave la possibilité pour la personne de prendre conscience de sa maladie, de comprendre ses troubles et de se plier à un traitement médicamenteux ou un suivi médical. C'est la notion 'd'insight' des travaux anglo-saxons, et traduite par « conscience du trouble », qui est mise à mal. 'L'insight' est selon les cas multidimensionnel (Bourgeois, 2002). Il peut se fragmenter en trois dimensions essentielles : (1) la conscience de souffrir d'un trouble mental ; (2) l'aptitude à reconnaître comme anormaux et nommer certaines « événements mentaux » comme étant des hallucinations et des idées délirantes ; (3) accepter la nécessité d'un traitement.

Ce syndrome de méconnaissance et d'incompréhension est donc la principale raison pour laquelle les personnes ne peuvent reconnaître leurs troubles et éventuellement le besoin d'aide. La 'compliance' au traitement est une des formes de ce rapport à 'l'insight' mais pas uniquement. C'est l'autonomie de la personne qui se joue et sa participation active à une amélioration de sa situation personnelle. La notion 'd'empowerment' permet de rendre compte de cette idée de prise de pouvoir des patients par rapport à leur dépendance à l'institution et aux traitements. Ce mouvement né des mouvements de consommateurs et d'ex-patients en psychiatrie s'est largement développé et a été débattu aux États-Unis depuis 20 ans⁹⁷. Il illustre le passage d'une attitude passive du patient, qui dans une certaine mesure subit le soin, à une autodétermination et une prise de contrôle sur sa vie. Cette approche révèle

⁹⁷ Voir à ce propos les travaux de McLean, A., Empowerment and the psychiatric consumer / Ex-patient movement in the United States : contradictions, crisis and change, *Social Science and Medicine*, 52, 1995. pp. 985-998. Et Kilian and al., Indicators of empowerment and disempowerment in the subjective evaluation of the psychiatric treatment process by persons with severe and persistent mental illness : a qualitative and quantitative analysis, *Social Science and Medicine*, 57, 2003. pp.1127-1142.

non seulement l'enjeu de l'autonomie et de la participation de la personne dans son rapport aux soins, mais aussi l'idée de stratégies et de comportement de la personne face aux troubles et à la maladie.

Encadré VII : 'L'empowerment'

« 'L'empowerment' définit les processus personnels et politiques par lesquels les consommateurs de soins en santé mentale gagnent une validation et restaurent leur sentiment de dignité et de valeur personnelle. A travers ces processus, les consommateurs parviennent à reconnaître et commencent à exercer un contrôle sur les circonstances matérielles de leur vie. La façon dont ils exercent ce contrôle dépend de la façon dont ils comprennent la nature de leurs problèmes. Ce qui importe est qu'ils déterminent par (pour) eux-mêmes comment gérer leurs problèmes et améliorer leur situation par un investissement à différents niveaux. Au niveau individuel, cela implique de travailler à l'amélioration du concept de soi et des circonstances personnelles ; au niveau du groupe, de défendre des programmes qui répondent aux besoins de la communauté ; au niveau social, de transformer les conditions sociales par des lois et des politiques qui remettent en cause les pratiques discriminantes et les structures économiques qui reproduisent les conditions matérielles handicapantes. A chaque niveau, la praxis sert de force d'opposition qui 'empowers' en transformant les multiples relations de pouvoir ». (McLean, 1995, p. 1059)

Ces mouvements s'appuient sur des alternatives d'auto-support (initiatives encouragées et pour une part financées par le gouvernement fédéral). Il s'agit le plus souvent de groupes de soutien mutuel et de partage des expériences destinés à accroître la confiance et l'estime de soi des personnes, mais parfois aussi de programmes conçus comme des alternatives au traitement psychiatrique.

'L'empowerment' est considéré par ces mouvements comme un moyen de corriger les violences que constituent l'hospitalisation d'office et le traitement forcé, et l'affaiblissement qui découle de la rencontre avec le système de santé mentale.

Autour des indicateurs de participation de la personne par rapport à sa santé mentale, tels que le déni, la conscience de la maladie, et 'l'empowerment' s'organisent différentes attitudes et stratégies par rapport à la maladie. L. Velpry (2001) a repéré à partir d'entretiens avec des patients, analysés comme des récits, différentes attitudes face à la maladie et au traitement :

La 'résistance', illustre l'attitude du patient qui considère son trouble comme circonscrit à une seule sphère de sa personne. La personne ne se considère pas entièrement malade et le soin est perçu comme quelque chose qui permet d'aller mieux.

La 'maîtrise' est l'attitude qui caractérise une personne qui se prétend être dans une parfaite maîtrise à la fois de son auto-diagnostic et de son traitement.

La 'maladie imposée', la maladie est vécue comme une extériorité qui n'existe que dans le discours et le diagnostic des médecins. Ces stratégies développées par ces patients mettent en exergue la tension qui existe entre l'attitude de la personne face à ses troubles et le type de position qu'il va pouvoir prendre notamment dans sa vie professionnelle.

Le rapport au traitement est également un élément 'd'empowerment' et qui va déterminer le maintien dans l'emploi.

b) La double articulation

Du point de vue de la singularité individuelle, c'est le registre dans lequel vont s'exprimer les troubles, relationnel ou professionnel, qui va participer à la situation de handicap.

Si l'on reprend les travaux du groupe Galaxie sur le handicap psychique dans l'emploi, la répartition des champs d'expressions du handicap en 4 catégories est éclairante : (1) Le champ cognitif ; (2) le champ des habiletés sociales ; (3) le champ des habiletés professionnelles ; (4) le champ de l'identité personnelle.

Regroupons ces 4 catégories en deux registres d'expression du handicap dans l'emploi : I - Le registre professionnel regroupant le (1) et le (4) ; II - le registre relationnel regroupant le (2) et le (3). C'est l'analyse descriptive de l'expression des troubles dans ces registres qui va caractériser le handicap.

Ainsi les activités professionnelles sont déstabilisées par l'émergence des troubles, leur expression, leur visibilité : quelle va être la conséquence éventuelle sur les capacités de la personne dans son travail ?

I Le registre professionnel

| | |
|---|--|
| Champ cognitif | |
| Repérage spatio-temporel | 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 et intérieurs au lieu de travail Difficultés dans la réalisation de certaines tâches exigeant un bon repérage spatial |
| Vitesse d'idéation | Elle se traduit par un décalage « long » de la compréhension, la réaction...après la consigne, ou tout simplement dans le dialogue. |
| Intégration, assimilation, mémorisation des consignes | Consignes oubliées, se diluant, perdant leur sens ou s'entremêlant. |
| Concentration, mobilisation de l'attention | Erreurs dans l'exécution des tâches, « décrochage », parasitage. |
| Mobilisation du savoir | Ecart significatif entre le savoir mobilisable et le mobilisé, d'où des difficultés à organiser, synthétiser et communiquer sa pensée et ses savoirs. |
| Capacités de jugement, de raisonnement logique et analyse | 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. |
| Champ des habiletés professionnelles | |
| Vitesse d'exécution | Lenteur d'exécution Maladresse Rendement et productivité moindres |
| Mobilisation des savoir-faire | Ne peut pas démarrer un travail sans explications préalables Gestes de travail pas toujours appropriés, maladresse, troubles de la coordination, tremblements.. Ecart entre mobilisé et mobilisable : non ou mauvaise exécution des tâches. |
| Endurance | Fatigabilité plus grande que la norme |
| Habiletés fonctionnelles et décisionnelles | Difficultés à prioriser les actes et les pensées, à organiser les pensées Tendance à penser de manière binaire d'où des décisions disproportionnées ou des actions incompréhensibles pour l'entourage. |

Le registre professionnel interroge la productivité, l'efficacité et la participation de la personne au processus collectif de production. Dans quelle mesure les compétences et capacités de la personne sont amoindries par les troubles et engendrent alors une surcharge de travail ou une pression particulière pour le reste de l'équipe ? De même, jusqu'où l'entreprise est prête à prendre en compte cette éventuelle baisse de productivité de salariés à certains moments de leur carrière ? Dans quelle mesure va-t-il falloir se mobiliser pour une reconstruction des capacités professionnelles ? Cette mobilisation doit-elle porter sur la personne ou sur l'organisation du travail, le collectif ?

II Registre relationnel

| Champ des habiletés sociales | |
|---|---|
| Liens et repères sociaux | Incapacités à faire des démarches de manière autonome Entrée en relation difficile Difficulté à repérer les fonctions hiérarchiques, les collègues Pertes des codes sociaux élémentaires Isolement, dévalorisation de soi, entraînant des difficultés d'intégration |
| Mobilisation des savoirs-être et des habiletés comportementales | Tenue inadaptée Langage non adapté Difficulté à trouver la « bonne distance », comportements en tout ou rien, sans nuances Gestes maladroits, familiarité déplacée ou indifférence à l'entourage |
| Gestion de l'hygiène de vie | Incidences sur l'assiduité, la ponctualité Eventuelles conduites addictives, hygiène corporelle, vestimentaire, troubles du sommeil, baisse de rythme, assoupissement. |
| Habiletés fonctionnelles et décisionnelles | Décision et initiatives inadaptées, disproportionnées |
| Champ de l'identité personnelle | |
| Perception de soi et de ses compétences | 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 |

| | |
|------------------------------|---|
| Perception de soi au travail | Image parfois dévalorisée du travail, de l'entreprise, de l'employeur |
| Anxiété | Présence de peurs diverses (de la foule dans les transports, des rassemblements...) Monopolise la parole Conduites d'évitement |
| Intégration dans le groupe | Besoin d'être sollicité régulièrement Isolement / agressivité Peur de demander l'information en cas de doute Peut échanger mais ne peut pas faire le premier pas Mauvaise évaluation dedans/dehors Peur du groupe, difficultés à travailler en équipe, repli sur soi |
| Gestion émotionnelle | Réaction disproportionnée à une situation Absentéisme comme mode de réaction Débordement des émotions sur le travail |
| Gestion relationnelle | Conflits Absentéisme comme mode de réaction Positionnement inadapté Agressivité / inhibition |
| Habiletés décisionnelles | Indécisions, erreurs Ralentissement, apragmatisme Peur de prise de décisions, décisions compulsives |
| Sensibilités au changement | Refus de changer (fuite ou erreurs) Apragmatisme Instabilité, réactivité extrême (hypersensibilité, destabilisation...) |

Dans le registre relationnel, le lien social doit être redéfini. L'émergence des troubles déstabilise les règles de la rencontre et remet en cause les modalités de l'interaction en dehors d'un système de justification rationnel. Le système de justification porte en priorité sur un registre affectif. Dans ce contexte, les comportements de la personne sont inadaptés et vont remettre en question son intégration au collectif de travail. Dans quelle mesure cela va-t-il avoir un impact sur la mission du salarié ? Jusqu'où l'effort collectif de production va-t-il être touché par cet autre registre d'interaction ?

c) La tension par rapport au collectif

L'idée de tension entre la problématique singulière de l'individu et celle du collectif de travail doit permettre de rendre compte de la diversité des problématiques d'interaction. Il s'agit de considérer le handicap dans une perspective à la fois dynamique et interactionniste, c'est-à-dire de rencontre, et

dans le même temps, avec une prise en compte de l'environnement professionnel et du caractère environnemental des troubles psychiques et du handicap induit.

Nous l'avons vu, la maladie mentale existe essentiellement dans la rencontre à partir de considérations culturelles et relativistes. Le handicap quant à lui, n'est pertinent que dans sa dimension interactionniste. Dans ce contexte, le handicap ne peut se limiter à un attribut de la personne. Il ne concerne pas uniquement l'individu, il concerne l'ensemble de son environnement affectif et professionnel. Il ne peut être détaché de la dynamique sociale dans laquelle il s'inscrit.

Par ailleurs, cette tension, doit permettre de rendre compte de l'idée de conjoncture. En effet, du fait d'une expérience psychique singulière, une problématique particulière d'insertion professionnelle émerge. La tension rend compte du caractère changeant de la dynamique d'interaction. L'expérience des troubles génère un handicap relatif qui oblige à une redéfinition des règles du jeu dans l'entreprise. On observe un changement par rapport à une situation antérieure, et une dynamique d'emploi. L'attitude de repli ou d'isolement d'une personne atteinte de troubles dépressifs va par exemple avoir un impact le collectif de travail à plusieurs niveaux. Tout d'abord, au niveau professionnel lorsque la personne ne peut plus assurer l'ensemble de ses missions, et que l'équipe de travail prend le relais. La situation de handicap professionnel va déterminer une redistribution des tâches sur les autres salariés ou bien une réorganisation du travail. Au niveau relationnel, on observe également une redéfinition des interactions. Alors que dans certaines situations, le salarié atteint de troubles psychiques peut faire l'objet d'une mobilisation solidaire, d'une intensification des liens entre les salariés, on observe également des situations de rejet, d'exclusion et de mise à l'écart dans certains collectifs professionnels.

Cette problématisation en termes de tension, doit enfin permettre d'apporter des nuances et d'affiner l'observation de salariés atteints de troubles psychiques dans l'emploi et de la caractéristique du lien qui unit le salarié à l'entreprise.

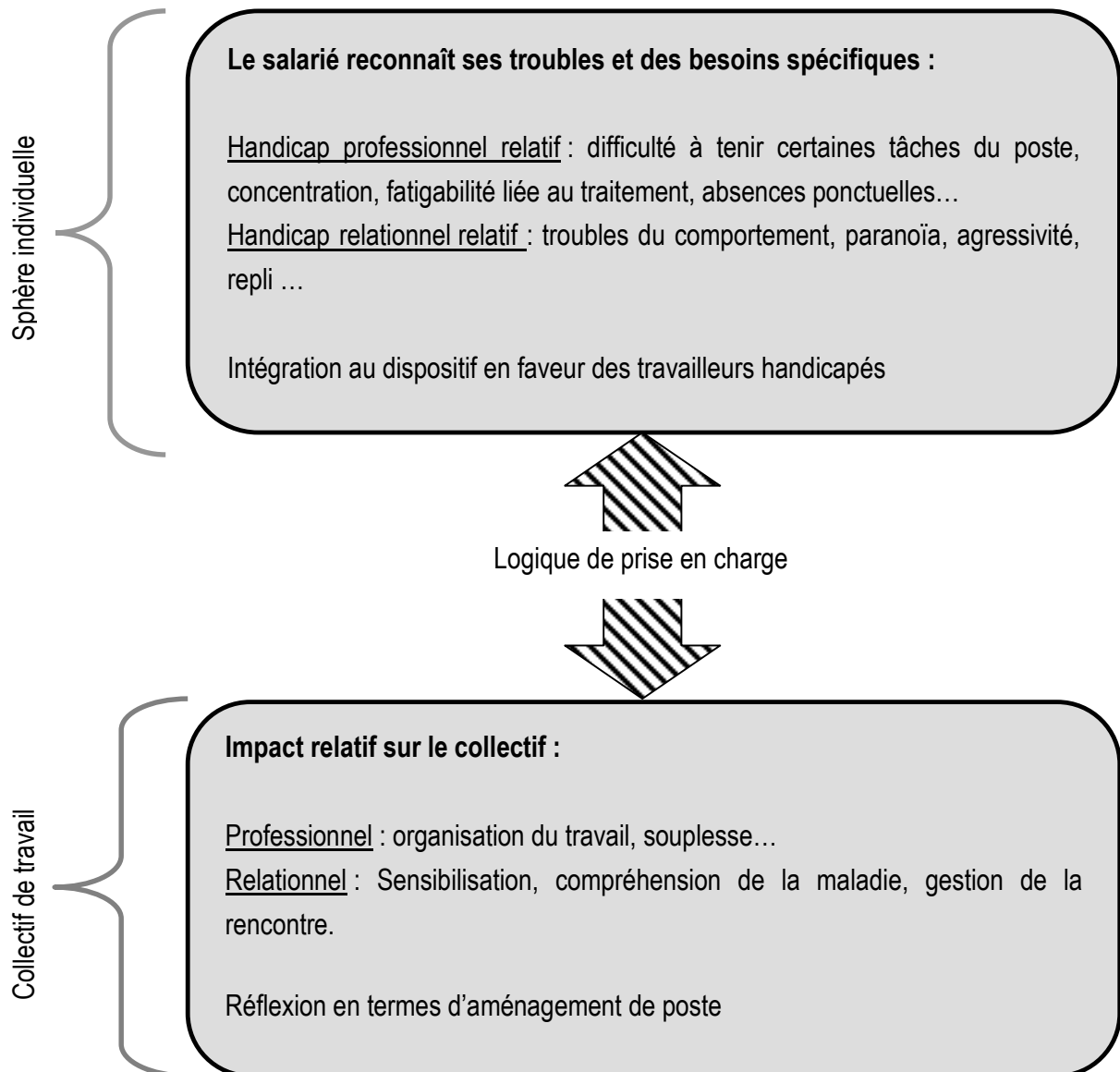
Si l'on reprend la proposition de R. Sainsaulieu de considérer l'entreprise comme un espace de questionnement du lien social : « la question de sa capacité à construire en son sein une véritable société civile de production » (Francfort, 1995, p.14), c'est partir de l'expérience de troubles psychiques, pour explorer la dynamique humaine qui anime l'entreprise. Quelle va être la place du handicap psychique ? Comment va-t-il être intégré dans le système d'interactions ? Dans quelle mesure interfère-t-il sur le lien qui unit le salarié à l'entreprise et au collectif de travail ?

Dans ce monde social, c'est l'unicité irréductible du salarié handicapé psychique dans le contexte professionnel qui est interrogé.

2. Les figures de salariés handicapés psychiques

Trois figures « idéales typiques » de salariés en situation de maintien dans l'emploi du fait de troubles psychiques handicapants apparaissent. Ces figures se dessinent au croisement d'une problématique individuelle et d'une dynamique interactionniste intrinsèques à la définition du handicap psychique.

a) Le « bon handicapé »



Monsieur L. était ingénieur d'une grande entreprise depuis 5 ans lorsqu'il est hospitalisé suite à des troubles psychiques importants. Après plusieurs années d'alternance de phases de stabilisation avec des arrêts maladies relativement longs, on lui diagnostique une psychose. Les difficultés professionnelles et relationnelles dans les moments de crise l'ont amené à changer plusieurs fois de service. Il a fini par demander une reconnaissance de son handicap auprès de la Cotorep lorsqu'il juge avoir atteint les limites professionnelles de sa maladie :

« Et à ce moment là, c'est une grosse étape je fais une demande de reconnaissance de travailleur handicapé. J'y suis venu en constatant que la maladie avait des effets sur ma vie professionnelle. J'y suis venu parce que de moi-même j'arrivais pas à expliquer ce qu'était ma maladie, les effets, et même de le faire reconnaître ».

Il est alors intégré dans un service où le responsable connaît en partie ses difficultés psychiques, et lui confie délibérément des missions où l'on considère que la pression n'est pas trop élevée, et assure un suivi individualisé pour organiser le travail en fonction des besoins et des périodes de monsieur L. Ce salarié est conscient que sa maladie peut avoir un impact sur le collectif de travail et le besoin de souplesse par rapport à ses missions :

« Alors en fait je travaillais sur des projets où il pouvait y avoir un décalage dans le temps donc ça s'est bien géré mais sur les hospitalisations il y a aussi autre chose. Avant ma dernière hospitalisation j'étais revenu au boulot, je leur avais dit que tout allait bien, qu'ils avaient diagnostiqué ma maladie et un an après je fais une rechute. Donc là tout le travail qui avait été fait, de mon point de vue, il faut regagner la confiance à chaque fois. Tout ce travail est à refaire, on repart à zéro. Je crois qu'il y a déjà un élément quand on travaille en équipe, quand il y a un arrêt comme ça, ça fout tout le monde dans la merde. »

Il exige une reconnaissance de ses besoins spécifiques du fait de son handicap:

« Par contre la reconnaissance, c'est quelque chose de très difficile à faire. On est forcé d'admettre qu'on est pas comme les autres. C'est en fait, après pour moi, je me suis rendu compte une fois qu'elle avait été là, que ça avait été positif. Déjà ça a fait baisser la pression que je me mettais au niveau de mon travail. C'est-à-dire que d'une manière inconsciente je me disais « il faut que je travaille et que je fasse d'autant plus que les autres mes preuves sinon ils vont me virer ». Donc je me mettais une pression tout seul. Maintenant c'est dit, c'est officiel, ils doivent en tenir compte ».

Un autre salarié dans une grande entreprise d'informatique est depuis 5 ans en mi-temps thérapeutique suite à un syndrome d'épuisement chronique qui lui demande un temps de repos important. Après un an et demi d'hospitalisation, il a repris sa mission sans gestion de clientèle pour ne pas subir de pression trop forte, et avec une partie de son activité en télétravail.

Dans le registre individuel

Ce sont des personnes qui sont arrivées à un certain stade de connaissance de leur maladie, qui leur permet une reconnaissance de leurs limites ou de leur handicap. Dans une certaine mesure, elles

acceptent leur situation ou en tout cas le fait qu'elles puissent avoir des besoins spécifiques. Elles ont conscience de leurs troubles et s'appliquent à gérer leur stabilité psychique dans la mesure du possible. C'est l'autonomie qui caractérise à la fois leur rapport à la maladie et leur rapport à leur insertion professionnelle. Elles ont des demandes et savent formuler des besoins.

Leur maladie les met en situation de handicap professionnel dans la mesure où elles ne peuvent plus assumer l'ensemble des missions qui leur étaient confiées avant la maladie. D'un point de vue relationnel, cela se manifeste essentiellement par un manque de compréhension de la part des collègues de certains comportements de repli ou d'isolement. Ce sont des personnes qui ont également fait le deuil d'une situation professionnelle antérieure.

Dans le registre collectif

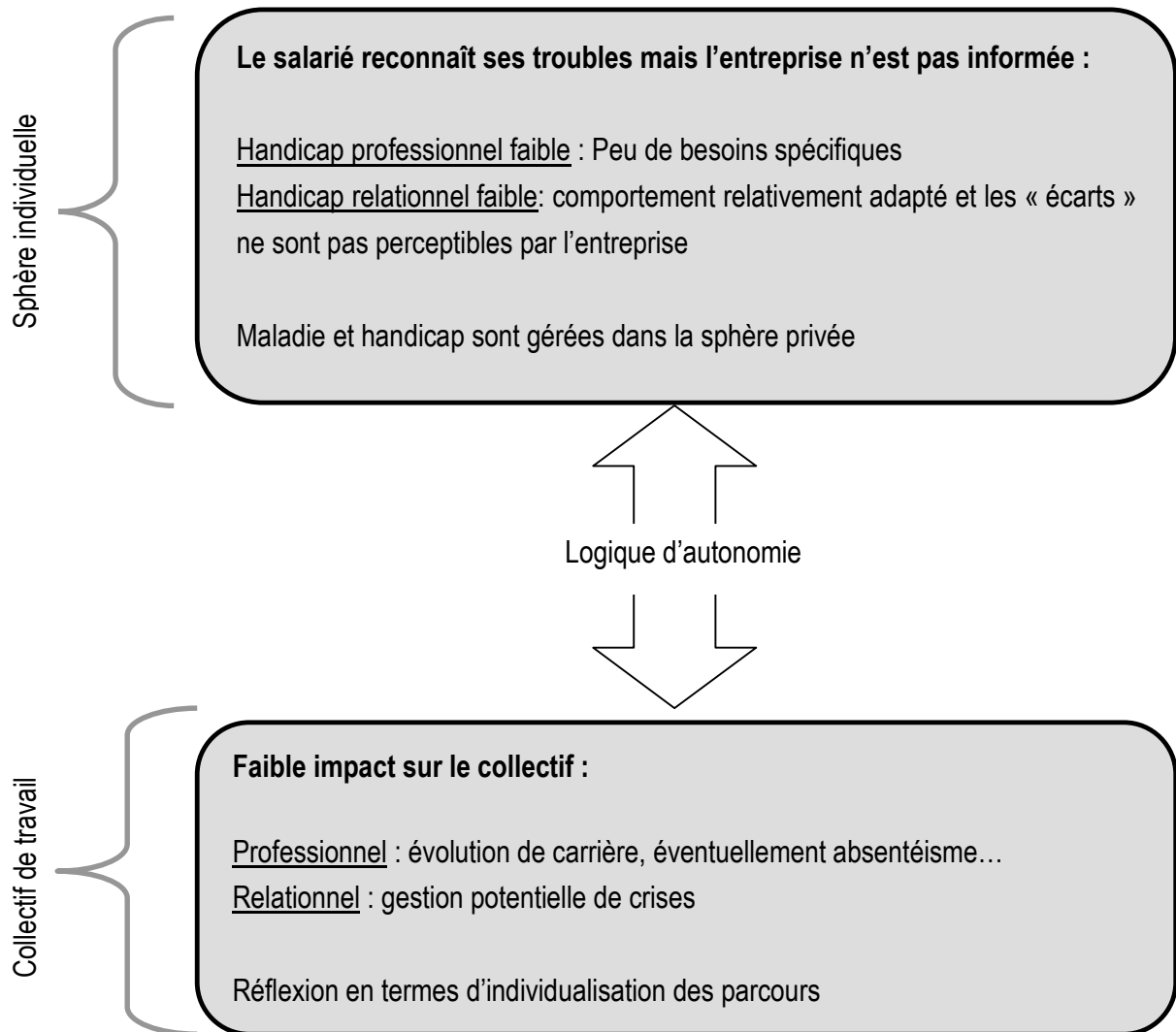
Ces personnes sont dans une logique de réorganisation de leur tâche et de leur travail, qui va exiger parfois des collègues une souplesse, une acceptation du changement et une reconnaissance d'un traitement spécifique. Ces salariés se singularisent par un traitement différencié de la part de l'entreprise, qui ne pourra être légitime auprès du collectif de travail qu'à partir du moment où il y a une reconnaissance explicite de leur maladie ou de leur handicap. Par ailleurs, l'environnement de travail va parfois devoir, suite à des absences longues ou répétées, rattraper ou compenser le retard pris sur certaines tâches ou missions.

Très clairement, l'attitude adoptée par le salarié s'articule autour de la reconnaissance de son handicap et des capacités du collectif professionnel à prendre en compte sa particularité dans l'organisation du travail. Il est identifié par l'entreprise comme salarié handicapé : le correspondant handicap le suit, il est comptabilisé dans les effectifs de travailleurs handicapés et bénéficie des aides du dispositif en faveur de l'emploi des personnes handicapées. Dans une certaine mesure, c'est un « bon handicapé » qui joue son rôle de salarié ayant des besoins spécifiques et pour laquelle l'entreprise mobilise un certain nombre d'acteurs et une veille particulière.

Il se joue une transparence autour de la maladie et des symptômes qui vont légitimer une prise en charge spécifique et une certaine tolérance de l'entourage. On attend malgré tout de lui une certaine maîtrise de son handicap et une gestion de son insertion professionnelle. Il participe activement à son maintien dans l'emploi et à l'aménagement de son poste. L'entreprise est dans une logique de gestion des ressources humaines et de réflexion en termes d'organisation du travail.

Ce sont également de « bons handicapés » étant donné leur travail d'acceptation de l'étiquetage administratif (par la Cotorep ou la CDA) ou social (par l'environnement) de leur handicap dans une logique d'*empowerment* par rapport à leur maintien dans l'emploi.

b) « L'inconnu »



Monsieur B. a 49 ans et est cadre dans une grande entreprise française depuis plus de 20 ans. Dès la fin de ses études, il fait l'expérience de troubles psychiques qui seront par la suite diagnostiqués comme troubles de l'humeur (troubles bi-polaires). Depuis sa titularisation, ce salarié, notamment au début de sa maladie, a été hospitalisé plusieurs fois et absent pendant de longues périodes. Quelques épisodes psychotiques délirants lui ont fait perdre une crédibilité professionnelle qu'il considère avoir reconquis par la suite, grâce à une stabilisation de sa maladie :

« J'ai pris mon traitement en sortant de l'hôpital et puis je continuais à voir ce médecin et puis dans l'entreprise ils ont accepté de me reprendre. Je suis revenu au travail, peut être qu'ils m'ont changé de service, mais mon insertion professionnelle ne s'est pas trop mal passée. J'ai été titularisé. C'était de 82 à 86. J'étais cadre administratif à Marseille, j'étais chargé d'informatiser le service administratif un peu

pour découvrir l'entreprise. Après je suis passé au service commercial où là j'avais une équipe de 15 à 17 avec moi, majoritairement de femmes et ça se passait plutôt bien ». (...)

« Donc j'ai eu un temps pour retrouver un équilibre. Au niveau boulot, ça s'arrangeait, j'avais des responsabilités, j'avais cette équipe, de 1983-84 à 1986, je me suis refait une crédibilité dans ce service. J'imagine qu'il y avait des gens qui avaient dû savoir que j'avais eu ce problème même si j'avais changé de service, je n'étais plus avec les mêmes personnes, mais je sais par exemple qu'il y avait un ancien directeur de centre qui avait dit que je ne serai jamais embauché à EDF ou avoir une évolution dans l'entreprise. Et puis ce gars est parti et il y a eu un nouveau directeur qui a vu que ça allait, que j'étais capable de bien faire mon travail et donc j'ai pu faire mes preuves».

Pendant tout ce parcours professionnel, ce salarié ne déclarera jamais ouvertement sa maladie à l'entreprise. Seul le médecin du travail est informé de ses troubles, et l'entourage professionnel ne connaît rien de sa maladie. L'entreprise a oublié les événements psychotiques de son début de carrière et rien ne le distingue plus d'un autre salarié. Pourtant, les traitements le fatiguent beaucoup et ses besoins de sommeil sont importants. La qualité de son sommeil va être déterminante dans la stabilité de son état psychique. Il s'organise donc pour assurer au mieux ses périodes de repos. Ainsi, habitant proche de son lieu de travail, il lui arrive de retourner faire un sieste chez lui en milieu de journée ou de décaler ses horaires :

« Moi le fait de pouvoir organiser ma journée un peu comme je veux, de ne pas être contraint de venir bosser le matin toujours à la même heure, parfois je suis là à 8h mais ça peut aussi m'arriver de venir à 9h30 c'est un luxe extraordinaire, car l'essentiel pour moi c'est de protéger ma partie sommeil. C'est l'oxygène du cerveau et du corps. Si je dors bien, tout le reste va bien ».

Ce salarié est en fait réellement en situation de gestion de sa maladie et de ses manifestations comme un expert de santé mentale :

« Moi ces crises ont aussi été souvent...parmi les marqueurs vis-à-vis desquels je suis très vigilant, c'est le sommeil et la sexualité. Quand je vois ça, je suis très vigilant, si au bout de plusieurs jours que le sommeil se dégrade, je me dis qu'il faut faire gaffe. Donc si il y a des signes précurseurs, je vais voir mon toubib qui me suit depuis 86, que je vois une ou deux fois par an et ce gars je le vois et il me donne trois gouttes en plus pour réguler, pour passer la période difficile, mais il faut voir quand la crise se déclenche, on ne peut pas mesurer sa durée et ça n'est pas immédiat donc il faut le temps pour que cette tempête de neurones s'arrête. Moi par exemple je ne fume pas mais quand j'ai ces crises maniaques j'ai une envie irrépressible de fumer. Si je sens cette envie, je me dis « attention ».

Dans le registre individuel

Étant donné la grande conscience de la maladie développée par le salarié, le handicap relationnel ou professionnel généré par la manifestation des troubles est très relatif. Très ponctuellement, l'expérience d'épisodes plus ou moins critiques va entraîner des difficultés professionnelles ou un malaise d'intégration qui ne sera pas pour autant perceptible par l'entreprise : absentéisme court, léger retard

sur certains dossiers, difficultés de concentration, excitation passagère.... D'un point de vue purement professionnel, la stabilisation et la compensation des effets négatifs des traitements par une hygiène de vie minutieuse et appliquée, garantissent l'efficacité et la compétence du salarié. En revanche, de son fait même, ce salarié, pour s'assurer une non-situation de handicap, a refusé certains postes à hautes responsabilités et n'a pas eu l'évolution de carrière qu'il aurait pu / dû avoir dans l'entreprise, compte tenu de son niveau hiérarchique à l'embauche et de sa formation initiale :

« Je suis fait pour diriger un groupe de 10 personnes, qui est à visage humain. Le fait de gérer un grand nombre de personnes qui génère un stress très lourd, ce n'est pas le but. C'est important, car moi j'ai fait HEC, une licence en droit, j'étais quand même destiné à faire une carrière brillante et là c'est vrai que je n'ai pas eu d'évolution depuis 8 ans ».

Dans le registre collectif

Les quelques comportements, qui dévient des convenances professionnelles, qu'exigent la maîtrise des troubles (telles que le refus systématique de boissons alcoolisées lors d'événements de la vie de l'entreprise ou le besoin régulier de faire une sieste après le repas) sont perçus et interprétés comme des « bizarreries », des petites exigences personnelles. Elles sont légitimées dans le registre individuel et affectif. Ce qui distingue finalement ce salarié d'un autre, c'est son identité affective. L'éventuel impact de la maladie sur le collectif réside dans le fait d'être témoin d'un épisode de crise non géré par le salarié. Ainsi, certaines situations professionnelles peuvent déstabiliser l'équilibre de la personne et entraîner une décompensation :

« Une fois ça a pété : c'était en Indonésie, moi tous ces voyages..., l'Afrique, Cuba, l'Asie, c'est pas très bon pour moi, c'est trop de tentations, pour moi ça réveille plein de vieux démons, même si je suis stabilisé. Mais l'analyse m'a permis de voir les trucs où il ne faut pas aller. J'avais du prendre du Stilnox assez tard le matin, je suis allé prendre mon petit déjeuner, j'ai dû dire des trucs, j'étais pas bien... j'ai vu une fille et je lui ai dit qu'elle avait un poil qui poussait sur le visage. C'est affreux, vous pouvez pas savoir ce que ça fait mal. Je ne sais pas ce que les gens ensuite ont dit derrière moi. Il y a quelqu'un qui m'a raccompagné, un garçon très sensible que j'aimais bien. Il avait senti que ça n'allait pas... et puis après c'était dans le cadre d'un voyage... donc ça n'est pas trop resté ».

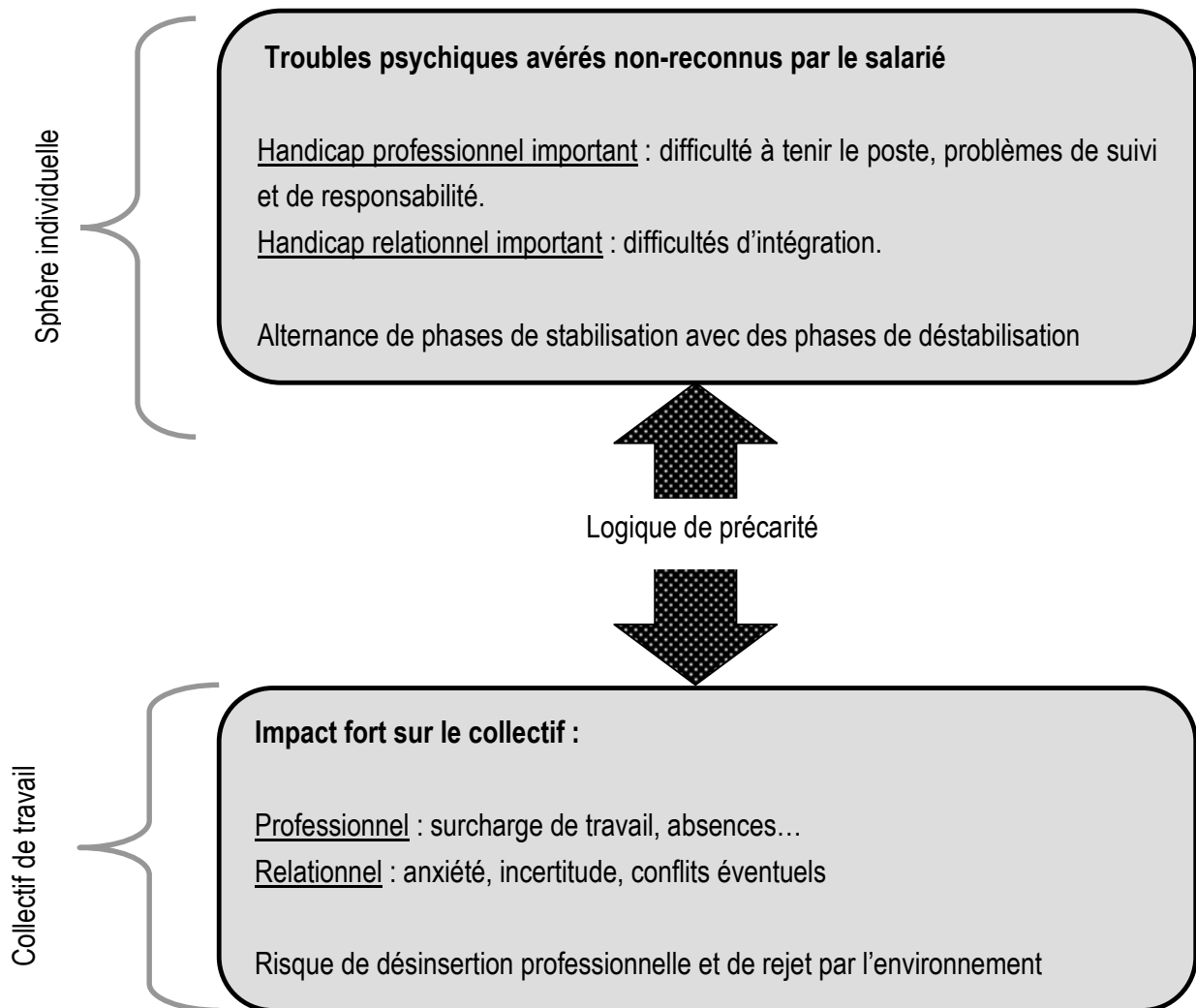
L'entourage professionnel est plus en situation de gérer une décompensation qui peut parfois nécessiter une hospitalisation ou dans la position d'observateur d'un épisode parfois impressionnant car délirant.

Le profil de ce salarié montre la capacité de gestion du handicap dans la sphère privée. Il revendique une maîtrise de ses troubles et de son traitement, qui lui permet de se maintenir dans l'emploi malgré la maladie, de façon quasi confidentielle. Cette stratégie d'insertion professionnelle est rendue possible par une grande autonomie, acquise au fur et à mesure de l'apprentissage de la maladie, à la fois vis-à-vis de la manifestation des troubles, de l'organisation du travail et de la carrière. Discrètement, le salarié

aménage son poste en fonction de ses besoins individuels sans que l'entreprise perçoive la fragilité du lien au travail, étant donnée la lourdeur de certains symptômes ou traitements. Le salarié, comme l'entreprise, sont finalement dans une gestion contrôlée du risque et de la situation de handicap potentielle rendue possible par une certaine souplesse organisationnelle et une gestion individualisée de l'emploi (horaires, carrières, types de mission).

Le maintien de ce salarié dans l'emploi repose sur une logique de précarité du lien à l'entreprise dans la mesure où celui-ci est garanti par un encadrement personnellement impliqué. L'aménagement de poste et la régulation des interactions autour du salarié reposent donc sur une bonne volonté de l'entreprise.

c) Le « déviant »



Madame E. est embauchée à un poste de saisie d'une grande entreprise de transport. Avant d'être embauchée dans une équipe administrative support à un atelier de maintenance, elle avait effectué un CDD dans une équipe restreinte, avec un contrôle rigoureux de son travail. La vérification de son travail de saisie ne pouvait plus être effectuée dans son nouveau service. Des erreurs de saisie ont été découvertes par la suite. Souffrant de paranoïa, elle se sent persécutée et harcelée par son entourage professionnel depuis son arrivée. Elle estime ne pas être reconnue à sa juste valeur. Elle a effectué différents stages et bilans de compétences pour envisager une évolution suite à des conflits avec ses collègues. Les projets de mobilité n'ont jamais abouti et elle a échoué à des tests de formation pour être secrétaire de direction.

Dans le registre individuel

Il y a un handicap qui est à la fois professionnel et relationnel. La personne a de réelles difficultés à tenir son poste. Les supérieurs hiérarchiques observent « *un manque de rigueur* », « *des erreurs professionnelles* », « *des difficultés de concentration* »...Au niveau relationnel, plusieurs conflits (à la limite de la mesure disciplinaire) et difficultés d'intégration sont signalés par les responsables de ressources humaines.

« Au siège, il y a eu des problèmes car elle s'absentait beaucoup, ne faisait pas son travail, téléphonait toute la journée, donc il y a eu des rapports de force avec son hiérarchique ».

Ces salariés reconnaissent que leur situation est particulière, qu'il y a des difficultés, mais ne les attribuent pas nécessairement à leurs troubles psychiques. Il n'y a pas nécessairement de conscience des troubles, et encore moins des besoins spécifiques dans l'emploi.

Ils ont souvent une situation personnelle (financière et familiale) qui envahit aussi la sphère professionnelle.

Ils développent une certaine méfiance de l'entreprise et considèrent que celle-ci n'est pas nécessairement correcte avec eux (notamment par rapport à leurs possibilités d'évolution). En effet, ce sont souvent des personnes qui sont mises légèrement à l'écart de l'équipe et sur des missions relativement simples mais sans évolution possible.

Dans le registre collectif

Une incompréhension du comportement de la personne et de ses réactions génère souvent des problèmes relationnels. Les conflits sont souvent présents au point que l'entreprise organise un espace géographiquement un peu à l'écart pour que la personne puisse travailler. L'entourage professionnel exprime un sentiment d'impuissance et de lassitude face à un salarié qu'ils considèrent comme « bizarre », « fou » ou « inadapté » à l'entreprise. Une responsable des ressources humaines rend compte du suivi d'une de ses salariées :

« Il y a eu un moment où j'ai perdu patience et malgré le handicap on a des exigences professionnelles si on ne peut pas faire le boulot, alors il y a la question de l'inaptitude ».

L'entourage met l'accent sur les limites de participation au collectif de production. Ces salariés, parfois sur des postes en sureffectifs, entravent peu la productivité de l'équipe ; en revanche, ils ont peu de légitimité professionnelle aux yeux de l'équipe. Une forme d'aménagement de poste s'organise malgré tout pour maintenir au maximum le salarié dans l'emploi, lorsque cela ne pénalise pas trop l'équipe de travail. Cet aménagement s'appuie le plus souvent sur un référent qui construit une relation de confiance avec le salarié pour temporiser les conflits et faire le lien par rapport aux problèmes d'intégration :

« Moi je lui dis souvent de venir me voir quand ça ne va pas avant de commencer à alerter toute l'entreprise. Par exemple elle n'avait plus de travail et elle est venue me voir car il y a une relation de confiance même si elle se méfie un peu de moi, malgré tout il y a une dimension affective.

De toute façon quand ça ne va pas, par le réseau ça me revient toujours aux oreilles.

Ici elle est connue de tout le monde.

Elle ne voulait pas revenir à la maintenance car elle avait eu des problèmes avec son ancien chef et ses collègues car elle prend tout au premier degré.

Moi elle prend bien ce que je lui dis car je suis direct. Dès qu'elle a un comportement qui ne va pas je lui dis. Par exemple elle passait sa journée au téléphone avec son oreillette, je lui ai expliqué que ce n'était pas acceptable sur le lieu de travail. On peut tout lui dire mais par petits morceaux.

Mais on est jamais à l'abri qu'elle aille voire les syndicats ».

Ce sont des personnes aptes au poste, mais pour lesquelles l'entreprise touche ses limites à la fois de tolérance et de sens du maintien dans l'emploi. En effet, l'entourage professionnel considère que l'entourage fait preuve de solidarité, car ils ne sont pas productifs ou efficaces à 100 % sur leur poste.

Ils sont perçus comme des déviants, comme des personnes ayant un statut hors norme qu'il faut prendre en considération, avec l'idée que ces salariés demandent une gestion spécifique :

Au début je ne savais pas ce qu'il avait, il faut essayer de comprendre son univers mais moi j'oublie jamais qu'il est TH. J'oublie jamais qu'il a une case en moins au cerveau et j'adapte mon comportement. Ceux qui l'oublient ça se passe très mal : ils lui font des réflexions indélicates et ça passe très mal.

Ce sont des salariés pour lesquels le lien avec l'entreprise, à la fois au niveau professionnel et au niveau relationnel, est particulièrement fragile. Le maintien dans l'emploi repose sur un réel engagement de l'entreprise dans un registre solidaire et le plus souvent sur une pression du médecin du travail. Le risque de désinsertion est grand dans la mesure où l'entreprise se positionne en victime et semble subir le salarié. Les problèmes de violence ou de tentatives de suicide sont vécus comme des situations à risque qui déstabilisent l'environnement professionnel. Ce sont des salariés repérés en général pour leur parcours « atypique » dans l'entreprise, et l'on considère « qu'ils traînent des casseroles » du fait de problèmes antérieurs dans l'entreprise. Leur comportement est considéré comme « déviant » par rapport aux règles implicites de la vie en entreprise c'est-à-dire la participation au collectif de production, et la conformité à certaines règles de comportement. Dans cette logique, le

« déviant » est maintenu dans l'emploi grâce à l'implication personnelle d'un responsable hiérarchique ou d'un professionnel des ressources humaines.

Le handicap psychique n'est pas une donnée structurelle ou organique. En aucun cas, il ne peut se limiter à un attribut de la personne, une caractéristique intrinsèque. C'est une expérience globale qui a été synthétisée par E. Zarifian sur trois dimensions : « Un individu qui souffre d'une maladie mentale présente trois ordres de perturbations qui sont liés : des symptômes cliniques qui altèrent sa pensée, son jugement et l'adaptation de son comportement. Telles sont les idées délirantes, la dépression de l'humeur ou l'angoisse. Ces symptômes entraînent un retentissement sur toute la vie psychique du malade en altérant l'image qu'il a de lui et des autres : culpabilité, persécution, agressivité en sont les conséquences. Bien entendu, le troisième ordre de perturbations concerne les rapports entre le sujet et son milieu. Il va modifier que l'image que les autres ont de lui et engendrer de la part de son entourage des réactions différentes de ce qu'elles sont habituellement : agressivité, lassitude, découragement, rejet, etc. » (*op. cit.* p. 108).

La question qui se pose alors est celle de la reconnaissance de l'inscription sociale du handicap. Comment l'environnement participe-t-il à l'expérience du handicap psychique ? Comment cette expérience s'inscrit-elle dans un contexte donné, en l'occurrence celui du maintien dans l'emploi ? C'est également le milieu de travail qui détermine le handicap, à la fois au niveau relationnel et structurel dans sa manière de recevoir, prendre en compte, assimiler l'expérience social des troubles psychiques.

Chapitre 4 : Approche systémique du maintien dans l'emploi

L'usage de la notion de handicap psychique est extrêmement récent, au regard de sa reconnaissance officielle en 2005, et dans le même temps plus ancien, au vu de la réflexion menée depuis plus de deux siècles sur l'insertion des personnes atteintes de troubles psychiques graves et de leur prise en charge. Réflexion qui fut marquée par « l'abolition des chaînes » par P. Pinel (Bernard, 2002) ou l'émergence de la psychiatrie sociale à la fin de la Seconde Guerre mondiale (Arveiller, 2002).

Les efforts de définition de cette notion dans le chapitre précédent ont révélé les enjeux politiques, économiques et identitaires associés à la dénomination explicite d'une catégorie nouvelle de handicap. La reconnaissance du handicap psychique se situe en effet à un point de rencontre de deux champs d'actions qui ont parfois du mal à coopérer : le sanitaire et le social. Le dispositif français est organisé de telle façon que les deux sphères, l'une tournée autour du soin et d'une expertise médicale, et l'autre centrée sur l'accompagnement social dans toutes ses dimensions, sont totalement dissociées. Dans ce contexte, la reconnaissance du handicap psychique devient une zone de pouvoir qu'elles se disputent. Les réflexions sur « l'articulation du sanitaire et du social en psychiatrie » ou « la continuité des soins » en psychiatrie illustrent cette tension⁹⁸. La reconnaissance du handicap psychique, selon les observateurs peut être perçue soit comme la réconciliation entre deux univers qui trop souvent s'ignorent, soit au contraire comme une rupture définitive. En effet, en nommant explicitement le handicap psychique dans la loi Handicap 2005, c'est une nouvelle façon de prendre en compte la santé mentale dans la société qui se dessine. La maladie mentale et les troubles psychiques ne se limitent plus à une prise en charge médicale et thérapeutique, ils deviennent une préoccupation sociale à part entière. Du point de vue de l'accompagnement des personnes, se pose la question de l'équilibre entre les deux dispositifs : la personne doit-elle passer d'un dispositif à un autre (on est alors dans une logique de captation du public) ou bien peut-elle être suivie par les deux conjointement (se pose alors la question de l'expertise de chacun et du travail en réseau). Derrière des tensions d'ordre culturel (univers professionnels différents) ou organisationnel (dispositifs dissociés) émergent en filigrane les questions budgétaires. La politique de santé mentale tiraillée entre une prise en charge extrahospitalière, qui sous-entend une diminution importante du nombre de lits en hôpital et des temps d'hospitalisation⁹⁹ et malgré tout une augmentation importante de la demande de soin (Lepoutre, 2002)¹⁰⁰ n'a fait qu'exacerber ces tensions. L'allocation des budgets à des établissements de type médicaux (CMP, hôpitaux, centre de crise...) plus qu'à des établissements sociaux (Groupes d'entraides mutuelles, CAT...) est en jeu.

⁹⁸ Voir à ce propos les articles de Martin Leray (2002) ou Marcel Jaeger (2002) ou le plan « Santé Mentale. L'usager au centre d'un dispositif à rénover » (2001) qui prévoit la « continuité de l'accompagnement » et le « décloisonnement de la prise en charge ».

⁹⁹ Le nombre de lits occupés s'est réduit de 120 000 à 50 000 environ en cinquante ans, et les durées moyennes de séjour ont baissé de 300 jours à 35 durant la même période (Kannas, 2002).

¹⁰⁰ Si la prévalence des maladies mentales *stricto sensu* reste stable dans la population, on constate, en revanche, une augmentation notable du nombre des individus qui consultent des psychiatries.

D'un point de vue identitaire, l'inscription du handicap psychique dans la loi répond également à une revendication des personnes atteintes de troubles psychiques elles-mêmes. Alors que l'étiquette « handicapé » est rejetée par une majorité de personnes pour le stigmate et les représentations négatives qu'elle provoque, elle symbolise une reconnaissance existentielle dans le cas du handicap psychique. En plus de l'accès aux droits et aux aides financières qu'elle permet, c'est l'identité sociale de toute une catégorie de personnes dont l'expérience de santé mentale constitue une entrave dans leur vie quotidienne, qui est valorisée par certains.

La reconnaissance du handicap psychique marque également une évolution dans le champ du handicap. Les outils d'évaluation et les conceptions médicales du handicap dans une logique organique et mécaniste sont remis en question par le handicap psychique. Le handicap comme caractéristique individuelle dont chacun est responsable, et qu'il faut à tout prix réduire à son minimum dans une perspective normative et de performance, est fragilisé par l'impossible guérison de la maladie mentale et sa dimension culturelle et sociale. L'incertitude quant à l'évolution des troubles, la confusion entre le registre de la maladie et celui de ses conséquences sur la vie de la personne, la difficulté à objectiver l'expérience de santé mentale ébranlent la pertinence des cadres conceptuels proposés pour se représenter le handicap.

Par ailleurs, comme nous l'avons montré précédemment, le handicap psychique est avant tout une expérience sociale, et n'a de sens et de réalité que par rapport à l'emploi, en ce qui nous concerne. C'est une expérience individuelle de santé mentale qui a un certain nombre de répercussions sur la vie de la personne, dont la vie professionnelle. Dans ce contexte, le handicap psychique émerge de façon très relative en fonction d'une multitude d'éléments tels que le rapport au temps dans la maladie (temps du soin, connaissance de sa maladie...) ou la dimension plus ou moins envahissante des troubles dans l'ensemble des sphères de la vie de la personne (familiale, financière...). Dans une problématique d'emploi, ce handicap s'exprime de façon singulière dans deux registres plus ou moins distincts : le registre professionnel et/ou le registre relationnel et comportemental. Loin d'être une caractéristique de la personne, ou une situation figée, c'est une fragilité par rapport à la situation d'emploi qui apparaît et ce, de façon particulièrement relative et discontinue dans une situation donnée. C'est l'expérience de la personne par rapport à ses troubles et son vécu dans l'entreprise qui va déterminer la situation de handicap.

Dans le monde du travail, et plus particulièrement dans les grandes entreprises, la question du handicap psychique se pose à deux niveaux entremêlés: tout d'abord celui des salariés pour lesquels l'expérience de troubles psychiques génère un handicap dans l'emploi ; puis, celui de la prise en compte de la singularité de ce handicap et de la problématique de santé mentale dans l'organisation. En effet, l'observation de l'émergence du handicap en situation de travail et d'une fragilité par rapport à l'emploi pose un certain nombre de questions.

En premier lieu celle du maintien dans l'emploi : dans quelle mesure l'entreprise se doit ou non de permettre à ces salariés de rester dans l'organisation ? Qu'est-ce qui guide l'entreprise dans une telle démarche ? Quels sont les outils et moyens mobilisés à l'intérieur ou à l'extérieur de l'entreprise ?

Les grandes entreprises, et plus particulièrement dans les secteurs industriels, ont fait maintes fois l'expérience du maintien dans l'emploi d'un salarié suite à un accident de travail. Le plus souvent touché par un handicap moteur, le retour dans l'entreprise va nécessiter un reclassement professionnel sur une autre fonction (en général sur un poste administratif nécessitant peu de mobilité) avec éventuellement un aménagement de poste de type technique (fauteuil adapté, accessibilité des bureaux). L'obligation de maintien dans l'emploi et la compétence technique d'aménagement du poste de travail guident l'entreprise dans cette démarche. Dans le cas du handicap psychique, pour lequel le moment de rupture par rapport à une situation antérieure est particulièrement flou, le handicap difficilement évaluable, et l'aménagement de poste incertain, la question du maintien dans l'emploi n'est plus une évidence. Comment concrètement celle-ci se pose à l'entreprise ? Nous l'avons vu, la santé mentale des salariés est une réalité quotidienne de l'entreprise. Qu'en est-il du maintien dans l'emploi ? La partie précédente a mis en valeur la complexité, et la singularité de ce handicap. En conséquence, une multitude de champs et d'acteurs va être concernée par la question du maintien. Qui sont ces acteurs ? Qui va être impliqué dans cette réflexion ? Dans quelle mesure le maintien dans l'emploi d'un salarié handicapé psychique est une réalité collective ou bien une démarche individuelle ?

L'accueil et le maintien dans l'emploi de salariés handicapés dans le monde du travail n'est pas une évidence dans les entreprises actuelles. La dimension coercitive de la loi de 1987, réaffirmée en 2005, illustre la réticence des entreprises dans une telle démarche. Il y a des obstacles à l'accueil de travailleurs handicapés psychiques dans l'entreprise. Ces obstacles sont-ils spécifiques au handicap psychique ou bien les mêmes que pour n'importe quel type de handicap ? A quel niveau se situent les obstacles : celui des représentations, de l'organisation, du handicap en lui-même ?

Les entreprises concernées par cette étude ont toutes une politique expérimentée en faveur des personnes handicapées en interne (pour les salariés handicapés) comme en externe (pour les clients handicapés). Elles ont donc développé un savoir-faire en termes d'accueil des travailleurs handicapés (accessibilité, aménagements de postes, sensibilisation au handicap). Ont-elles pour autant développé une expertise particulière par rapport au handicap psychique ? Celui-ci fait-il l'objet du même traitement dans les dispositifs en faveur des personnes handicapées ?

Cette politique s'inscrit majoritairement dans l'obligation légale d'embauche de travailleurs handicapés¹⁰¹ à hauteur de 6 % de l'effectif total. Cependant, l'analyse de ces politiques révèle que la dimension obligatoire et coercitive ne suffit nullement à la mise en place d'actions en faveur des travailleurs handicapés et que par ailleurs, ces politiques dépassent parfois largement l'obligation légale. Différents éléments tels que les valeurs de l'entreprise, l'implication de la direction dans cette

¹⁰¹ On parle généralement de taux d'embauche de travailleurs handicapés mais les politiques ne se limitent pas à l'insertion professionnelle comme nous le verrons par la suite.

politique ou la valorisation en interne des initiatives participent au processus de légitimation d'une telle politique. En effet, dans des contextes d'exigences sur la production, de restrictions budgétaires ou de réductions d'effectifs, qu'est-ce qui va décider l'entreprise à s'engager dans le maintien dans l'emploi d'un salarié atteint de troubles psychiques ? Sur quoi va reposer cette démarche ?

Malgré la faible estimation du nombre de personnes atteintes de maladie mentale dans le monde du travail, le maintien dans l'emploi de personnes handicapées est une réalité quotidienne de la gestion des ressources humaines des entreprises et des consultations de médecine du travail. En effet, la prévalence des troubles psychiques dans l'emploi est de 1,46 pour mille, soit dix fois moins que dans la population générale (Chabonais, 2006). Cependant, la même étude montre une sur-représentation de personnes atteintes de psychose aiguë dans les services de médecine autonome, soit celle de la fonction publique et des grandes entreprises qui ont des politiques en faveur des personnes handicapées (*ibid.*, p. 85). Nous pouvons dès lors supposer que, dans une certaine mesure, toute une frange du monde du travail rejette les salariés handicapés psychiques, mais dans un autre temps, qu'il y a des univers professionnels et des univers d'entreprise qui accueillent ces salariés. C'est l'approche de ces espaces de rencontre du handicap psychique dans l'emploi qui devrait permettre de comprendre la dynamique sociale en jeu dans le maintien dans l'emploi d'un salarié handicapé psychique. La pénétration du monde de l'entreprise, permis par le partenariat avec cinq grandes entreprises engagées dans des politiques en faveur des personnes handicapées, doit rendre compte de cette préoccupation de l'ensemble de l'entreprise. Que ce soit au niveau politique, par l'engagement des missions-handicap dans ce projet ou au niveau local, par la réactivité des acteurs de terrain face à cette question, la prise en considération du handicap psychique est vite apparue comme un problème central, et non uniquement comme une préoccupation extérieure à l'entreprise.

Nous allons tenter de montrer quelle est la dynamique du système sous-tendue par le maintien dans l'emploi. L'idée de système suppose à la fois une diversité d'acteurs qui interagissent dans un espace social commun, et une problématique de rencontre. Pourquoi sont-ils amenés à intervenir ? Pour quelle raison ? Avec quelle expertise ? Dans quelle mesure sont-ils légitimes vis-à-vis du salarié ? Vis-à-vis de l'entreprise ? Quelle va être la position du salarié handicapé face à son maintien dans l'emploi ?

Lorsque l'on s'interroge sur le maintien dans l'emploi et que l'on explore cette question dans le monde du travail, on s'aperçoit que c'est une notion dont les contours sont flous et incertains malgré l'omniprésence de la problématique qu'elle suppose, à tous les niveaux de l'entreprise.

Dans un premier temps, nous nous devons donc d'éclaircir cette question et ce qu'elle recouvre à la fois dans l'entreprise et pour les personnes handicapées psychiques, en partant de l'étude de terrain dans les 5 grandes entreprises partenaires de cette recherche.

Dans un second temps, ce sont les différents visages des problématiques de maintien dans l'emploi rencontrées qui seront exposées afin de rendre compte des registres collectifs et individuels auxquels il fait appel.

Ce traitement de la question du maintien dans l'emploi peut se faire dans une approche systémique pour plusieurs raisons. Le maintien dans l'emploi ne peut se résumer à un passage, une étape, un rituel dans le parcours professionnel d'un salarié. C'est un phénomène dynamique, étalé dans le temps et l'espace au regard de la multitude de formes qu'il peut prendre, et de la multitude d'acteurs qui y participent. C'est une œuvre collective et complexe, pour laquelle l'approche par le système permet de rendre compte de la diversité des registres d'interactions quelle engendre.

I. Le maintien dans l'emploi : quelle réalité dans l'entreprise ?

A. Une initiative ponctuelle

1. Les obligations liées au maintien dans l'emploi

a) Définitions

Le maintien dans l'emploi est une notion récente, même si les textes font déjà référence à la notion de reclassement, notamment suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

C'est cette notion de reclassement qui apparaît dans les textes et fait l'objet d'une obligation du droit du travail. Le but du reclassement est de prendre en compte la restriction de la capacité de travail pour favoriser le maintien de la personne dans l'entreprise ou dans l'emploi. Il doit permettre d'éviter que la santé ou le handicap ne constituent des raisons de licenciement : « ...l'employeur est tenu de trouver [au salarié déclaré inapte par le médecin du travail lors de la visite de reprise] un autre emploi approprié à ses capacités, compte tenu des conclusions écrites du médecin du travail et des indications qu'il formule sur l'aptitude du salarié à exercer l'une des tâches existantes dans l'entreprise et aussi comparable que possible à l'emploi précédemment occupé, au besoin par la mise en œuvre de mesures telles que mutations ou transformations du poste de travail » (Art. L. 122-24-4 du Code du travail¹⁰²).

L'obligation de reclassement n'entre en jeu qu'à partir du moment où un salarié est effectivement déclaré inapte à son poste par le médecin du travail (elle ne prend donc pas en compte la dimension du simple risque d'inaptitude), généralement lors de la visite de reprise obligatoire pour tout salarié reprenant après une absence. Si l'avis d'inaptitude est prononcé, les intéressés (en l'occurrence l'employeur) disposent d'un mois pour poser les bases du reclassement (identification d'un poste et des moyens à déployer), même si celui-ci doit nécessiter plus de temps dans sa mise en œuvre effective.

Il semble que le reclassement professionnel n'a pas produit en pratique tous les effets escomptés : d'un côté, la procédure pour inaptitude au poste de travail se révèle régulièrement inadaptée pour maintenir l'emploi du salarié dans l'entreprise ;

¹⁰² Loi n°92-1446 du 31 décembre 1992 relative à l'emploi, au développement du travail à temps partiel et à l'assurance chômage.

de l'autre, le reclassement professionnel participant à l'insertion des travailleurs handicapés interroge aujourd'hui les moyens de prévenir la désinsertion professionnelle des travailleurs pour raison de santé (Groupe de réflexion sur le maintien dans l'emploi, 2000).

C'est pourquoi le terme de maintien dans l'emploi, dont le sens semble plus ouvert, se serait imposé comme domaine plus large que celui du seul reclassement. Cette terminologie fait référence à toute situation d'inaptitude ou de risque d'inaptitude susceptible de constituer une menace pour l'emploi. Le maintien dans l'emploi déborde donc des dispositions légales et réglementaires existant dans le code de la Sécurité sociale et celui du travail.

Pour l'essentiel, la législation actuelle recouvre des procédures et obligations liées à une inaptitude avérée, tandis que le maintien dans l'emploi entend prendre en considération les situations de risque et les approches préventives de la désinsertion.

En pratique, l'action de maintien prend autant en considération les possibilités de continuité au poste de travail ou dans l'entreprise (reclassement) que les perspectives externes (embauche dans une autre entreprise ou création d'activité), dans le principal souci de « conserver une dynamique professionnelle, avec la volonté du travailleur et en considération des besoins de l'entreprise » (*ibid.*, p. 16).

Compte tenu de la problématique ambiguë liée aux troubles psychiques vis-à-vis de l'inaptitude et à la notion de fragilité par rapport à l'emploi, la notion de maintien semble plus appropriée pour rendre compte de la problématique d'insertion professionnelle.

b) Quelle volonté politique ?

Le maintien dans l'emploi fait une apparition officielle au sein des Programmes départementaux pour l'insertion des travailleurs handicapés (PDITH)¹⁰³ depuis 2000. Ils se sont dotés pour nombre d'entre eux d'un axe spécialisé¹⁰⁴.

La Délégation Générale à l'Emploi et à la Formation Professionnelle (DGEFP) a émis en 2002 une circulaire sur le maintien dans l'emploi¹⁰⁵, qui met notamment l'accent sur : la généralisation des dispositifs de maintien dans l'emploi à l'ensemble des départements, leur inscription dans le cadre des Pdith, en lien avec les dispositifs de la vie autonome mis en place par les DDASS, l'approche pluridisciplinaire et partenariale, la mobilisation de l'ensemble des outils existants, la sensibilisation des acteurs, et notamment des personnes concernées elles-mêmes et des médecins traitants.

¹⁰³ Les Pdith ont été institués à titre expérimental dans le cadre du Plan national pour l'emploi des personnes handicapées annoncé en conseil des ministres le 10 avril 1991. Ils se sont construits en collaboration avec les acteurs locaux. Les Pdith se sont généralisés quasiment à l'ensemble des départements. Ils font l'objet d'une note d'orientation du 26 août 1999 (99.33) définissant leur objet, les moyens partenariaux et leurs objectifs au sein de la politique pour l'emploi des personnes handicapées.

¹⁰⁴ L'axe « maintien dans l'emploi » est le dernier-né des axes après celui de l'insertion, de la sensibilisation des entreprises et de la formation professionnelle.

¹⁰⁵ Circulaire DGEFP-DRT-DSS n°2002-15 du 21 mars 2002 relative au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés. BO n° 2002/7 du 20 avril 2002.

Cette circulaire traduit une volonté affirmée d'approfondir les dynamiques de collaboration entre acteurs, qui en ce domaine sont nombreux et souvent soumis à des dispositifs législatifs et réglementaires différents. Elle est également un des rares textes de référence qui aborde explicitement la question du maintien dans l'emploi.

La priorité donnée au maintien dans l'emploi s'inscrit dans un contexte marqué par un accroissement des accidents du travail sur la période récente et une population active vieillissante : parce que cette population est plus sujette au risque d'inaptitude parce que le maintien du taux d'obligation d'emploi suppose que l'accroissement des flux d'embauche ne soit pas contrebalancé par des sorties accélérées de l'entreprise.

Par ailleurs, comme le précise la circulaire, « cette politique rejoint les orientations stratégiques exprimées dans le projet de directive nationale d'orientation du secteur emploi du Ministère de l'emploi et de la solidarité pour l'année 2002 » :

accompagner le développement d'un emploi de qualité et la valorisation des potentiels humains, notamment en favorisant le maintien dans l'emploi des salariés les plus fragilisés ; favoriser le dialogue social et garantir la protection des salariés, notamment en assurant la protection de la santé et de la sécurité au travail : pour ce faire, une mobilisation est demandée pour faire face aux questions liées aux pathologies professionnelles comme à celles relatives à la santé mentale et physique (stress, harcèlement moral, troubles musculo-squelettiques par exemple), et l'implication des instances représentatives du personnel en matière d'évaluation des risques et de maladies professionnelles sera accrue.

De son côté l'Agefiph¹⁰⁶ a développé au niveau des départements, depuis 1995, des services d'appui au maintien dans l'emploi. Plus d'une centaine d'équipes interviennent afin d'aider les entreprises et les salariés à trouver une solution de maintien dans l'entreprise quand apparaît une inadéquation entre le handicap et le poste de travail. Ce service d'appui, présent dans 90 départements, est composé de 213 professionnels dont l'activité est financée par l'Agefiph. Ils interviennent en complément des acteurs de droit commun tels que la médecine du travail, la caisse régionale d'assurance maladie, la mutuelle sociale agricole... L'intervention de ces équipes s'est construite et organisée, dans la plupart des cas, dans le cadre des Pdiith.

Leurs conseils s'adressent aux entreprises de tous les secteurs d'activité à l'exception de sept équipes départementales ou régionales qui s'adressent spécifiquement aux secteurs du bâtiment, de l'agriculture et de la métallurgie.

Les types de services proposés sont les suivants :

¹⁰⁶ L'Agefiph a été créée en 1987 suite à la loi d'obligation d'emploi de travailleurs handicapés et est un partenaire de la politique d'emploi menée par les pouvoirs publics en faveur des travailleurs handicapés. Elle a une mission de service public qui s'inscrit dans le cadre d'une convention signée avec l'État. Elle est au service des personnes handicapées et des entreprises mais a pour mission principale de récolter et gérer les contributions financières des entreprises assujetties à la l'obligation d'emploi de 2005.

- des informations sur le maintien dans l'emploi,
- des aides à la mobilisation d'appuis techniques, administratifs ou financiers
- des conseils pour éclairer sur la possibilité d'une démarche permettant de préserver l'emploi de salariés handicapés
- un service d'ingénierie pour la recherche et la mise en œuvre de solutions.

Ces services ne s'appliquent pas pour les projets de maintien dans l'emploi collectif, caractérisés par des transformations lourdes de « process », des modifications de plusieurs postes de travail, un projet potentiellement onéreux. Pour ces projets, les entreprises doivent contacter directement l'Agefiph de leur région. Les équipes s'occupent du suivi sur des cas individuels de salariés.

Ces services s'adressent principalement aux entreprises confrontées à un problème de maintien dans l'emploi d'un salarié déjà reconnu handicapé ou à aptitude ou capacité professionnelle réduite, pour lequel le statut de personne handicapée est en cours de reconnaissance.

c) Le maintien dans l'emploi dans les accords d'entreprise

Dans le guide méthodologique édité par le Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement sur « l'accord d'entreprise en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés », le maintien dans l'emploi est un des axes proposés. Il se limite en fait à deux types d'actions : les aménagements des postes de travail et les dispositifs de reclassement.

Certaines entreprises utilisent par exemple une méthode d'analyse des postes et d'évaluation des personnes mobilisant la hiérarchie, le médecin du travail et des ergonomes. De même, d'autres définissent dans l'accord des mesures protectrices. Ainsi, des plans de reconversion peuvent être proposés pour faciliter la réorientation, la formation, la recherche d'un nouvel emploi.

Dans les accords d'entreprises, telles que celles que nous avons rencontrées, le maintien dans l'emploi s'inscrit généralement en contrepoint du plan d'embauche. L'accord d'entreprise doit prévoir obligatoirement un plan d'embauche en milieu ordinaire et au moins deux des actions suivantes : un plan d'insertion et de formation ; un plan d'adaptation aux mutations technologiques; un plan de maintien dans l'entreprise en cas de licenciement. Le maintien n'est donc qu'un des modalités proposées de l'accord, mais pas une mesure systématique ou obligatoire des politiques d'entreprise.

Le maintien repose sur le principe de préservation de l'emploi pour les personnes qui deviennent handicapées dans l'entreprise :

« Le maintien dans l'emploi constitue le travail de base de la Mission, dans le respect de la volonté affirmée de l'entreprise de ne pas exclure ces salariés handicapés » (Accord d'entreprise Air France 2003-2005).

« Le maintien dans un emploi est systématiquement visé » (Accord d'entreprise EDF, 2002-2005)

Cet axe de la politique est présenté comme un engagement volontaire de l'entreprise même si, d'un point de vue juridique, il repose sur une obligation légale de reclassement.

La SNCF a ainsi mis en place une procédure de reclassement¹⁰⁷ qui dépasse le cadre de l'entreprise : « ces textes font désormais mention du caractère obligatoire de la recherche d'un reclassement pour tout agent déclaré inapte médicalement, l'entreprise s'engageant au préalable à tout faire pour rechercher et mettre en place les aménagements possibles pour maintenir le cheminot dans son poste » (Accord d'entreprise SNCF 2003-2007).

Cependant, le maintien dans l'emploi repose généralement sur de bonnes volontés et un engagement déclaratif. L'axe maintien de l'accord d'IBM sur la période 2003-2005 s'appuie sur le volontarisme de la Compagnie qui « s'engage à protéger l'emploi des personnes handicapées » (Accord d'entreprise Compagnie IBM France 2003-2005). Cette protection repose sur le reclassement prioritaire de ces salariés, les efforts de recherche d'aménagements de poste ou de reconversion, ou un « suivi particulier des actions de formation » (*ibid.*, p. 7). Ce sont des logiques du « bon vouloir » qui prévalent dans ces entreprises, et notamment dans une entreprise comme Total. Le principe du maintien dans l'emploi se limite à un « engagement » de la Direction vis-à-vis des salariés handicapés. Dans le cas de Total, « la Direction » s'engage également, « pour les salariés handicapés dont les postes seraient supprimés, à privilégier une réaffectation au sein de leur établissement dans le cadre de leur reclassement » (Accord d'entreprise Total 2003-2005, p. 5). Sur le terrain, cela suppose une mise en œuvre de la politique qui repose sur la bonne volonté d'un médecin ou d'un responsable des ressources humaines d'honorer cet engagement. En effet, aucune mesure coercitive n'est envisagée dans les accords sur l'axe maintien. De plus, les notions « d'efforts », de « priorité donnée au salarié » ou de suivi particulier entretiennent une incertitude par rapport aux possibilités offertes au salarié de revenir dans l'emploi.

Cet engagement candide des directions par rapport aux salariés devenus handicapés s'explique non seulement par la faiblesse des obligations dans le droit du travail liées au maintien dans l'emploi, mais également par le caractère insaisissable de cette notion, et des procédures, outils et moyens pour le mettre en œuvre. Les moyens utilisés se limitent principalement à des efforts d'aménagement de poste ou de reconversion. C'est, par exemple, le seul axe pour lequel l'entreprise IBM présente en annexe les actions mises en œuvre ou prévues pour honorer cet engagement. Seule la SNCF s'est dotée d'une procédure coercitive et systématique par rapport au reclassement.

Certaines entreprises développent malgré tout cet axe, proposant différents outils, permettant une reconversion, tels que les bilans de compétences, les formations, l'accessibilité ou les aménagement d'horaires. D'autres ont mis en place des « commissions de suivi » ou de « réflexion » sur la question du maintien dans l'emploi, avec l'aide de la médecine du travail et parfois des Comités d'hygiène et de

¹⁰⁷ Référentiel RH 0360 (ex PSD).

sécurité au travail (CHSCT). Les actions de maintien dans l'emploi ont une faible matérialité sur le terrain. Elles se réalisent principalement dans des engagements politiques ou des réflexions collectives.

Par ailleurs, les mesures et efforts de maintien dans l'emploi sont souvent opposés à la politique d'embauche. En effet, dans un contexte de restriction des embauches, ou de difficultés à trouver des candidats handicapés, les « missions handicap » se replient parfois sur le maintien. Un responsable de mission illustre cette politique :

« nous en ce moment notre priorité c'est le maintien. Avant de lancer des embauches tentons déjà de bien prendre en charge nos salariés handicapés...enfin ceux qui sont déjà dans l'entreprise. Lorsque l'on sera capable de leur proposer un réel accompagnement, après on se préoccupera de l'embauche ».

La situation est perçue de façon paradoxale pour les entreprises. Dans le même temps, la politique d'emploi est limitée par le faible nombre d'embauches et de possibilités d'emploi et du côté de la politique en faveur des travailleurs handicapés, les possibilités de recrutement sont restreintes notamment à cause de leur faible niveau de formation (Agefiph, 2005). Dans ce contexte de difficulté à faire de l'insertion directe, l'engagement en faveur du maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés est réaffirmé notamment face aux organisations syndicales.

Pourtant, le maintien dans l'emploi peut être considéré comme le parent pauvre de la politique du handicap dans la loi de 1987. En effet, les actions les plus valorisées à la fois par les Directions départementales pour l'emploi et la formation professionnelle chargées de l'agrément des accords, et par les organisations syndicales, sont celles concernant l'embauche et l'insertion directe.

Le caractère imprécis de la notion de maintien dans l'emploi en fait finalement un axe transversal dans les politiques d'accord difficilement quantifiable. L'écart budgétaire démesuré entre deux entreprises sur ce poste rend compte de la difficulté à évaluer ce champ : elles représentent 0,63 % du budget de l'accord de la SNCF en 2003, pour 48,63 % à Air France. Cette politique s'inscrit en réalité dans l'ensemble des actions en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés : leur insertion, leur parcours professionnel, leur évolution de carrière, les aménagements de poste... Dans une certaine mesure, le maintien dans l'emploi fait plus partie de la politique générale de gestion de l'emploi et des ressources humaines, que d'un axe spécifique en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.

Malgré tout, le caractère volontaire des politiques d'emploi de certaines de ces entreprises révèle la complexité et les besoins de réflexion sur le maintien dans l'emploi. L'analyse du Conseiller technique auprès du Président à EDF, Gérard Masson, souligne non seulement que le maintien pose des problèmes encore plus difficiles à résoudre que l'embauche mais qu'il génère souvent une désinsertion du salarié en le coupant du monde du travail¹⁰⁸.

¹⁰⁸ Le statut spécifique de la PERS 268 chez EDF permet en effet de « mettre l'agent concerné en « inactivité » avec un maintien de salaire. « On risque alors de rajouter au traumatisme du handicap celui de la coupure avec l'univers du travail », MASSON, Gérard, *La mission 2004 handicap à EDF*, Paris : EDF, 2005. p.3.

Il faut remarquer que dans les axes « Maintien dans l'emploi » de deux entreprises, la référence aux troubles psychiatriques et au handicap psychique est explicite. Afin de prévenir l'absentéisme de longue durée, aboutissant à une exclusion de la personne du milieu de travail, une entreprise comme EDF s'appuie sur le maintien dans l'emploi comme axe de sa politique en direction spécifiquement de ce handicap :

« En ce qui concerne particulièrement les personnes atteintes de troubles psychologiques ou psychiatriques, l'étude lancée sous l'égide de la médecine du travail et de la médecine de conseil dans le but d'identifier les moyens permettant une réinsertion dans le milieu du travail sera poursuivie » (Article 3 : Plan d'insertion, parcours professionnel et formation, chapitre : Maintien dans l'emploi de l'Accord d'entreprise 2002-2005).

De même, l'entreprise Air France insiste sur le « travail de longue haleine » que représente le maintien dans l'emploi faisant référence à la « consolidation » et la « stabilisation » de l'état des personnes, termes habituellement utilisés dans le champ de la santé mentale par rapport à l'état psychique du patient.

Cette problématique du maintien dans l'emploi, semble dans ces entreprises, une porte d'entrée progressive de réflexion par rapport au handicap psychique.

2. Le maintien : un espace de négociation

a) Un nombre important de salariés concernés

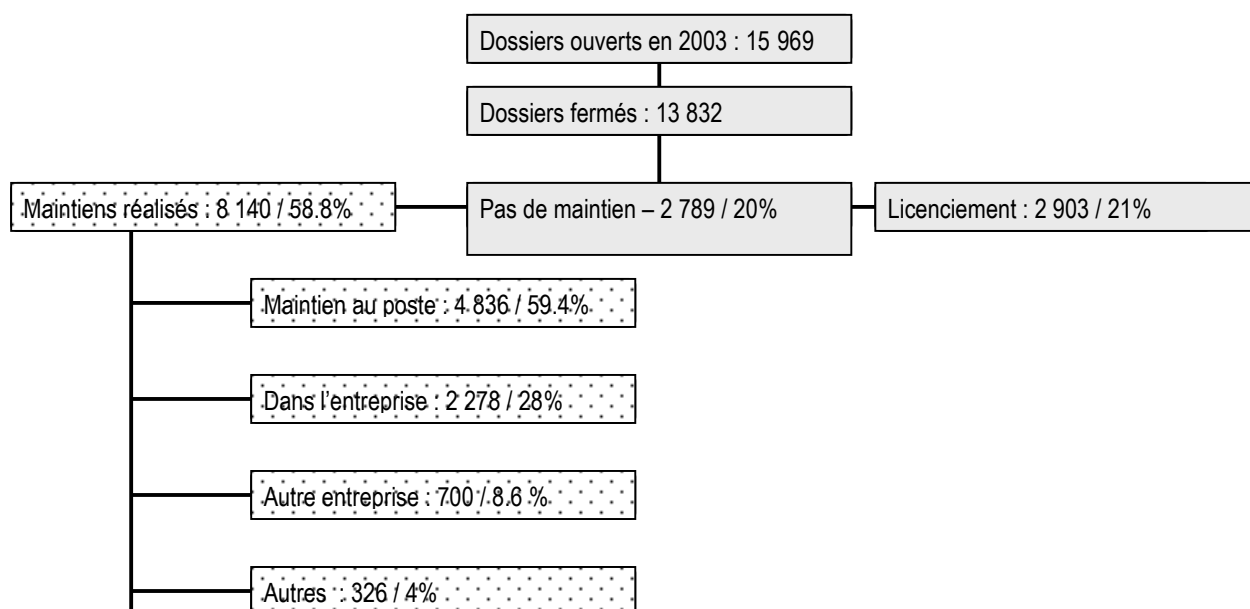
La circulaire de 2002 de la DGEFP fait du maintien dans l'emploi une question urgente à traiter compte tenu du nombre de personnes concernées : « Le maintien dans l'emploi est une priorité pour la politique d'emploi car c'est un enjeu majeur : on peut en effet estimer que 700 000 salariés font l'objet chaque année d'un avis d'aptitude avec réserves ou d'un avis d'inaptitude définitive, soit 5 % de la population au travail. Environ 20 000 personnes par an perdent leur emploi du fait des conséquences directes d'un problème de santé dans leur travail ». La circulaire considère que ces chiffres sont l'expression d'un manque d'efficacité du dispositif de reclassement professionnel qui ne permet pas de prévenir la désinsertion.

De son côté, l'Agefiph recensait 26 260 salariés ayant sollicité les structures d'appui au maintien et ayant permis, en 2003, 8 150 maintiens effectifs en 2003 et 9 176 en 2004 (Agefiph, 2005). Cependant, l'activité des opérateurs soutenus par l'Agefiph s'inscrit en complémentarité de l'intervention des autres acteurs du maintien dans l'emploi. Ainsi, en 2002, les services de santé au travail ont décelé des problèmes d'aptitude, en croissance, pour environ 965 000 salariés. De leur côté, les services sociaux

des CRAM ont aidé 28 640 assurés sociaux dans un objectif de maintien dans l'emploi, dans le cadre de leur mission de prévention de la désinsertion professionnelle.

En 2004, 60 % des cas traités dans l'année par l'Agefiph, ont abouti à un maintien dans l'emploi. Ces derniers sont maintenus en majorité au poste initial (63 %), en contrat à durée indéterminée (95 %) et à temps plein (80 %). Ils ont souvent conservé le même métier (73 %), avec un niveau de qualification équivalent ou supérieur (93 %). Dans le tiers des cas, le maintien a nécessité un aménagement du poste de travail.

Taux de maintien dans l'emploi en 2003 et répartition des demandes à l'Agefiph (AGEFIPH, *L'emploi et l'insertion professionnelle des personnes handicapées*, Atlas national, 2005).



Ces chiffres font apparaître que finalement les actions de maintien dans l'emploi sont relativement limitées. En effet, elles ne concerneraient qu'un cas sur deux des demandes, et une demande sur cinq se solde par un licenciement. Cela laisse supposer que ces chiffres doivent être largement plus élevés si l'on considère l'ensemble des situations d'inaptitude qui ne font pas nécessairement l'objet d'une demande d'aide auprès de l'Agefiph. Cette démarche sous-entend en effet que l'employeur et le salarié sont volontaires pour essayer de trouver une solution de maintien dans l'emploi.

Ces mesures concernent essentiellement des hommes, en contrat à durée indéterminée, ayant une ancienneté de plus de 5 ans dans l'entreprise et bénéficiant de la loi de 1987 (pour les deux tiers, le

tiers restant étant en cours de reconnaissance de travailleur handicapé). C'est le profil type des bénéficiaires établi par l'Agefiph (*ibid.*, p. 151). Cette population ayant systématiquement une reconnaissance de travailleur handicapé cela laisse donc supposer que ces mesures de maintien dans l'emploi ne concernent pas majoritairement des personnes handicapées psychiques.

De plus, une personne sur deux est en arrêt de travail au moment de la prise en charge, l'autre moitié est en activité. Cependant, 46 % de l'ensemble des bénéficiaires ont connu des arrêts de travail de six mois et plus durant les deux années précédant la saisine de l'opérateur de maintien. Les visites de pré-reprise, ont connu une progression importante par rapport à 2002 (74 % des salariés en arrêt de travail en 2003 contre 45 %) (*ibid.*, p. 150). L'absentéisme est donc bien le premier signe de risque d'une désinsertion, et le premier marqueur d'une évolution éventuelle vers l'inaptitude au poste.

En Ile-de-France, une étude de l'Observatoire des dispositifs d'insertion des travailleurs handicapés¹⁰⁹ a révélé l'étendue des besoins et les prévisions sur la région. En 2003, 4,9 % des visites de médecine du travail ont donné lieu à un avis d'inaptitude ou d'aptitude avec restriction. En 2004, 6 300 licenciements pour inaptitude ont été identifiés, soit près d'un licenciement pour six inaptitudes prononcées et plus de 20 % des entrées au chômage (catégorie 1 à 3) (Clainchard *in* Agefiph, 2005). L'évaluation des situations à risques de désinsertion professionnelle pour raison de santé situe entre 300 000 et 600 000 le nombre de cas susceptibles de relever à terme d'un maintien dans l'emploi.

Le licenciement ou la désinsertion professionnelle sont une des réponses apportées à l'inaptitude professionnelle. Le maintien dans l'emploi n'est qu'une réponse timide aux problèmes de santé dans l'emploi. En effet, malgré l'obligation de reclassement, la problématique du maintien repose essentiellement sur un engagement moral de l'employeur, pour lequel la contrainte est faible pour éviter la désinsertion du salarié. Les chiffres de la médecine conseil d'EDF en 2001 montraient ainsi que la première modalité de sortie de la longue maladie était la mise en invalidité (pour 35,4 % des agents), ou la mise en inactivité dans un cas sur 5. Or, quasiment un cas sur deux de longue maladie (41,3 %) est arrêté pour cause d'affections psychiatriques.

Dans une entreprise comme EDF, la médecine conseil estime à 200 à 250 par an, le nombre de salariés devenus handicapés après une maladie ou un accident (sur un total d'environ 3 000 salariés handicapés reconnus par la Cotorep)

Par ailleurs, l'étude des modalités de sortie d'un centre de réinsertion socio-professionnelle pour personnes atteintes de maladie mentale montre que plus d'un tiers des sujets étudiés sortent du centre avec un travail mais que, surtout, la plupart ont conservé le même emploi qu'avant le passage dans le centre (Duyme et Barbeau, 1987). Cela laisse supposer que la modalité principale de réinsertion professionnelle après un arrêt pour troubles psychiques est celle du retour à l'emploi et donc d'une problématique de maintien dans l'emploi.

¹⁰⁹ Practhis Ile de France.

b) Les facteurs favorisant le maintien dans l'emploi

Différents facteurs vont entrer en ligne de compte dans le maintien dans l'emploi, liés à la fois à l'entreprise et à l'individu. L'Agefiph recense 6 facteurs déterminant les possibilités de maintien (Agefiph, 2005).

L'ancienneté dans l'entreprise semble déterminante : plus le salarié a d'ancienneté, plus le taux de maintien augmente, passant de 54 % pour les anciennetés inférieures à un an à 72 % pour les un ans et plus. L'écart peut s'expliquer par deux raisons non exclusives l'une de l'autre : une plus forte mobilisation de l'entreprise pour un salarié qu'elle connaît bien et le coût du licenciement, croissant avec l'ancienneté du salarié.

Le secteur d'activité de l'entreprise : on constate un meilleur taux de maintien dans l'industrie (76 % contre 66 % pour l'ensemble des secteurs), secteur où l'ancienneté moyenne des salariés est plus importante que dans les autres secteurs. Par ailleurs, ce sont également des secteurs où les accidents du travail sont plus nombreux et où la sensibilisation aux risques professionnels et à la prévention au travail est plus présente.

Le taux de maintien augmente avec l'âge mais seulement pour les hommes. Ce taux est maximum pour la classe 46-55 ans. Au delà, l'entreprise préfère une solution de préretraite au maintien, surtout pour les situations les plus difficiles. Les départs anticipés sont un des outils qui permettent de contourner le maintien dans l'emploi, notamment dans de grandes entreprises ayant des régimes de protection avantageux.

Le niveau de formation et surtout la qualification du poste, augmentent la probabilité de maintien (de 52 % pour les manœuvres à 85 % pour les cadres).

L'origine du handicap principal : le maintien est plus rare si le handicap est lié à l'exercice du métier (accident 60 % ; maladie professionnelle 63 %) que s'il est dû à une cause extra professionnelle (accident 63 % ; maladie 71 %). De plus, mais cela paraît logique, le salarié maintenu reste moins souvent au même poste.

La situation au moment du signalement : les signalements « en amont » (pendant l'arrêt de travail ou lors de la reprise de travail) n'aboutissent à un maintien que dans respectivement 48 % et 68 % des cas. En fin d'arrêt, le temps manque pour mobiliser toutes les ressources en matière de maintien et pendant l'arrêt il est difficile de mettre en place une action de formation.

Un des facteurs liés au salarié est le type de handicap qu'on lui reconnaît. Selon les chiffres de l'Agefiph (*ibid.*, p.154), les polyhandicapés et les troubles psychiques (49 % et 56 %) sont moins

souvent maintenus que les handicaps moteurs et les maladies invalidantes (64 % et 67 %) et surtout les handicaps visuels (77 %) et auditifs (92 %). Un salarié déclarant un handicap sensoriel aurait donc plus de chance d'être maintenu dans l'emploi, qu'un salarié ayant un handicap moteur, qui lui-même a plus de chances qu'un salarié avec un handicap psychique. Cela rejoint nos observations quant à la prédominance des risques de désinsertion professionnelle pour les salariés atteints de troubles psychiques.

Par ailleurs, cette observation illustre les chiffres concernant l'impact des mesures et actions mobilisées sur le maintien. En effet, l'Agefiph remarque que « la démarche de maintien dans l'emploi repose sur la mobilisation d'outils et de mesures, spécifiques ou non, dont l'impact peut varier en fonction de situations. Dans 83 % des situations traitées, au moins une action est mobilisée. Les études de poste, ergonomiques sont les plus utilisées (36 % des actions). Les actions d'adaptation de l'environnement de travail (25 % des actions) concernent majoritairement des aménagements de postes et de situations de travail » (*ibid.*, p. 154).

C'est donc l'approche ergonomique qui prévaut et sous-entend dans le monde du travail une capacité à repenser le poste et l'organisation du travail. L'ergonomie s'inscrit dans une logique organique de compensation qui semble peu s'adapter à la problématique d'insertion professionnelle dans le cas du handicap psychique. C'est pourquoi C. Toullec pose la question d'une réflexion sur « l'ergonomie comportementale » (2003)¹¹⁰.

c) Les outils du maintien

Un des facteurs participant à la réussite du maintien dans l'emploi recensé par l'Agefiph est le nombre d'actions mobilisées « et plus encore avec le nombre de mesures spécifiques mises en œuvre ». Le taux de maintien est de 55 % en l'absence de mesure, à 97 % pour trois mesures et plus. Il apparaît cependant que, pour les cas les plus difficiles, moins d'actions (et aussi moins de mesures) sont mobilisées. Ce constat a priori paradoxal peut s'expliquer de deux façons : trop de difficultés rendent plus problématique la mise en place de certaines actions et une situation prise en charge trop tardive ne laisse plus de temps de mobiliser les actions nécessaires. C'est comme si l'entreprise déterminait un seuil imaginaire au-delà duquel le maintien dans l'emploi ne s'imposerait plus.

Comme toute politique d'accompagnement, le maintien dans l'emploi suppose la mobilisation d'un certain nombre d'outils qui dépendent de dispositifs spécifiques (Les Maisons départementales des Personnes handicapées, l'Agefiph) ou bien du régime de droit commun (la médecine du travail, la Sécurité sociale...). Une multitude d'outils, c'est-à-dire de mesures, de dispositions, ou d'actions, sont

¹¹⁰ Transcription de la conférence du 18 novembre 2003, « Maladie mentale et insertion professionnelle », par Christian Toullec Directeur du CEPPEM, p.11.

utilisés afin de ne pas rompre la dynamique professionnelle et d'éviter la désinsertion. Quels sont ces outils ? De qui émanent-ils ?

Les principales aides spécifiquement dédiées au maintien dans l'emploi de salariés handicapés proviennent soit de l'Agefiph, soit des mesures de la Sécurité sociale.

Les aides de l'Agefiph concernent principalement des subventions forfaitaires de maintien, l'étude ou l'aménagement du poste de travail, un bilan, une formation, une mise en accessibilité des locaux, du soutien ou du suivi, ou la création d'activité. Pour plus d'un tiers des cas (33,8 %), les aides concernent l'étude ou l'aménagement du poste de travail (Agefiph, 2005, p. 152).

En ce qui concerne les mesures de la Sécurité sociale, elles portent sur le temps partiel thérapeutique, le contrat de rééducation professionnelle, ou l'invalidité de 1^{ère} catégorie, lorsque le travailleur est capable d'exercer une activité professionnelle au tiers de ses capacités antérieures (la pension d'invalidité atteindra 30 % du salaire)¹¹¹.

Lorsque l'on approche de plus près les différents outils du maintien dans l'emploi, il s'avère que la palette de mesures disponibles ou mobilisables est relativement étendue et diversifiée. Elle renvoie en réalité à différents champs d'actions :

- Le champ des aides tournées vers le salarié : c'est-à-dire toutes les aides qui vont intervenir directement sur son handicap, ou sur son parcours professionnel et sa compétence. Il doit être alors dans un processus de changement.
- Le champ des aides tournées vers l'environnement : c'est-à-dire les aides qui vont agir sur l'environnement de travail, l'organisation du travail, l'adaptation et l'aménagement du poste de travail, ou encore les aides financières.

Ces deux registres font écho à la problématique situationnelle du handicap et à la conception de celui-ci à l'articulation de caractéristiques individuelles et d'un environnement donné.

Une autre distinction dans le champ des outils est envisagée : le mode opératoire ou préparatoire. Elle montre à la fois la complexité de la démarche, mais aussi son inscription dans le temps. Le maintien ne se limite pas à une intervention ponctuelle. C'est pourquoi le Groupe de réflexion sur le maintien dans l'emploi (2005) propose de dissocier les outils qui vont permettre de préparer l'action de maintien dans l'emploi, des outils qui seront directement opérationnels pour le maintien.

Dans la phase préparatoire, la priorité est donnée à la reconnaissance du cadre légal de prise en charge. Etant donné le flou législatif régnant autour du maintien dans l'emploi et le système français de cloisonnement des prises en charge, le premier travail consiste à repérer le dispositif dont va dépendre la personne du fait de son statut : en Incapacité partielle permanente (IPP) avec déclaration d'accident

¹¹¹ La mise en invalidité n'est pas *a priori* destinée à favoriser le maintien dans l'emploi du travailleur. Cependant, la mise en invalidité ne peut être prononcée par le médecin conseil qu'au moment de la stabilisation de l'état de santé de l'assuré. Elle permet donc d'officialiser l'impossibilité du travailleur à retrouver sa capacité de travail initiale alors même que celui-ci se représente chez l'employeur.

du travail ou de maladie professionnelle¹¹², en invalidité Sécurité sociale, en travailleur handicapé ou à partir de l'avis d'aptitude rendu par le médecin du travail.

Encadré VIII : L'invalidité et l'incapacité partielle permanente

L'incapacité partielle permanente (IPP):

Est déclaré accidenté du travail tout salarié victime d'un accident par le fait ou à l'occasion du travail (art. L.411.1 du Code de la Sécurité sociale) ou est déclaré en maladie professionnelle tout salarié qui contracte une maladie du fait de son activité professionnelle (art. L.461.1 du Code de la Sécurité sociale).

L'accidenté du travail se voit compenser son incapacité de travail. A la consolidation, il touche une rente proportionnelle au taux d'incapacité partielle permanente qui lui est attribué (art. L. 434.2 du Code de la Sécurité sociale).

La mise en invalidité Sécurité sociale :

Lorsque l'assuré social a perdu au moins les deux tiers de sa capacité de travail ou de gain du fait d'un accident ou d'une maladie d'origine non professionnelle, le médecin conseil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie peut le déclarer invalide (art. L.341.2 du Code de la Sécurité sociale). La mise en invalidité dépend d'une logique d'assurance sociale compensant la perte de gains résultant de l'incapacité de travail.

Même si l'IPP n'est pas directement conçue pour aider le maintien dans l'emploi, certaines règles particulières protègent l'emploi du travailleur victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. De même, les salariés reconnus invalides ou handicapés vont prioritairement bénéficier des dispositifs prévus par l'obligation de la loi de 1987 (art. L. 323.1 du Code du travail). Cette diversité illustre la complexité du cadre juridique proposé pour le maintien dans l'emploi.

Par la suite, ce sont des outils permettant d'engager une réflexion et de préparer le maintien dans l'emploi qui sont proposés : la visite médicale sur l'initiative du salarié et la visite médicale de pré-reprise, les propositions du médecin du travail à l'emploi, la fiche de liaison, le bilan de compétence, l'appui technique « maintien dans l'emploi » de l'Agefiph.

Lorsque les tenants et les aboutissants de la situation du salarié sont connus, des outils opératoires peuvent également être employés afin de mettre en adéquation les capacités restantes du travail avec la possibilité d'occuper un emploi (Groupe de réflexion sur le maintien dans l'emploi, 2005).

Ces outils portent soit sur l'aménagement du travail, soit sur la compensation de la perte de productivité du travail, soit sur la formation de la personne. Aménager le travail sous-entend l'aménagement du temps (temps partiel thérapeutique, la pré-retraite progressive ou l'aménagement du poste avec l'aide du médecin du travail ou du CHSCT). L'aménagement porte également sur l'espace de travail (aménagement du poste de travail, achat de matériel après expertise), son accessibilité ou le recours au conseil ergonomique.

¹¹² Ce cadre répond à une logique d'assurance palliant la survenance du risque de la perte de gains lorsque l'incapacité est liée à l'exécution du travail.

La formation est un outil du maintien dans l'emploi à deux titres : formation du salarié à une nouvelle manière d'exercer son activité professionnelle, ou formation à un autre poste. Ces outils passent par le dispositif ordinaire (formation continue en entreprise, ou congé individuel de formation), ou par le dispositif réserve (formation qualifiante dans des Centres de rééducation professionnelle (CRP), contrat de rééducation chez l'employeur, aides Agefiph à la formation professionnelle).

Les outils permettant de compenser la perte de productivité se limitent en réalité soit à un abattement de salaire, soit à une valorisation financière des actions en faveur des travailleurs handicapés.

Pour le handicap psychique dans les entreprises étudiées, la question de l'abattement de salaire ne se pose pas, dans la mesure où elles ont des accords d'entreprise dans lesquelles elles valorisent leurs actions. En revanche, les mesures d'aménagement de poste peuvent se poser. L'aménagement de l'espace de travail est peu pertinent, quoique dans certaines situations le handicap psychique est associé à un handicap moteur qui nécessite un aménagement ergonomique. Mais c'est majoritairement l'aménagement du temps de travail qui se pose. Le premier outil cité par les médecins du travail à propos du maintien dans l'emploi de salariés handicapés psychiques est le temps partiel thérapeutique. Celui-ci est prescrit par le médecin traitant à son patient en collaboration avec le médecin du travail afin de reprendre progressivement une activité professionnelle. Deux registres de justifications sont proposés par les médecins ou les psychiatres : tout d'abord l'idée que le passage du soin au monde du travail doit se faire progressivement, étant donné la rupture que représente l'hospitalisation et également la lourdeur des traitements. La fatigue associée aux traitements fait unanimement dire aux professionnels de la santé mentale que le travail à mi-temps est souhaitable pour les patients, du moins pendant un certain temps. C'est l'idée de progression, et de transition entre l'univers cloisonné du soin et la réinsertion induite par le travail qui est valorisée.

Cependant, cet outil de maintien dans l'emploi n'est pas toujours retenu par les médecins ou les correspondants handicap. « Le temps partiel thérapeutique peut être prescrit par le médecin traitant à son patient en collaboration avec le médecin du travail afin que celui-ci reprenne progressivement une activité professionnelle, alors même que son état de santé n'est pas encore stabilisé » (Groupe de réflexion sur le maintien dans l'emploi, 2005, p. 128). Cela signifie que cet outil est une prescription. Il relève d'une logique de soins à laquelle le médecin traitant a recours s'il pense que la reprise du travail est de nature à favoriser le rétablissement de son patient. En conséquence, le temps partiel thérapeutique est considéré comme un outil provisoire et transitoire facilitant le retour du salarié dans l'entreprise. Etant donné que cet outil nécessite la conjonction de la motivation du salarié, de la compréhension de l'employeur et l'acceptation du médecin conseil, il devient l'objet de négociations entre les partenaires.

Le cas d'un maintien dans l'emploi dans une des entreprises rencontrées illustre particulièrement bien les tensions autour de cette question. L'employeur et les collègues de travail sont en conflit avec un salarié qui exprime un sentiment de persécution permanent et qui nie ses troubles psychiques. Compte tenu de ses difficultés professionnelles et des temps de trajets importants pour se rendre au travail, le

médecin propose depuis plus d'un an un temps partiel thérapeutique à ce salarié qui le refuse. D'un côté, l'employeur tente dans une certaine mesure d'éloigner ponctuellement le salarié de l'entreprise, ce qui entretient son sentiment de persécution, de l'autre le salarié se sent maltraité et craint une perte de salaire, ou même de son emploi à plus long terme. Dans ce cas précis, la personne a également des problèmes familiaux. L'entreprise constitue alors un refuge et le salarié ne souhaite absolument pas passer plus de temps chez lui.

Un psychiatre en entreprise exprime ses réticences face à cet outil selon lui trop « médicalisé » et qui enferme le salarié dans un statut stigmatisant :

« Le mi-temps thérapeutique est très utilisé, où c'est souvent une manière confortable en apparence mais potentiellement dommageable sur le long terme. Car il maintient le sujet dans un statut particulier de malade car à ses yeux il n'est pas comme les autres, et aux yeux des autres c'est pareil ».

Ce statut particulier de la personne est rejeté car pas assez « normalisant ». Dans cette logique, les souplesses de sureffectifs permises dans les grandes entreprises sont elles au contraire valorisées. Lorsque le salarié revient après une longue période d'absence, alors que ses troubles ne sont pas nécessairement totalement stabilisés et ses capacités de travail incertaines, une des solutions proposées par les correspondants handicap et la médecine du travail est une intégration dans une équipe sans être comptabilisé dans les effectifs et donc sans peser sur la production et le budget du service. Cette mesure, non officielle dans certaines directions des ressources humaines, ou au contraire autrefois formalisée dans une entreprise comme EDF sous le nom de « PERS 268 », s'apparente finalement à des « emplois réservés » pour lesquels l'entreprise ne formule pas d'exigences particulières, tolère un surcoût financier pour assurer les salaires. Cela permet à la personne d'être physiquement dans l'emploi.

Un médecin soutient cette démarche :

« Moi je suis plus pour le formulaire PERS 268 : la personne est à nouveau au travail mais dans un poste en sur-effectif : c'était une façon de gérer le handicap auparavant.

La charge de travail n'était pas la même, mais en même temps le sujet était totalement au travail. C'était un statut particulier mais petit à petit les gens oubliaient puisque le salarié était là. »

Pour le handicap psychique, les mesures de maintien dans l'emploi sont finalement tellement nombreuses qu'elles en deviennent inexistantes. En effet, dans une certaine mesure, ce handicap nécessite une réflexion sur l'organisation du travail qui doit émaner d'une réflexion des ressources humaines de l'entreprise : travailler sur l'organisation de la tâche, l'encadrement, l'aménagement des horaires...Et paradoxalement, ce handicap semble souffrir de la non-spécificité des outils mis à sa disposition. En effet, les besoins d'expertise ergonomique, ou les aides techniques propres aux différents handicaps sensoriels, ont cet avantage d'être non seulement quantifiables, mais aussi repérés dans l'espace, ce qui les rend identifiables. Les dispositifs spécifiques dans le champ de la santé mentale s'articulent autour de l'accompagnement, l'appui technique ou éventuellement la mise en situation professionnelle ou la formation. La faible délimitation et l'incertitude du champ des aides

s'opposent à la culture de gestion financière et prévisionnelle de l'entreprise. Par ailleurs, les outils et actions menées en faveur du maintien d'un salarié handicapé psychique ne sont pas visibles, l'entreprise peut dès lors difficilement communiquer sur ses efforts vis-à-vis des ces salariés. Par rapport à la politique en faveur des travailleurs handicapés, le maintien dans l'emploi de salariés handicapés psychiques est une démarche peu « photogénique ». Ainsi par exemple, l'article de P. Watine sur *L'insertion et la maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap en France* (2005) présente en détail l'ensemble des dispositifs et mesures en faveur des travailleurs handicapés et développe largement les aides pour « compenser les déficiences » (*ibid.*, p. 128). Son analyse du maintien dans l'emploi repose en effet sur les aides techniques situationnelles selon la norme internationale ISO 1999¹¹³. Les compensations d'une déficience auditive ou visuelle sont largement expliquées, et la partie spécifiquement sur le maintien dans l'emploi évoque brièvement l'accompagnement comme une des mesures envisageables. Dans l'esprit des professionnels du handicap, le maintien dans l'emploi s'apparente souvent à une analyse ergonomique du poste de travail, et la réflexion sur l'organisation du travail que suppose le handicap psychique ne semble pas valorisée dans ce registre d'actions.

La grande difficulté spécifiquement liée au handicap psychique et au maintien réside dans les conditions d'accès au dispositif spécifique dédié à ces actions. En effet, que ce soit dans des entreprises ayant des politiques d'accord ou non, les possibilités de bénéficier de mesures particulières d'accompagnement, de formation ou d'aménagement du travail sont réservées aux personnes ayant une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. Or, nous avons vu précédemment que la demande de ce statut est particulièrement compliquée dans le cas des troubles psychiques. L'un dans l'autre, ces démarches ne sont ni valorisées, ni formalisées dans le monde de l'entreprise.

B. Pourquoi maintenir dans l'emploi ? La place du travail dans la santé mentale

La description de la diversité des mesures du maintien dans l'emploi a rendu compte de la complexité du dispositif et de son fonctionnement. Les efforts d'explication et de compréhension de cette notion doivent être enrichis par l'analyse des tensions historiques entre santé mentale et travail, mais également des attentes des personnes handicapées psychiques vis-à-vis du travail. Etant données nos observations du maintien dans l'emploi au croisement de problématiques environnementales et politiques et de problématiques individuelles, l'analyse des représentations, et la construction historique

¹¹³ Est considérée comme aide technique « tout produit, instrument ou système utilisé par une personne handicapée et destinée à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser la déficience, l'incapacité ou le handicap » in Lecomte D., *Aides techniques aux personnes handicapées : situation actuelle, données économiques, propositions de classification et prise en charge*, Paris : Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, 2003.

de celles-ci, doit nous apporter un éclairage préalable à l'analyse du fonctionnement du maintien dans l'emploi dans les entreprises étudiées.

Cette partie reprend une étude de terrain menée auprès de salariés handicapés psychiques (reconnus à l'époque par la Cotorep) engagés dans des processus de réinsertion sociale et/ou professionnelle. De janvier à mars 2004, quinze personnes ont été rencontrées en entretien semi-directif d'une durée de 45 minutes à une heure 30. Huit personnes étaient des salariés de la Sotres¹¹⁴, entreprise d'insertion par l'économie située à Nanterre, qui accueille uniquement des personnes atteintes de troubles psychiques. Les salariés de la Sotres sont embauchés en Contrat d'insertion pouvant aller jusqu'à deux ans, à mi-temps. L'activité de l'entreprise est essentiellement tournée vers des missions bureautiques de saisie, numérisation, gestion de documents, envois de mailing... Ces salariés sont principalement envoyés par le Cap emploi du département ou le dispositif Pdith, et s'inscrivent dans la majorité des cas dans un parcours d'insertion vers le milieu ordinaire de travail.

Les 7 autres personnes étaient à l'époque en stage de bureautique « resocialisation » et « mise en situation professionnelle » au sein du centre de formation de la revue *ÊTRE Handicap Information*. Les personnes en stage de formation sont généralement dirigées par des organismes d'évaluation et d'orientation tels que le club Arhim¹¹⁵, ou bien l'EPSR¹¹⁶ du département de Paris. Ces personnes sont accueillies en stage pour 1 mois, renouvelable une fois et à mi-temps. L'objectif est de leur permettre de sortir d'une logique de soin et de se tester en milieu de travail ordinaire afin de se préparer à une réinsertion professionnelle.

Ces personnes, toutes reconnues « travailleur handicapé » par les Cotorep pour un handicap psychique, ont donc été invitées à parler de leur expérience et de leurs attentes vis-à-vis du travail en milieu ordinaire et de ce que cela a changé dans leur vie, dans leur perception d'elles-mêmes et dans leurs relations avec leur entourage.

1. Représentations et attentes du travail des personnes handicapées psychiques

a) Les représentations du travail des personnes handicapées

L'approche par les représentations sociales est celle d'une compréhension de la connaissance, de la façon de penser et de se représenter le monde par rapport au travail. La communauté scientifique s'accorde sur une définition de la représentation sociale comme « une forme de connaissance

¹¹⁴ L'entreprise Sotres a été créée en 1992 par des parents de jeunes adultes handicapés par une maladie psychique et des cadres d'entreprise.

¹¹⁵ Le club Arhim est une structure s'adressant aux salariés ou demandeurs d'emploi handicapés psychiques dans une démarche de maintien dans l'emploi ou d'appui technique à la réinsertion professionnelle.

¹¹⁶ Equipe de Préparation et de Suite du Reclassement intégrée au sein du Cap Emploi

socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (Jodelet, 1989, p. 36). Elle doit nous permettre de rendre compte des logiques qui vont guider les actions des personnes. En effet, en tant que système de représentations, elles régissent notre relation au monde et aux autres, orientent et organisent les conduites et les communications sociales. Ainsi, la rencontre avec des salariés handicapés psychiques, et l'analyse de leurs représentations du travail, est celle de la façon dont ils pensent le travail en milieu ordinaire et l'intègrent dans leur problématique personnelle d'insertion professionnelle. Qu'est-ce qu'il va m'apporter ? Qu'est-ce qu'il symbolise ? Comment il a ou va changer ma vie ? Dans quelle mesure il a une place particulière pour moi ?

A travers cette exploration des représentations doit émerger la position des personnes handicapées psychiques par rapport à l'emploi : est-ce une nécessité ? Un simple confort de vie supplémentaire ? Un besoin ? Une contrainte ?

L'étude des représentations sociales fait apparaître de façon élargie des valeurs positives associées au travail. La conception du travail comme lieu d'épanouissement, de reconnaissance sociale et de réalisation de soi est largement partagée même si celle-ci n'a émergé que récemment dans l'histoire de notre culture (Méda, 1995, Gorz, 1988). La signification du travail comme espace de liberté de l'individu est en réalité une construction de ces deux derniers siècles comme le montre H. Arendt dans son texte de 1958 *La condition de l'homme moderne*. Elle montre comment le travail apparaît au XVIIIème siècle à la fois comme le moyen d'accroître les richesses et de libérer l'individu de sa subordination à d'autres. Puis au XIXème siècle, le travail deviendra le fondement d'un ordre social plus juste et un espace de liberté créatrice, symbole de l'activité humaine, sous l'influence de l'idéologie de Hegel puis de Marx. Malgré une tendance à l'émiettement du travail, à sa raréfaction, voire à sa disparition (Rifkin, 1996) et une revalorisation du temps libre et de loisir, I. Ville, souligne les études montrant la fonction « irremplaçable », « indispensable » du travail en tant que source de « lien social », de « cohésion sociale », « d'intégration », de « socialisation » et « d'identité personnelle » (Gorz in Ville, 1999).

Il est intéressant de noter que des études européennes révèlent que les représentations du travail font fi du contexte et résistent au changement. « Le travail demeure une valeur très importante, juste derrière la famille, loin devant les amis, les loisirs, la religion. [...] Les européens aspirent à un travail non seulement en raison du revenu qu'ils en tirent mais aussi en raison de l'insertion sociale qu'il procure et du rôle que, pour sept européens sur dix, il est supposé exercer dans l'épanouissement des individus (Riffault, 1994, p. 28).

Au-delà de son intérêt économique, le travail est considéré comme une source de valorisation personnelle et un moyen d'insertion sociale. Il continue à être considéré comme l'indicateur de réussite de l'insertion en règle générale, c'est ce qui autorise Philippe Saint-Martin à affirmer que « l'insertion professionnelle est encore aujourd'hui le pivot de l'insertion sociale » (1998).

L'étude d'I. Ville apporte un éclairage sur les représentations du travail (1998). Son étude porte sur les valeurs et le sentiment de satisfaction que des personnes paraplégiques et des personnes valides associent au travail.

Les résultats montrent que « les valides valoriseraient plus que les paraplégiques le fait de ne pas travailler, tandis que les paraplégiques considéreraient, plus que les valides, le travail comme une source de réalisation de soi » (*op. cit.*, p. 82). De plus, les personnes handicapées inactives se déclarent majoritairement insatisfaites de leur situation.

Les valeurs associées au travail sont celles d'une réalisation personnelle par un sentiment de satisfaction, un épanouissement, une valorisation de la participation, et une reconnaissance par les autres. Cela ne signifie pas que ces personnes ne reconnaissent pas de possibilités d'épanouissement en dehors du travail. Cependant, dans la comparaison entre les deux populations, « les paraplégiques considèrent, plus que les valides, le travail comme une source de réalisation personnelle et de reconnaissance sociale et valorisent moins que les valides le non-travail » (*ibid.*, p. 86). Cette valorisation du travail est encore plus forte chez les personnes paraplégiques qui ont peu de chance d'occuper un emploi et qui éprouvent le plus souvent une insatisfaction à ne pas travailler. La place donnée au travail comme univers positif en termes de représentations et de valeurs, est liée à la possibilité de choisir sa situation d'actif ou d'inactif.

L'analyse que fait I. Ville de ces représentations du travail est celle du système de réadaptation dans le champ du handicap et de la réadaptation. Ceux-ci s'appuyant sur une logique de normalisation ont légitimé une pression sur l'insertion professionnelle comme unique lieu d'accomplissement de soi et d'insertion sociale. C'est ce qui expliquerait le sur-investissement des personnes handicapées par rapport à l'emploi.

Qu'en est-il des personnes handicapées psychiques pour lesquelles le rapport au travail se pose différemment ?

Le travail semble en premier lieu être souhaité et validé par les travailleurs handicapés psychiques. A. Blanc (1996) montre en effet dans une étude sur l'insertion professionnelle une réelle motivation à travailler des travailleurs handicapés par la maladie mentale. Le premier élément valorisé semble être celui des relations sociales, relations en effet particulièrement pauvres dans leur vie privée. Le travail est donc perçu non seulement comme un espace d'apprentissage et de qualification professionnelle mais également une occasion de stabilisation (*op. cit.*, p.28). Les travailleurs interrogés évoquent également le travail comme moyen d'une acceptation du handicap : « c'est l'occasion de pouvoir faire le deuil des limites du handicap » (*ibid.*, p.26). Le travail est donc une fin en soi dans le but d'une insertion sociale, mais apparaît également comme un espace d'appropriation et d'évolution des troubles psychiques.

L'étude quantitative sur « maladie mentale, travail et société » de M. Duyme et J. Barbeau (*op. cit.*, 1987) met en exergue un sentiment de satisfaction lié au fait de travailler pour les personnes en centre

de réinsertion professionnelle accueillant des personnes atteintes de maladie mentale. Pour mieux approcher la façon dont les personnes se représentent leur rapport au travail et aux autres, une démarche qualitative a été initiée. Malgré son caractère exploratoire, les entretiens révèlent que le travail est, là aussi, particulièrement investi, non pas tant par rapport à la tâche professionnelle en elle-même, que pour les représentations qui y sont rattachées. C'est pourquoi les auteurs parlent « d'un investissement du « signifiant » travail. Le travail est investi très précisément dans le sens d'une attente » (*ibid.*, p. 77). Même si le travail demande une énergie particulière sur le plan relationnel et que certains moments collectifs de détente sont vécus avec une certaine anxiété, le statut social prouvé par l'activité professionnelle rémunérée offre un soutien important. La conclusion des auteurs est que, pour les personnes qui travaillent comme celles qui ne travaillent pas, « le travail semble agir sur les modalités de vie et sur la construction intrapsychique en tant que signifiant. Signifiant désiré, redouté attendu pour les uns, vécu rejeté mais où l'interpellation ne laisse indifférent » (*ibid.*, p. 80).

C'est donc l'idée que l'on se fait du travail, qui participe à la réinsertion. Le soin écarte ponctuellement la personne d'une problématique professionnelle et ce sont les possibilités d'envisager un avenir où le travail retrouve une place qui est valorisé avant même l'idée d'un retour à l'emploi effectif. C'est le projet de réinsertion professionnelle qui suffit déjà à une reconstruction de l'estime de soi.

b) Un espace valorisé par les personnes

Les recommandations du Bureau international du travail sur la santé mentale valorisent le travail dans sa dimension structurante. Il est reconnu comme ayant un impact significatif sur la santé mentale dans différents registres d'expériences psycho-sociologiques : la structuration des horaires (l'absence d'horaires est l'un des principaux troubles psychologiques) ; le contact social ; l'effort collectif et l'identification à un objectif commun (l'emploi permet d'accéder à un environnement social à l'extérieur de la famille) ; l'identité sociale (l'emploi est un élément important de la construction identitaire) ; l'activité régulière (permet d'organiser ses journées) (World Health Organization, 2000).

Pour différentes raisons, le travail est donc prôné comme participant à une meilleure santé mentale, dans la mesure où il peut participer à la stabilisation des symptômes. Est-ce bien la façon dont il est perçu et vécu par les personnes elles-mêmes ? Quelle place les personnes atteintes de troubles psychiques que nous avons rencontrées donnent-elles au travail ? Comment se représentent-elles le travail dans leur vie personnelle, sociale, familiale et professionnelle ? Est-il déterminant par rapport à leur santé mentale ? Est-ce un moyen ou une fin ?

Un changement de statut

Le statut détermine la place de la personne dans la société, son identité dans le collectif social mais surtout ses droits et ses obligations. Il représente pour la personne l'ensemble des rôles attendus dans la société. En santé mentale, le statut de 'malade' est particulièrement identifié par la dimension

coercitive et totalitaire du soin en établissement spécialisé¹¹⁷. Le statut de la personne atteinte de troubles psychiques est défini principalement dans son rapport au soin et donc à la maladie.

Même après la sortie de l'hôpital, les personnes atteintes de troubles psychiques conservent le statut de malade du fait de l'étiquette psychiatrique qui semble leur coller à la peau. Le recours aux aides sociales, notamment par le biais des dispositifs en faveur des personnes handicapées, cristallise le statut de malade malgré l'inscription dans le champ social. C'est un statut basé sur les mécanismes d'assistance, d'accueil en établissement spécialisé (hôpital) et d'inactivité. Ce statut est moins valorisé que celui de travailleur, du fait des valeurs positives associées au travail (de Coster, 1999). Le malade est perçu comme un « élément passif », alors que le travailleur est reconnu pour sa participation et la plus-value qu'il apporte à la société.

Le travail est donc perçu par les personnes rencontrées comme le moyen de changer de statut et de se percevoir comme « utile », en opposition à la maladie, qui est perçue comme un « *poids mort* » pour la société :

« Le travail ça m'a transformée, c'est plus pareil. Vous vous sentez utile. »

« Le travail c'était me libérer de toutes les questions que je pouvais me poser dans une journée : pourquoi je me lève, qu'est-ce que je pourrais faire, à quoi bon...toutes ces questions. Aussi, en fait, c'était changer de statut, passer de l'objet de soin, à sujet, acteur, salarié, une meilleure image de moi, retrouver un peu confiance. »

En changeant de statut, c'est l'ensemble des relations sociales de la personne qui semblent être revalorisées, car la personne retrouve déjà un vie sociale que le soin ne permet pas toujours, mais surtout elle semble ne plus avoir à porter le stigmate honteux du statut de malade :

« Ça me convenait, car il fallait que je travaille à tout prix pour ne pas rester chez moi et aussi avoir une vie sociale. Maintenant, de pouvoir dire : je travaille dans cette entreprise, c'est énorme. Par exemple, je n'ai pas peur d'aller dans une soirée et que l'on me pose des questions. »

« Tant que je ne travaillais pas, moi je ne voulais rencontrer personne que des gens malades, car tenir une conversation normale à parler de la pluie et du beau temps, je ne savais plus faire. Alors que là, dès que j'ai recommencé à travailler, dans le métro je me suis remise à lire le journal, alors que, pendant quatre ans, Le Monde je n'en avais plus rien à faire. J'ai recommencé à lire le journal, donc ça me donnait des sujets de conversation. »

Les relations sociales deviennent légitimes, et sont considérées comme « normalisées » autour du travail. Par ce changement de statut, la personne va en réalité changer le rôle qu'elle se donne dans la société. En effet, elle se sent investie d'une mission, le travail est associé à l'exigence d'un employeur

¹¹⁷ E. Goffman a bien montré à ce propos comment l'hôpital enferme les patients dans un statut de 'malade' par le jeu des adaptations et les empêche ainsi de sortir de l'institution par mécanisme d'aliénation morale et les maintenant dans une identité de reclus (1968).

qui va formuler des attentes. C'est le « sens » à la vie qui est alors valorisé, car la personne participe à un projet collectif et se réinscrit dans de nouveaux rapports sociaux déterminés par le travail et l'identité sociale qu'il procure. Comme le montre I. Ville dans son étude des représentations pour l'Association des Paralysés de France (APF), c'est comme si le travail conférait « un droit d'entrée dans le monde » ainsi qu'un droit d'accès aux relations extérieures (*ibid.*, 1999, p. 7)

Le travail est recherché et valorisé, non pas tant pour ce qu'il représente en lui-même (son contenu, ses caractéristiques) mais, d'une part, pour ce à quoi il permet d'échapper et, d'autre part, pour ce qu'il procure indirectement : un sens à sa situation sociale et son identité grâce aux rencontres et à la reconnaissance sociale dont il est constitutif. Le regard de la société n'est plus craint et la personne retrouve une confiance nécessaire à l'affirmation de soi et au sentiment d'insertion sociale.

L'autonomie financière ou la richesse du lien social ?

Les préoccupations financières sont largement évoquées dans les entretiens. Symboliquement, le travail n'a de sens qu'autour du revenu qu'il procure. Par le travail, on peut espérer gagner plus que les allocations versées au titre du handicap ou de l'invalidité, qui en plus évoluent peu.

Par ailleurs, il marque une forme d'autonomie. Non seulement une autonomie vis-à-vis de son entourage familial, mais également une autonomie vis-à-vis de la société. Un salarié de la Sotres exprime ce point de vue :

« C'est une question de lien social, je pourrais rester chez moi, mais être à la charge de la collectivité. C'est pas agréable de dépenser l'argent que l'on ne gagne pas soi-même. C'est vraiment important un bulletin de salaire, c'est le symbole de l'autonomie. »

Les revenus perçus au titre d'une activité professionnelle deviennent légitimes et marquent la fin d'une relation d'assistance perçue comme dégradante. Par ailleurs, l'autonomie financière est souvent l'un des marqueurs du passage à la vie adulte et du détachement parental.

Malgré l'importance donnée à la dimension financière par les personnes interrogées, celle-ci est toujours contrecarrée par la constatation que le travail n'apporte pas nécessairement de revenus plus élevés que l'allocation aux adultes handicapés par exemple. Ainsi, les salariés de la Sotres, perçoivent la moitié du SMIC par mois lorsque les stagiaires de la revue *ÊTRE Handicap Information* ne sont nullement rémunérés, ni même défrayés.

Le lien social que permet le travail est primordial. De fait, le travail est le premier lieu de rencontres amicales ou amoureuses...les relations sociales y sont particulièrement intenses, à l'intérieur de l'entreprise comme à l'extérieur. C'est la fonction relationnelle du travail qui est évoquée :

« Avec ce que je gagne à la Sotres mon AAH va baisser, je vais gagner juste un petit peu plus mais, en fait, c'est pas une question d'argent. Et puis, c'est bien ici, car les gens sont sympathiques, c'est une question de lien social. »

La bonne ambiance et l'entente avec les collègues sont largement signalées comme des éléments déterminants de la qualité du travail. La qualité des relations est par ailleurs souvent associée à la reconnaissance : c'est l'importance accordée à l'image de soi renvoyée par les autres qui va participer à une représentation positive du travail et surtout prioritaire par rapport à la dimension financière. C'est le bénéfice secondaire de la revalorisation de l'estime de soi et la reconstruction du lien social qui justifie la volonté de travailler.

Une vie quotidienne et sociale rythmée

Ce dont parlent en premier lieu les personnes rencontrées est l'importance du cadre quotidien et de la gestion du temps qu'implique le travail. Du fait de la maladie, des traitements et de l'inactivité, nombreux sont ceux qui se décalent par rapport au rythme de la société et, ainsi, s'excluent de la communauté :

« Ça oblige à se lever, à donner un rythme de vie. Avant je ne pouvais pas me lever, j'étais inversé, je dormais le jour et, la nuit, je veillais. »

C'est donc, indirectement, une façon de sortir d'un isolement, d'un vide et d'une perte de sens que les salariés de Sotres projettent dans le travail. La personne n'est plus face à elle-même, voire à une culpabilité de l'inactivité, car un élément extérieur, en l'occurrence le travail et ses exigences, va déterminer son rythme de vie et, ainsi, donner sens à l'ensemble de l'organisation de sa journée.

« C'est une satisfaction, car je travaille le matin ; ici, je dois me lever à 6h30, alors qu'à l'hôpital de jour, on devait être là à 10h et personne ne contrôlait notre heure d'arrivée. Moi j'aime bien travailler le matin, ça permet d'équilibrer sa journée, on peut faire beaucoup de choses l'après-midi. Ça vous oblige à avoir un rythme de travail qui soit un peu plus normal. »

Cette valorisation de la dimension structurante du quotidien grâce au travail est qualifiée de « travail comme passe-temps » par J.-P. Arveiller et C. Bonnet « c'est aussi une des fonctions du travail dans la vie quotidienne que d'offrir, de façon plus ou moins imposée, des occasions de se lever, de sortir de chez soi et, donc, d'éviter l'ennui qui constitue, avec la solitude, une des principales difficultés des patients qui vivent à l'extérieur » (*op. cit.*, p. 160).

Paradoxalement, c'est le caractère contraignant du travail qui détermine en partie notre rythme de vie et qui est valorisé par les personnes. Cette remarque est d'autant plus surprenante que les recommandations et préconisations faites sur les aménagements de poste de travail pour les personnes handicapées psychiques portent majoritairement sur les horaires et les rythmes de travail (Galaxie, 2004). Ce qui importe en réalité, c'est non seulement l'occupation du temps, mais aussi la régularité. Il fournit ainsi des repères et une normalisation par rapport au rythme de la société.

L'accès au « non travail »

En effet, les contraintes professionnelles permettent aux salariés de donner un sens aux périodes de non-travail : « le temps libre n'est libre que parce qu'il est libéré du travail ; pas de travail, pas de temps libre non plus » (Arveiller, Bonnet, 1991, p. 160). Le travail n'est donc pas seulement un élément de structuration d'un temps vide d'activité, il donne également un sens aux périodes « libérées du travail ». C'est dans l'attente de ces périodes libérées que peuvent ainsi se construire les projets, la notion de loisirs, et de plaisir « mérité ». Cette représentation s'édifie autour de l'inscription temporelle du travail qui permet une projection dans le temps jusque là non légitime :

« Mes projets d'avenir, pour moi, c'est de travailler à une stabilisation : une resocialisation, voir des gens, avoir à nouveau des amis. Je fais du théâtre, je peux voir des gens, car je peux leur dire que je travaille. »

« Et puis, travailler, du coup, moi, j'ai d'autres projets. Des projets de vacances avec mon fils, des projets de déménagement, car j'habite dans un petit studio, donc, ça peut poser des problèmes d'intimité, et un projet professionnel qui se dessine. »

Comme l'explique ce salarié, c'est corrélativement au statut social procuré par le travail, que les temps de « non-travail » peuvent également être assumés par l'individu qui valorise ce temps de loisirs dans sa dimension sociale et ludique.

Une forme de guérison

Alors que les vertus thérapeutiques du travail sont communément admises, avoir aujourd'hui un emploi ne signifie pas pour autant une « guérison de la maladie mentale ». Ce qui importe dans cette représentation du travail, c'est bien le « sentiment de guérison » que les personnes handicapées psychiques valorisent lors de leur accès à l'emploi. Ce sentiment s'explique par le déplacement de l'attention de la personne sur la tâche qu'elle doit effectuer, et par les motifs pour lesquels l'individu participe au système : le regard n'est plus porté uniquement sur l'individu « malade » mais aussi sur l'individu « productif ». C'est le fait de participer, comme tout le monde, au système de production, que les attentes soient les mêmes que pour des personnes n'ayant pas de troubles psychiques, que le salarié ne « se sent » plus malade.

« Ce qui n'a pas de prix pour quelqu'un comme moi, c'est que quand vous laissez vos problèmes à la porte. Pendant trois ou quatre heures vous vous sentez ordinaire. Et le fait de se sentir ordinaire pendant quelques heures tous les jours, pour moi ça n'a pas de prix. »

C'est le fait d'être dans un environnement « ordinaire » où le motif de présence n'est pas lié à la maladie qui donne un sentiment de « normalité reposante » pour ces salariés. Dans cette logique, le secteur protégé de travail ne rompt pas avec cette idée de participation du fait de son statut de malade :

« La Cotorep m'avait donné une orientation en CAT mais je ne voulais pas y aller, j'avais des préjugés. Et puis j'étais trop diplômé. Je voulais me réinsérer dans un milieu normal, je ne voulais pas être, toute ma vie, avec des gens plus handicapés que moi. On a l'impression que l'on ne va pas guérir en CAT. »

Au niveau des représentations, c'est d'être dans un environnement professionnel démedicalisé, non spécialisé sur la maladie mentale, qui permet à l'individu de se reconnaître dans une norme dont il se sentait exclu, de rejoindre un collectif émancipé de la dimension psychiatrique qui le mettait en danger dans son identité :

« C'est un effort immense, car il faut s'habituer à un milieu ordinaire de travail où les gens parlent normalement. Ce sont des rapports de requins, ce sont des rapports de production qui sont plus durs à l'extérieur (en milieu ordinaire) ; et puis, on attend de vous que vous preniez des initiatives. Mais j'ai quand même envie de me dire que je suis comme tout le monde. C'est une façon de me conformer à un modèle normal, même par rapport à ma famille qui, parfois, me prend pour un débile. »

« Dans le travail on ne perçoit pas qu'ils (les collègues de Sotres) ont des problèmes eux aussi. On a du travail à faire et les problèmes psychiques sont évincés par le travail. »

La maladie est donc toujours présente mais ne définit plus l'individu de la même façon. Le temps passé au travail permet d'oublier le trouble, c'est une forme de repos, d'apaisement. L'individu participe à un collectif considéré par la société comme non-pathologique, un collectif qui symbolise la « norme » et qui, surtout, existe dans un projet qui ne tourne pas autour de la maladie. Les motifs de sa participation au collectif ne sont plus justifiés par sa maladie, c'est un autre aspect de la personne qui est valorisé (sa compétence, sa contribution, sa disponibilité, son temps, son expérience, sa capacité à susciter de la sympathie, ses qualités relationnelles...). Ces aspects du travail sont valorisés même par des salariés qui travaillent en entreprise d'insertion à la Sotres, où pourtant l'embauche est conditionnée par une RQTH pour troubles psychiques. Ce qui domine en réalité, c'est l'objectif économique de la structure qui doit s'intégrer sur le marché économique sans aides spécifiques. Par ailleurs, il n'y a pas de présence médicale dans l'équipe d'encadrement. Dans ce contexte, l'objectif principal de l'entreprise est la production qu'elle fait peser sur ses salariés et qui participe au sentiment de normalisation. Cette contrainte est valorisée en opposition au secteur protégé (Esat et EP) qui dépend d'aides du secteur sanitaire et social (DDASS) et maintient le salarié dans un statut d'handicapé ou de malade malgré son insertion professionnelle.

De nouvelles relations avec l'entourage

Evoqué précédemment, le déterminisme du travail sur la construction du lien social est conforté par le regard nouveau que l'entourage va porter sur la personne souffrant de troubles psychiques qui retrouve un emploi. Les enjeux sociaux sont atténués, car la personne acquiert une autonomie et gagne une confiance en elle jusqu'ici fragile ; mais le caractère positif du travail dans les relations avec l'entourage peut donner lieu à une incompréhension quant aux représentations que se fait l'entourage de l'état de santé de la personne : « si tu travailles, c'est que tu n'es plus malade ». L'entourage se représente le travail comme incompatible avec la maladie, la personne proche ne peut donc cumuler à la fois une identité de malade et une activité professionnelle. On ne reconnaît alors plus les besoins ou les exigences liées à la maladie. On observe finalement une tension entre l'apaisement dans les relations avec l'entourage, engendré par l'activité professionnelle, et l'incompréhension, voire les nouvelles angoisses que celui-ci peut faire naître :

« Ça a changé des choses, car, aujourd'hui, je me sens moins coupable. Je me sens moins coupable, car, aujourd'hui, il y a des raisons objectives. Donc, je m'autorise le droit d'être parfois fatiguée et les autres le comprennent plus. »

Le fait de travailler légitime par exemple la fatigue récurrente, inacceptable lorsque la personne passe sa journée chez elle, assommée par des traitements lourds.

L'entourage ne perçoit plus la personne par rapport à sa maladie, et peut considérer certains comportements comme inacceptables en situation de recherche d'emploi ou d'inactivité.

« Par rapport à mon fils, à partir du moment où j'allais travailler ça voulait dire que je n'étais plus malade. »

Les personnes que nous avons rencontrées valorisent largement le travail aussi bien dans sa dimension sociale pour ce qu'il apporte en termes relationnels et d'identité sociale, que dans sa dimension « thérapeutique » lié à son caractère structurant et normalisant.

Cette vision du travail, dans une certaine mesure « idéaliste », est celle également observée par M. Maudinet dans son étude des champs de représentation spécifiques attribués au mot travail : « Cette image du travail se prolonge par l'idée qu'il représente le moyen, d'une émancipation ouvrant sur des espaces de dignité et de valorisation individuelle et sociale, de par l'indépendance qu'il permet » (*op. cit.*, p. 80). Le travail devient dans cet espace de représentations, le moyen de donner du sens à son existence. Sens et valeur du travail dans cette représentation partagée sont considérés comme une nécessité puisqu'ils permettent de vivre en société et d'être intégrés à une communauté.

Pour autant, ces propos doivent être replacés dans leur contexte : ces représentations ne concernent que des personnes engagées dans des parcours de réinsertion professionnelle, d'où l'hypothèse d'une survalorisation du travail. Elles ont parfois fait le deuil d'une activité professionnelle ou d'un métier

d'avant la maladie, mais pas de l'emploi ; en ce sens, le travail est parfois surinvesti et porteur d'un grand nombre d'espoirs.

En effet, ces représentations idéalisées du travail sont exacerbées par la position même des personnes rencontrées. À l'exception de quelques personnes accueillies dans le centre de formation de la revue ÊTRE *Handicap Information*, toutes s'inscrivent dans des projets de réinsertion où le travail est l'élément déterminant. Il est posé comme une des conditions d'une réinsertion « réussie » et est l'objectif essentiel des structures qui les accueille : à la Sotres, l'objectif initial est de permettre une remise dans l'emploi progressive pour aller vers le milieu ordinaire de travail. Le stage de la revue ÊTRE *Handicap Information* doit permettre une mise en situation en professionnelle en milieu ordinaire et l'acquisition d'un certain niveau en bureautique afin d'augmenter l'employabilité des stagiaires. C'est pourquoi la valeur positive associée au travail est aussi largement partagée. Seules deux personnes ont fait référence à l'idée d'un renoncement et finalement de reconnaissance d'une forme de satisfaction à ne plus considérer le travail comme seul lieu de reconnaissance social ou d'activité.

c) Un symbole de souffrance

Mais du fait des obligations et contraintes qu'il suppose, le travail est également synonyme de souffrance, de fatigue et d'effort. M. Maudinet montre ainsi que « dans cet univers de sens attribué au mot « travail » se côtoient à la fois une représentation liée à la liberté, à la valorisation individuelle et sociale et une représentation du travail comme lieu de contraintes et de souffrances (physique et psychique) le faisant alors apparaître comme un lieu d'aliénation » (*ibid.*, p. 160). En effet, dans une certaine mesure, l'idéal du travail à la fois liberté individuelle et œuvre collective reste aujourd'hui une illusion (Gors, 1997, Méda, 1995, *in* Ville, 1999). L'épanouissement dans et par le travail ne concernerait en réalité qu'une petite frange de la population.

C'est pourquoi I. Ville pose la question du « prix du travail » dans son étude sur les représentations (*op. cit.*, 1999, p. 9).

Le travail à temps plein par exemple pour certaines personnes handicapées psychique entraîne une pénibilité et une impossibilité à profiter de temps de loisirs du fait d'une trop grande fatigue. De plus, il entraîne d'autres problèmes d'ordre relationnel qui déstabilisent parfois l'équilibre trouvé autour du statut de malade :

« Mais le fait de retravailler, ça réveille aussi des angoisses : est-ce que je vais tenir ? Combien de temps ça va durer ? Pourquoi je suis rejetée par les gens qui m'ont connue malade ? Il faut rencontrer de nouvelles personnes, il y a tout un repositionnement qui n'est pas évident. Ça fait naître de nouvelles exigences. »

A ce propos, une personne handicapée psychique salariée depuis plusieurs années à temps plein dans un grand groupe de l'hôtellerie, évoque l'hôpital psychiatrique comme un « *refuge* » en opposition au

monde du travail. Les exigences relationnelles supposées dans le monde du travail sont relativisées par l'effort qu'elles demandent. Dans cette logique, le monde du travail est perçu comme un univers menaçant, coûteux psychiquement et d'une autre façon particulièrement aliénant.

Dans ce contexte, le fait de travailler ne signifie pas nécessairement une résolution des problèmes et en apporte de nouveaux. Ainsi, l'étude de M. Duyme et J. Barbeau (1987) révèle par exemple que dans les personnes qui sont retournées dans l'emploi après un passage en centre de réinsertion professionnelle, malgré un sentiment de satisfaction pour la majorité des personnes, 64 % reconnaissent « un sentiment d'angoisse » (*ibid.*, p. 54).

Les personnes engagées dans des parcours de réhabilitation et de réinsertion sociale dans le cadre d'un suivi psychiatrique sont donc partagées entre une logique normative d'insertion sociale qui passe par le travail, et la considération des contraintes liées au travail menant au renoncement à une activité professionnelle. I. Ville montre ainsi que la question du travail n'est pas tant celle de l'activité en elle-même que la façon de se l'approprier, « de trouver une harmonie dans sa biographie, c'est-à-dire dans le cours de sa vie » (*op. cit.*, p. 9). C'est le sentiment de subir ou non une possibilité d'insertion professionnelle qui semble décisif. Si le renoncement professionnel n'est pas choisi, il s'accompagne de sentiments particulièrement négatifs. Inversement, la sphère occupationnelle peut être largement valorisée lorsque les revenus de la personne sont suffisamment importants, et les rencontres suffisamment intenses et riches. Emerge alors une dimension qui met en avant les autres activités qui permettent la réalisation de soi en dehors du travail, par la richesse des contacts et le plaisir qu'elles procurent. Dans cette représentation, la reconnaissance des autres passe avant tout par sa façon d'être, sa personnalité. Dans cette perspective, il est bon de travailler peu, voire pas du tout, pour consacrer le temps ainsi libéré à autre chose.

Ces représentations du travail, largement soutenues par une vision de celui-ci comme nécessité contraignante, et valorisant la vie hors travail comme lieu d'épanouissement, ne coïncident pourtant pas avec les dispositifs d'accompagnement à la réinsertion sociale, qui valorisent essentiellement le travail comme espace de rétablissement et unique lieu de reconnaissance sociale.

L'hypothèse d'I. Ville, est celle d'une prédominance du travail dans les dispositifs de réadaptation. Celui-ci est en effet considéré comme le facteur déterminant d'une insertion ou d'une réinsertion « réussie ». Dans ce contexte, l'attachement au travail comme objectif décisif de la réalisation de soi pour les personnes handicapées persiste. Il est le fruit d'une construction historique lente de valeurs « positives » associées au travail autour de l'autonomie et de la répartition des richesses (Castel, 1995). Dans quelle mesure cette tension entre le travail et le handicap à l'origine des représentations actuelles du travail des personnes handicapées psychiques, trouve un écho dans le champ de la santé mentale ?

2. La visée thérapeutique du travail

La tension particulière générée par les représentations sociales du travail pour les personnes atteintes de troubles psychiques, repose sur l'évolution des valeurs associées au travail au nom de l'histoire de la psychiatrie. Dans un temps ramassé, le travail par rapport au soin a occupé des fonctions à la fois économiques, thérapeutiques et normalisatrices, ce qui expliquerait en partie l'ambiguïté et les paradoxes des représentations que s'en font les travailleurs handicapés psychiques. Malgré tout, il semble qu'au travers des siècles, la valeur positive du travail dans la thérapeutique des troubles psychiques et des maladies mentales perdure invariablement.

a) D'une conception morale du travail à la normalisation du statut

C'est P. Pinel qui le premier introduira le travail dans le traitement des aliénés. Dans son *Traité médico-philosophique de l'aliénation mentale*¹¹⁸ daté de 1801, sa proposition de traitement moral de la folie érige le travail mécanique comme « loi fondamentale de tout hospice d'aliéné » (in Gauchet et Swain, 1980). Le travail mécanique est posé comme garant du maintien dans la santé, des bonnes mœurs et de l'ordre. Il est présenté comme un moyen de canaliser l'agitation et les exaltations délirantes : « un travail constant change au contraire la chaîne des idées, fixe les facultés de l'entendement en leur donnant de l'exercice, entretient seul l'ordre dans un rassemblement quelconque d'aliénés, et dispense une foule de règles minutieuses et souvent vaines pour maintenir la police intérieure » (Pinel in Gauchet, 1980, p. 186).

Le travail dans les asiles du XIXème siècle a une fonction éducative et curative. Les principales activités sont agricoles et en plein air (ferme, jardin, élevage, cultures maraîchères, mais aussi maçonnerie et terrassement) et parfois dans des ateliers d'artisanat. Le travail s'inscrit également pour les médecins directeurs dans une logique de gestion et d'économie collective pour assurer l'ensemble des activités de l'asile (fermes, services collectifs de buanderie, nettoyage et administration, logement). Ainsi, seuls les malades chroniques qui ne paient pas de pension travaillent, en fonction de leur état, de leur volonté, et de leur pathologie¹¹⁹.

A la fin du XIXème siècle, les héritiers du traitement moral introduisent ainsi l'idée que le travail peut avoir des vertus thérapeutiques et un mouvement pédagogique émerge, prenant en compte la pathologie des patients et l'influence du milieu sur l'état de ceux-ci. Le travail est alors considéré non seulement dans la dimension du soin (les bienfaits du travail manuel ont certainement des

¹¹⁸ PINEL, Philippe, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, Paris : Richard, Caille et Ravier, 1801.

¹¹⁹ Les aliénés qui travaillent reçoivent une rémunération sous forme de pécule correspondant à moins d'un dixième du salaire moyen journalier d'un ouvrier et le produit de leur travail appartient à l'asile (selon les articles 153 et 154 du règlement officiel des Asiles de 1957).

répercussions physiques ou physiologiques), dans la réadaptation (vision hygiéniste de l'importance de l'Ordre) et parfois comme un moyen d'observer les malades (Arveiller, Bonnet, 1991).

Des excès ont cependant été dénoncés sur la condition des travailleurs au sein des asiles. Certains auteurs évoquent même une « économie de type féodal » pour désigner le système asilaire de l'époque : « on y relève la prédominance des travaux agricoles, l'arbitraire de l'affectation aux emplois uniquement basée sur l'appréciation d'une autorité unique (le médecin), le fait que le produit du travail ne soit pas vendu, mais utilisé par le producteur. [...] À l'asservissement produit par l'aliénation mentale, on substitue la soumission à une autorité médicale suprême et une communauté vivant en autarcie » (Ward, 2002, p. 143).

Un tournant s'opère à la fin de la Seconde guerre mondiale. Le bilan de l'enquête de G. Daumezon sur le travail des malades dans les hôpitaux psychiatriques (*in* Arveiller, Bonnet, 1991) montre une répartition entre différentes classes : les travaux ménagers, les services généraux et techniques, les travaux extérieurs divers et les travaux réadaptatifs (*op. cit.*, p. 78). Dans une certaine mesure, le travail continue à exister dans une tradition asilaire et ressemble davantage à un bricolage ponctuel dans lequel chacun tente de trouver son intérêt mais où l'intérêt curatif semble exclu. C'est à ce moment que vont naître une réflexion théorique et des applications pratiques relatives à l'organisation de la vie sociale et du travail. Sur le terrain, ce renouveau prendra le nom de psychothérapie institutionnelle. Dans la période précédente, c'était le travail par lui-même qui, dans ses dimensions morales et éducatives, était salvateur. Avec la PTI, ce n'est plus le travail mais la situation du travail en tant que rencontre possible qui sera thérapeutique. Ainsi, selon F. Tosquelles, la valorisation du travail passe par l'expression de la subjectivité du malade et de sa propre perception de la réalité (Tosquelles, 1967, *in* Ward, 2002). Fleurissent alors de nombreuses initiatives dans les centres de traitement, d'ateliers thérapeutiques de réadaptation au travail. On parle alors d'un mouvement « d'humanisation du travail » (Arveiller, 1991, Ward, 2002).

Cette revalorisation ergothérapeutique du travail s'inscrit dans le cadre de la sociothérapie. Dans ce mouvement, l'effet de groupe et la solidarité supplantent l'approche individuelle d'adaptation du poste de travail à la pathologie. L'occupation proposée n'est plus déterminée par le caractère de la pathologie, ni par son utilité sociale, mais par l'appartenance à une collectivité occupationnelle et récréative (ateliers manuels, sorties, fêtes, chorales...).

On assiste alors à une première forme d'intégration de la norme par le travail. Comme le souligne J. Ward, « la psychothérapie et la sociothérapie sont deux approches visant à transformer l'asservissement à la maladie (aliénation à soi) et l'asservissement au travail (l'obéissance aveugle à la loi du travail) en une acceptation consentie de la norme » (*op. cit.*, p. 147). Par ailleurs, des sociologues ont dénoncé le leurre de l'adaptation à une structure de soin qui pourrait être le signe de l'adaptation à la société globale. Ils notent qu'il faut séparer le travail lui-même du cadre de travail et que traitement et réadaptation, parfois se renforcent, mais parfois aussi s'opposent (Rapoport, 1960, Bleanodonu, 1969, Oules, 1957 *in* Arveiller, Bonnet, 1991), notamment lorsque le dispositif institutionnel ne fait que renforcer l'installation à long terme du reclus dans l'hôpital (Goffman, 1968).

La psychothérapie institutionnelle va petit à petit s'essouffler dans un univers hospitalier encore largement replié sur lui-même. Avec la sectorisation et la loi du 30 juin 1975, la question du travail va désormais se poser à l'extérieur de l'hôpital. La sortie de l'hôpital, même de malades dits « chroniques », a été rendue possible par les allocations versées au titre du handicap. Par ailleurs, la loi de 1975 prévoyait des perspectives de travail protégé pour les patients. Les ateliers hospitaliers sont donc qualifiés de distractions ou d'activités occupationnelles tandis que l'on propose une prise en charge par la filière administrative du handicap de protection sociale des malades à la sortie de l'hôpital. De nouvelles structures sanitaires, appelées ateliers thérapeutiques, voient le jour afin de traiter « les problèmes concernant le réentraînement au travail, la rééducation et le reclassement professionnel des malades mentaux à la sortie de l'hôpital » (Le Guillant *in* Arveiller, Bonnet, 1991, p. 130). Ces ateliers se sont développés essentiellement à l'extérieur de l'hôpital et selon des modalités très différentes : proches des objectifs de l'hôpital de jour ou au contraire de ceux d'un centre d'aide par le travail. Les ateliers en milieu-urbain s'articulent eux, essentiellement autour de projets de pré-formation et de réadaptation. Ces ateliers aux marges du sanitaire et du social, sont des structures décisives dans l'accompagnement des personnes malades dans leur projet de réinsertion socio-professionnelle.

Parallèlement, avec la loi de 1975, le travail devient une fin en soi et le patient qui sort de l'hôpital psychiatrique se voit la plupart du temps orienté soit vers le milieu ordinaire de travail (reprise d'un ancien emploi ou bien recherche d'emploi ou formation), soit vers le milieu protégé (Etablissements et Services d'Aide par le travail ou Entreprises Adaptées). Il peut être amené, en transition avec l'hôpital, à effectuer des stages en centres de rééducation ou de réadaptation professionnelle. Si le patient ne souhaite pas passer par le dispositif en faveur des personnes handicapées, il peut rejoindre la filière de « solidarité » en bénéficiant du RMI (Ward, 2002). L'objectif devient alors d'adapter les solutions proposées aux travailleurs devenus « inemployables » à la spécificité de la maladie mentale. Il faut acquérir un statut de travailleur à part entière à partir d'une vision normative et sacralisée du travail. L'identité de malade est rejetée par le monde du travail et la dimension économique du travail est celle qui prédomine. Le travail n'a de sens qu'autour du rendement, de la rémunération et de l'utilité sociale.

Dans ce contexte, un espace intermédiaire tente d'émerger depuis plusieurs années à partir de l'idée de « transition » entre un milieu professionnel considéré comme normal et un milieu trop proche du soin et de l'identité de malade (le secteur protégé). Ce sont des entreprises intermédiaires¹²⁰, appelées « tiers secteur » par Ward (2002, p. 152) qui y voit un avenir « permettant de rendre plus immédiat et plus visible le rapport entre l'utilité sociale et l'effort fourni par les malades » (*ibid.*). C'est également l'observation de J.-P. Arveiller et C. Bonnet qui voient ces structures comme un « passage entre exclusion et inclusion sociale, axant leurs efforts sur la réappropriation d'une confiance personnelle, la reprise en main de sa propre destinée et la récupération d'un rôle propre au sein du groupe social » (*op. cit.*, p. 187).

¹²⁰ Voir à ce propos les travaux de l'association Messidor dans le Rhône ou les entreprises d'insertion Sotres et Etas en Ile de France.

b) Les effets cliniques du travail

L'évolution de la psychopathologie du travail, va inscrire le rapport de la santé mentale au travail, et inversement dans une nouvelle dialectique : le travail rend-il malade et dans quelle mesure est il à l'origine de la manifestation de troubles ? Et son pendant positif : Le travail peut-il soigner et jusqu'où permet-il la disparition de certains symptômes ?

Après avoir considéré la place objective donnée au travail dans l'histoire du traitement des malades mentaux, c'est la question de la part d'implication subjective requise dans le travail, aussi bien dans son versant positif (travail thérapeutique) que dans son versant négatif (le travail pathogène), qui se pose également à partir des années cinquante. Cette approche repose sur le postulat du travail comme un « opérateur fondamental de la construction même du sujet » (Dejours, 1996, p. 161). Dans ce contexte, c'est la prise en compte de l'expérience subjective dans les parcours de vie qui est valorisée.

Avec la réforme de la psychiatrie dans le champ de la réinsertion dans les années cinquante, se pose la question de l'émergence d'une psychiatrie du travail, comme branche spécialisée de la médecine du travail. Autour de l'engagement des médecins comme P. Sivadon et C. Veil, des consultations de psychiatrie du travail voient le jour afin : d'apporter un soutien aux travailleurs en but à des manifestations pathologiques ou psychosomatiques plus ou moins directement liées à l'exercice de leur travail ; d'éclairer les médecins du travail et les personnels des services sociaux en matières de psychiatrie sociale et de psychopathologie du travail (Billiard, 2001, p. 153)

Dans un contexte de transformations des formes de travail¹²¹, ces consultations font écho à l'émergence de nouvelles pathologies professionnelles telles que la « fatigue chronique » et la « fatigue nerveuse ». Conjointement, une autre interrogation se fait jour : celle de savoir si certaines professions nouvelles n'exposent pas ceux qui les exercent à des troubles mentaux spécifiques (*ibid.*)¹²².

Faisant le bilan de 15 années de connaissances acquises en psychiatrie par rapport à la réadaptation sociale des malades et des processus d'adaptation au travail, P. Sivadon dégage la psychopathologie du travail comme discipline « autonome » et tente de définir sa méthode pour l'action (1969). Par la suite, les travaux de L. Le Guillant, enrichiront la psychopathologie du travail par une analyse clinique des situations concrètes à l'origine des manifestations psychopathologiques. Il mènera avec J. Bégoïn, une étude souvent citée portant sur la névrose des téléphonistes et des mécanographes¹²³, montrant le déterminisme des conditions de travail sur la pathologie. On observe un ancrage structuraliste et

¹²¹ On observe entre autres à cette époque des transformations des procédés techniques et des matériaux, une augmentation importante du nombre d'organisations syndicales, l'apparition de nouvelles fonctions de surveillance, l'extension de la rationalisation du travail dans le secteur tertiaire, et l'arrivée d'ouvriers d'origine rurale ou coloniale.

¹²² Elle est soulevée pour la première fois en 1951 à propos des radio-électriciens des aéroports ; en 1954, au sujet du personnel des réservations à Air France ; en 1954-1957, au sujet des téléphonistes des PTT et des mécanographes des Chèques postaux ; enfin, dans les années soixante à propos des « roulant » de la SNCF.

¹²³ BEGOÏN, J., « Le travail et la fatigue : la névrose des téléphoniques et des mécanographes », thèse de médecine, faculté de médecine de Paris, 1958 publiée dans *La Raison*, n°20-21, 1958 avec une préface de Louis Le Guillant.

situationniste de la psychopathologie du travail et un changement de paradigme où, comme le remarque I. Billiard, « la sociogénèse des maladies mentales prime sur la psychogénèse, selon une perspective où l'aliénation mentale entretient des liens de continuité avec l'aliénation sociale » (*op. cit.*, p. 225).

La psychiatrie se désengagera petit à petit d'une réflexion par rapport au travail, et la relève des propositions de C. Veil et P. Sivadon sera assurée par un apport de la psychanalyse, et d'une conception du travail centrée sur les dimensions individuelles du rapport au travail, notamment à travers la prise en compte de l'inconscient¹²⁴.

La psychopathologie va apporter une légitimité à la prise en compte du sujet comme travailleur en tant que totalité et singularité dynamique donnant une place centrale à la subjectivité. C'est la reconnaissance de l'existence d'une autre rationalité et d'un autre mode d'intelligibilité de l'homme au travail (Billiard, 2001).

Les travaux de C. Dejours ont ouvert les débats sur une psychologie de l'action à partir des échanges intersubjectifs en jeu autour du travail, et sur une psychologie des milieux de travail. Quant à Y. Clot, il privilégie une clinique de l'activité en vue de saisir les potentialités que recèlent les tensions entre l'activité dirigée vers l'objet et vers les autres, et la subjectivité. C'est cette approche du travail, par ce que l'on appelle désormais la « psychodynamique du travail », qui nourrit, entre autres, les réflexions sur l'organisation du travail et la prise en compte de la santé mentale dans les entreprises.

Malgré les réticences et les difficultés d'accès à l'emploi, dans la pratique aujourd'hui, le travail continue d'être observé, considéré, et préconisé comme un élément de consolidation de la santé mentale. Il représente le pilier du mouvement de réadaptation cher aux américains dans deux sphères : par rapport à la construction identitaire et par rapport à l'inscription sociale. Or, les définitions actuelles des troubles psychiques mettent l'accent sur la pathologie du lien et les troubles de l'identité pour caractériser l'expérience de santé mentale. G. Dorvil observe par exemple que le travail donne accès à l'identité, et au rang social (Charbonneau, 2002).

Une étude sur l'impact du travail menée au Canada en 1999 (Mercier et *alii.*) montre que le travail procure des avantages d'importance sur le plan psychologique par la multiplication des contacts sociaux et la consolidation de l'estime de soi ; mais également sur le plan clinique en favorisant la structuration du temps, la normalisation, l'autogestion des symptômes et la prévention des décompensation et des hospitalisations.

En France, l'étude de C. Foxonet sur l'insertion professionnelle des jeunes malades mentaux révèle que le parcours d'insertion va agir sur la personnalité des sujets. Il montre que le travail entraîne une modification du sentiment de valeur des personnes pouvant aboutir à une identité positive par une réactivation de l'Idéal du Moi (Foxonet, 1996).

¹²⁴ Voir à ce sujet les études de André Missenard sur l'Armée de l'Air : Missenard, A., Gelly, René, « Problèmes posés par l'étude psychologique des troubles de l'adaptation en aéronautique », *Revue de médecine aéronautique*, n°1, 1961., ou ceux de Jean-Jacques Moscovitz sur le personnel roulant de la SNCF : « Approche psychiatrique des conditions de travail par une enquête effectuée parmi le personnel roulant de la SNCF », thèse de médecine soutenue le 19 novembre 1968 à la faculté de médecine de Marseille.

Selon la spécialiste canadienne de gestion des organisations E. Morin, le travail donne aux individus le sentiment d'appartenance à la société et le sentiment de pouvoir y apporter une contribution utile, et il offre la possibilité de définir son identité sociale (Charbonneau, 2002). C'est un des apports sociaux du travail mais pas uniquement. Elle montre en effet que le travail permet de structurer le temps et est même un moyen pour surmonter les problèmes existentiels de l'être humain, par exemple la solitude et la mort. Le travail permet aux individus de s'accomplir en leur donnant des occasions de relever des défis ou de poursuivre leurs idéaux. Il devient alors un moyen de transcender l'existence humaine, dans la mesure où les individus se consacrent à une cause importante et significative.

Dans sa réflexion sur le rôle du travail dans les processus de réhabilitation, Vostanis (1990), évoque par ailleurs les travaux de Rowland et Perkins qui mettent en exergue quatre cibles dans le travail : 1) le développement de processus de base comme le sens de la responsabilité, le jugement et la perception ; 2) l'amélioration de l'estime de soi ; 3) une baisse des hospitalisations et des incapacités secondaires et 4) le développement d'habiletés sociales et relationnelles.

Plus récemment, le travail continue à être déterminant dans la nouvelle vision du rétablissement notamment dans les pays anglo-saxons car désormais conçu en terme de 'recovery' (Anthony, 1993, Spaniol *et al.*, 1994 ; Deegan, 1988, *in* Beaulieu *et al.*, 2002) soit l'idée de la conquête d'un sens nouveau au sein de la communauté d'accueil. Dans ce mouvement, le travail devient un intégrateur social et une forme de traitement de première importance (Anthony, Blanch, 1995 ; Provencher *et al.*, 1998 *in* Beaulieu *et al.* 2002). L'objectif soutenu par l'idée du *recovery* est celui d'un retour à la condition dite normale d'existence et d'exercice de la citoyenneté rendu possible par le travail à quatre niveaux : 1) l'augmentation de l'estime de soi ; 2) la vision d'un futur à nouveau rempli d'espoir ; 3) la réappropriation du pouvoir personnel (empowerment) et de la capacité à faire des choix grâce à une meilleure utilisation des ressources personnelles et environnementales ; 4) la validation externe du potentiel individuel (Provencher, 2002 *in* Beaulieu *et al.*, 2002).

En définitive, que ce soit par l'expérience sociale, identitaire, statutaire ou psychologique sur le terrain, les mouvements de réhabilitation constatent une action positive du travail sur la santé mentale.

En admettant que le travail est un espace potentiel de rétablissement et qu'il est souhaité par les personnes atteintes de troubles, la question qui se pose alors est celle d'une dialectique entre la forme de travail proposée et la place que l'on donne aux personnes handicapées psychiques dans le travail.

Par ailleurs, ces études participent à la légitimation du principe de maintien dans l'emploi pour les personnes atteintes de troubles psychiques au cours de leur carrière professionnelle.

c) Les différentes formes de travail proposées

Dans ce contexte où le travail est au centre de la réadaptation, différentes formes de travail sont envisagées depuis la loi de 1975 en faveur des personnes handicapées par la redéfinition du secteur protégé.

Les Centres d'aides par le travail (CAT), étaient des institutions sociales et médico-sociales qui se définissaient comme des structures sociales ayant un double objectif : l'aménagement d'une vie sociale et professionnelle pour les sujets qui sont dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle dans le secteur ordinaire de production et l'accompagnement des sujets qui en manifestent la capacité vers une accession au milieu ordinaire de travail. Cette seconde modalité était en fait rarement possible et ne concernait qu'une très faible minorité de travailleurs (Arveiller, Bonnet, 1991).

Encadré IX : Les Centres d'aide par le travail (CAT)

Le premier CAT fut créé en 1954. Ces établissements sont dus à l'initiative d'associations dont la plus importante est l'Union Nationale des Associations de Parents et Amis de personnes handicapées mentales (Unapei) qui en gère 60 %. Les CAT ont été conçus pour des inadaptés mentaux qui, parvenus à l'âge adulte, peuvent espérer avoir une activité professionnelle à l'intérieur d'un cadre assurant une protection sociale.

Pour répondre à ses missions (notamment dictées par la circulaire 60 AS du 8 décembre 1978), un CAT devait offrir aux travailleurs handicapés une activité professionnelle assortie de soutiens. Ce terme recouvre les activités productives visant la conquête d'une place en milieu protégé ou milieu ordinaire ainsi que l'apport de soutiens médico-sociaux nécessités par la prise en compte du handicap et de ses conséquences.

Juridiquement, les CAT étaient des établissements relevant, non du Code du travail, mais du Code de la famille et de l'aide sociale (Blanc, 1999).

La loi Handicap de 2005 réaffirme le caractère médico-social de ces établissements, même si elle modifie légèrement leur fonctionnement en les désignant désormais comme des Établissements et services d'aide par le travail (Esat). Les Esat reçoivent des personnes orientées par les Commissions des Droits et d'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) et visent leur autonomie par une activité professionnelle dans différents secteurs (restauration, gestion des espaces verts, blanchisserie, conditionnement...). Les personnes n'ont pas le statut de salarié, ne bénéficient pas d'un contrat de travail et ne peuvent faire l'objet d'un licenciement ; en revanche, elles signent avec l'établissement un contrat de séjour. Une grande majorité de la population handicapée accueillie en Esat présente un handicap mental ou psychique, et « on y retrouve non seulement des psychotiques, mais aussi, toute une frange de population qui s'insérait traditionnellement dans les emplois sous-qualifiés des petites entreprises » (*ibid.*, p. 143). Les Esat sont bien des lieux de travail protégé au sens où ils protègent leurs usagers du milieu extérieur. C'est une zone hors du monde du travail ordinaire qui malgré tout s'appuie sur le travail comme support de réhabilitation. Du fait de l'aménagement des formes de travail proposé et des exigences moindres sur la production, cette « forme » de travail est largement préconisée pour des personnes handicapées psychiques.

Les Ateliers Protégés étaient également des unités économiques du secteur protégé depuis la loi de 1975. Contrairement aux CAT, ils accueillaient des personnes dont la capacité productrice était supérieure à 33 %. Les ateliers protégés fonctionnaient sous tutelle du Ministère du Travail et les salariés bénéficiaient des dispositions législatives propres à tous les travailleurs. Ils étaient malgré tout considérés comme milieu de travail protégé.

Encadré X : Les Ateliers protégés (AP)

C'est à l'initiative de l'Association Nationale pour la Réhabilitation professionnelle par le Travail protégé (ANRTP), constituée à la fin de 1955, que, dans la mouvance de la loi de 1957, fut créé le premier atelier protégé. Les promoteurs des ateliers protégés avaient pour objectif initial de placer des handicapés adultes dans un milieu professionnel aussi proche que possible des secteurs d'activités ordinaires. Les AP offraient des emplois aux personnes dont la capacité de travail est au moins égale au tiers de la capacité normale. Toutefois, leurs gestionnaires avaient la possibilité d'embaucher des salariés valides dans la limite de 20 % de leur effectif total : cette possibilité laisse entrevoir les capacités productives de ces établissements. Ces structures fonctionnaient comme n'importe quelle entreprise soumise aux aléas du marché, même si quelques subventions allouées par l'État, les départements ou les communes contribuaient à compenser, souvent pour une faible part, les charges spécifiques imposées par la main-d'œuvre employée dans ce type de structure. La majorité de ces structures étaient gérées par l'Association des Paralysés de France (APF).

Depuis la loi de 2005, ces ateliers protégés sont devenus des Entreprises Adaptées (EA), et font désormais partie du milieu ordinaire de travail (même si elles ne constituent pas des entreprises ordinaires, puisque la loi maintient et réforme l'aide au poste, accordée par l'État). Ces structures travaillent en général en sous-traitance avec les entreprises et la logique de productivité y est centrale. Ainsi J.-P. Arveiller et C. Bonnet remarquaient que les personnes handicapées par une maladie mentale étaient faiblement représentées dans les Ateliers Protégés (environ 18 %) alors que c'est la population handicapée qui bénéficiait le plus largement de structures de travail protégé (*op. cit.*, 1991).

Ces dispositifs d'emploi protégé spécifiquement dédiés aux personnes handicapées interrogent le système sur sa capacité à créer des espaces de relégation aux franges des dispositifs de droit commun, maintenant les personnes dans une situation de marginalisation dont elles ne peuvent sortir : les possibilités de passerelles entre le secteur protégé et le milieu ordinaire de travail sont en effet particulièrement limitées et font s'apparenter le milieu protégé à un « ghetto » auto-entretenu (Blanc, 1999).

C'est pourquoi pour le handicap psychique, des initiatives ont été menées afin de proposer d'autres formes de travail plus proches du milieu ordinaire. Une des actions les plus remarquables, est celle menée par Vincent Verry dans la région Rhône Alpes depuis plus de 15 ans et identifiée sous

l'association Messidor¹²⁵. Messidor est un groupe d'entreprises de travail protégé qui accueille des personnes relevant de la santé mentale fonctionnant sous le statut d'Esat ou d'EA. L'engagement de cette structure est de permettre une indépendance par rapport à la psychiatrie et de proposer une « passerelle » vers le milieu ordinaire de travail (Debard, 2001). Ainsi, les personnes accueillies sont avant tout des « travailleurs » qui s'inscrivent dans un parcours de réinsertion vers un emploi « normal » avec l'appui d'un accompagnement et d'un suivi particulier. Malgré le statut de milieu de travail protégé, Messidor revendique l'idée de « structure de « transition » qui doit permettre de ne pas s'enliser dans un système d'aide sociale, ni de végéter dans des poches d'exclusion » (*ibid.*, p. 10).

Sur ce modèle de transition, d'autres structures telles que la Sotres ou Etas en Ile de France proposent aux personnes handicapées psychiques, un Contrat à Durée Déterminée, de 2 ans maximum, et une rémunération égale au Smic. Ces structures ont un statut d'entreprise d'insertion au milieu ordinaire de travail opérant dans le secteur marchand mais bénéficient de différentes aides de l'État. Aucune forme juridique n'est imposée à l'entreprise d'insertion (association, SARL...), laquelle produit des biens ou des services comme n'importe quelle entreprise. Son originalité est de proposer à des personnes en difficulté une activité productive, assortie de différentes prestations définies selon les besoins de l'intéressé (formation, ré-entraînement aux rythmes de travail...). Malgré le positionnement de ces structures comme espace de transition, elles s'inscrivent dans un modèle normatif du travail en milieu ordinaire comme seul espace légitime d'insertion professionnelle, et constituent des espaces de regroupement spécifiquement dédiés à une population labellisée par rapport à sa capacité de production.

En contrepoint de cette survalorisation de l'emploi, l'Unafam énonçait dans son plan d'urgence en faveur de l'accompagnement des personnes handicapées¹²⁶ un droit au non-travail. En effet, les objectifs prioritaires pour l'insertion des personnes atteintes de maladie mentale ou de troubles psychiques selon l'Unafam portent sur l'emploi de façon conditionnelle. Selon le plan, l'accompagnement doit permettre la réalisation de six objectifs : 1) permettre l'accès à des soins spécialisés ; 2) garantir à la personne des ressources suffisantes ; 3) assurer un hébergement adapté ; 4) mettre en place un accompagnement destiné à accueillir la personne et à favoriser, au maximum, sa recherche d'autonomie et d'intégration sociale ; 5) si nécessaire, mettre en place une protection juridique ; et seulement en sixième position ; 6) si l'état de la personne le permet, lui donner des possibilités d'insertion vers des activités, pouvant aller jusqu'au travail. Ainsi, le travail n'est pas perçu comme une modalité indispensable de l'insertion, et l'insertion sociale semble, au contraire déterminée par l'accès au soin, et à des ressources financières permettant une autonomie. C'est une nouvelle

¹²⁵ Créée en 1975, Messidor est une Association Gestionnaires d'Entreprises de travail protégé de transition. L'association s'est fixée deux objectifs : l'un économique, qui est de satisfaire le client par des prestations de qualité (dans les espaces verts, le graphisme, l'industrie, l'hygiène et la restauration), et un objectif social qui prévoit d'accueillir des travailleurs handicapés psychiques, de leur permettre d'exercer une activité de service avec l'aide d'un réseau de partenaires et dans une démarche de management participatif. Fin 2005, l'association regroupait 70 unités de production pour un budget de 15 millions d'euros et accueillait 400 travailleurs handicapés.

¹²⁶ UNAFAM, Plan pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique dans la cité, mai 2003. 14 p.

figure d'insertion que propose l'Unafam pour les personnes handicapées psychiques, celle du non-travail, plus que celle de « travailleur sans travail » (Castel, 1995).

II. Le maintien dans l'emploi : la mobilisation d'un système d'acteurs

L'incertitude du lien de causalité entre les troubles psychiques et le travail révèle la complexité de la problématique de maintien dans l'emploi. A un emploi ou un parcours professionnel donné, ne correspond pas un type de handicap psychique. Le maintien dans l'emploi n'est pas la résolution d'une équation linéaire entre des troubles et une tâche spécifique. C'est un long processus dans lequel interviennent de multiples variables. Le nombre important de personnes impliquées dans ce processus est caractéristique de la complexité de la question qui se pose : garantir le lien entre l'entreprise et le salarié.

A. Le point de rencontre d'une multitude d'acteurs

1. La dynamique de groupe

a) Système ou réseau ?

Les études et écrits sur l'insertion professionnelle des personnes handicapées présentent le maintien dans l'emploi comme un dispositif. Le dispositif est la structure organisée, règlementée et formalisée mise en place par les pouvoirs publics pour accompagner une population singulière. Dans le cas du maintien dans l'emploi, cette notion suppose qu'une multitude d'acteurs institutionnels peuvent intervenir ou être sollicités dans le cadre de procédures ou de mesures d'accompagnement. Ainsi, l'étude d'E. Clainchard pour le dispositif Practhis (2005) décrit le maintien dans l'emploi comme « un réseau de partenaires structuré et animé par le Pdith » (*op. cit.*, p. 12). Elle repère 7 types d'acteurs institutionnels (publics ou privés) : la médecine de soin, la Sécurité sociale, l'État (DTREFP et DDTEFP), les Conseils Généraux (MDPH), la médecine du travail, l'Agefiph, les entreprises. L'ensemble de ces acteurs gravite autour du salarié afin de lui permettre de rester dans l'emploi malgré une inaptitude partielle au travail. Leur intervention se situe à différents niveaux : financier, médical, juridique, et est en partie dictée par les consignes formulées par les Pdith. C'est cette formalisation de l'action de maintien dans l'emploi qui autorise à parler de réseau dans la mesure où les acteurs sociaux, qu'ils soient individuels ou collectifs, sont amenés à être en relation du fait des réglementations ou consignes qui encadrent les actions de maintien. Les textes légitiment la présence de chacun des acteurs dans le dispositif et soutiennent leurs interventions dans le processus. L'article de P. Watine intitulé « L'insertion et le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap en France »

(2005), rend compte du dispositif d'accompagnement qui fait intervenir une multitude d'acteurs (notamment les médecins) et d'expertises : il parle à ce propos de « réseau pluriprofessionnel » (*op. cit.*, p. 132). Le maintien dans l'emploi y est présenté comme un « projet », dans lequel doivent s'engager des intervenants de l'entreprise et des intervenants extérieurs (*ibid.*). L'action de maintien doit alors être contractualisée, faire l'objet d'étapes formalisées, selon une méthode programmée dans le temps.

Dans ce contexte, la réussite du maintien dans l'emploi est, selon le Groupe de réflexion sur le maintien dans l'emploi (2000), conditionnée par la qualité de la « concertation des acteurs » dans le parcours d'insertion.

Le réseau suppose une certaine structuration des relations et une solidité des acteurs qui y participent, entraînant une formalisation des liens (Lemieux, 1999).

Au sein de l'entreprise, le processus de maintien dans l'emploi ne s'apparente pas à une organisation systématique et règlementée des relations entre les acteurs. Le dispositif et le réseau repéré pour le maintien est faiblement mobilisé. La réalité des situations de maintien dans l'emploi est au contraire informelle et localisée : l'étude de terrain a montré que quelques réglementations liées au reclassement formalisaient dans une moindre mesure le maintien dans l'emploi. Il repose avant tout sur des initiatives individuelles. Dans la majorité des cas, l'organisation du processus de maintien dans l'emploi s'apparente en réalité à un regroupement d'individus ou des échanges non règlementés, très variable en fonction de l'entreprise, du salarié concerné, et de son environnement professionnel.

Le nombre d'acteurs est indéterminé et les modes de relation entre eux, fluctuants. Dans ce contexte, l'analyse réticulaire, qui suppose une certaine structuration des échanges, s'avère ambitieuse et dépasse la réalité du terrain. L'approche par une analyse du système d'acteurs est plus adaptée. Elle rend compte d'initiatives locales qui avec le temps se formalisent, se construisent dans un système d'interactions, mais qui ne reposent pas sur des procédures qui vont structurer et règlementer les échanges.

Les institutions extérieures à l'entreprise sont faiblement mobilisées, si l'on considère la médecine du travail comme un acteur de l'entreprise malgré son autonomie structurelle. En effet, ces entreprises ne peuvent bénéficier des aides de l'Agefiph¹²⁷, et assument une certaine responsabilité par rapport au salarié, déployant une compétence interne qui limite le rôle d'acteurs tels que les Conseils Généraux (MDPH) ou les DDTEFP et DRTEFP.

La phase exploratoire de l'étude a révélé deux caractéristiques des actions de maintien dans l'emploi : tout d'abord, la multitude d'acteurs amenés à intervenir dans le processus, et la diversité du type de situation de maintien. Les récits des parcours de maintien dans l'emploi par les acteurs du terrain

¹²⁷ Une entreprise qui a mis en place une politique d'accord avec les partenaires sociaux pour s'acquitter de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés ne peut en principe bénéficier qu'exceptionnellement des aides proposées par l'Agefiph.

(responsables des missions Handicap, médecin du travail...) ou des salariés concernés, font apparaître une très faible formalisation du dispositif et des situations relativement différentes. Le maintien dans l'emploi s'apparente à une dynamique de système d'acteurs. Le système rend compte de la multiplicité des configurations possibles entre les individus. Par ailleurs, il indique la dynamique de groupe qui se focalise, ou non, autour du salarié. Il privilégie la compréhension de la légitimité d'une telle démarche, plus que l'étude systématique des liens entre les différents acteurs.

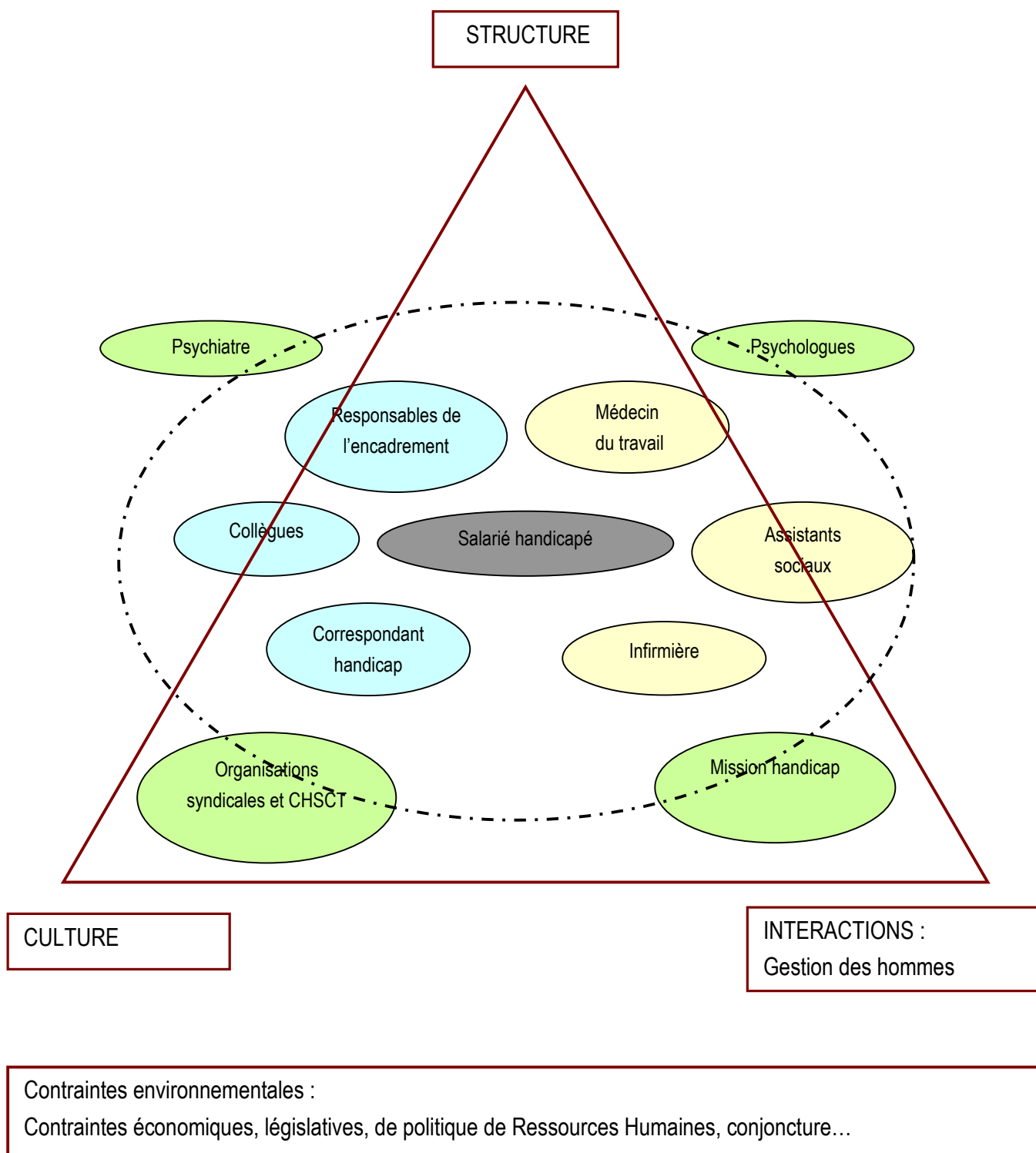
On observe en réalité une multitude d'acteurs de l'entreprise potentiellement amenés à intervenir dans le processus d'insertion. Ils s'inscrivent dans le parcours du salarié dans l'entreprise inhérent à l'inscription temporelle et spatiale du handicap psychique. Comme le remarque P. Vidal Naquet, la multitude d'acteurs et leur mobilisation auprès du salarié s'explique par la dimension « biopsychosociale » du handicap psychique (*op. cit.*, 2003). Les besoins varient dans le temps et dans l'espace. Ils font appel à des expertises variables rendant compte de la complexité et de la singularité du handicap psychique¹²⁸.

L'observation des situations de maintien de salariés handicapés psychiques dans l'entreprise renvoie donc à une problématique de mobilisation du système entre les acteurs, et de participation de chacun d'eux. C'est l'intensité et la cohérence des liens entre les acteurs autour du salarié, plus que la nature des relations, qui va caractériser la situation. C'est la logique collective autour du salarié que l'analyse du système doit permettre d'approcher.

La dimension informelle des actions de maintien dans l'emploi pour lesquelles la contrainte légale, politique et réglementaire est faible, repose en conséquence sur une dynamique de système d'acteurs plus que de réseau. Ce système peut être représenté comme suit, mettant en exergue la multitude d'acteurs et leur position par rapport au salarié dans l'entreprise : l'approche par le système permet de ne pas réduire la question du handicap psychique à la simple pathologie de la personne, elle l'inscrit dans une relation plus complexe où le handicap n'est pas dissocié de l'environnement social dans lequel il s'inscrit.

¹²⁸ Voir à ce propos, notre précédent chapitre sur « l'émergence du handicap dans l'emploi ».

Le système d'acteurs dans le maintien dans l'emploi



b) Entre proximité et expertise

Les acteurs de l'entreprise sollicités ou concernés par le maintien interviennent conjointement ou simultanément dans le parcours du salarié. C'est cette temporalité de la participation de chacun qui autorise à parler de système.

La question collective qui se pose est celle de la pérennisation de son lien à l'entreprise. L'analyse des différents systèmes permet de rendre compte de la discontinuité des interventions de chacun, ou des déséquilibres entre les acteurs, voire de l'absence de certains. C'est l'intensité du lien, et de la cohésion des acteurs autour du salarié, qui va déterminer la dynamique relationnelle du système.

Dans ce contexte d'interactions, les interventions des acteurs sont déterminées par la légitimité de chacun dans le système. Cette légitimité peut reposer sur une expertise, un vécu, une proximité, ou une réglementation particulière. Ils se positionnent par rapport au salarié handicapé psychique et par rapport à l'entreprise.

Le système doit ainsi permettre de faire émerger la problématique interactionniste dans un contexte d'organisation. L'entreprise est représentée par le triangle symbolisant les 3 pôles de l'organisation identifiés par R. Sainsaulieu : la culture, la structure, les interactions (Francfort, 1995). Au cœur de cette organisation se distingue un salarié dont le parcours professionnel est marqué par des troubles psychiques. Par rapport à l'émergence de son handicap, un certain nombre de personnes de son environnement professionnel plus ou moins proche vont entrer spécifiquement en interaction avec lui. Par ailleurs, les échanges et modalités de rencontres avec son entourage, vont en partie être redéfinis par les troubles qui se manifestent sur le lieu de travail. L'organisation va agir comme un élément de contingence qui va donner du sens aux interactions et à la place des acteurs dans le système.

C'est le projet commun de maintien dans l'emploi qui permet au système d'exister : la redéfinition du lien entre l'entreprise et le salarié. L'objectif peut alors être de revenir au même lien que celui précédant la manifestation des troubles ou de le faire évoluer en trouvant d'autres formes de lien, ou bien de rompre ce lien.

Ce qui va se jouer dans le système, c'est la cohésion des différents acteurs dans cet espace commun, ainsi que le partage et la transmission de l'information et de l'expertise, et enfin l'adhésion de l'ensemble des acteurs au projet. C'est ce qui va créer la dynamique du système, soit l'idée que le maintien dans l'emploi est un ensemble de relations qui vont se construire autour du salarié et avec le salarié. La nature de ces relations et leur intensité vont déterminer la qualité de la dynamique plus globale du système de relations dans une logique d'analyse stratégique, telle que celle initiée par M. Crozier et E. Friedberg (1977). Analyser le système, c'est en effet comprendre comment se construisent les relations de coopération et les interactions stratégiques entre les acteurs.

Dans la situation particulière, voire exceptionnelle du maintien dans l'emploi, les deux variables relationnelles observées dans les entreprises étudiées et caractérisant cette dynamique de système stratégique sont les suivantes: la proximité et l'expertise de chacun des acteurs. Ces deux variables sont les éléments de légitimation de l'intervention des acteurs et de leur mode de coopération.

1^{er} registre de légitimité : La proximité

Tout d'abord, la notion de proximité rend compte de l'organisation des relations autour du salarié. Cette proximité peut être spatiale, on parle alors de « proximité géographique » ou « physique » : elle concerne toutes les relations qui sont fondées sur un côtoiement quasi-quotidien ou un rapprochement physique (travailler au même étage, proximité des bureaux...). Cette proximité s'oppose à une « proximité organisationnelle », qui elle, est constituée par l'activité socio-économique (Gilly, Torre, 2000, p.12).

Le système s'anime dans ce rapport de proximité au salarié, ne serait-ce que par rapport à la visibilité des troubles ou du handicap, ou encore par l'expérience même des troubles dans la relation que la question du maintien dans l'emploi va poser. Pour cela, dans un premier temps, il faut voir, rencontrer, être en contact avec la personne.

Une responsable des ressources humaines explique par exemple qu'un salarié avait été signalé par l'entourage professionnel pour des délires interprétatifs. Cette responsable croisait souvent ce salarié sans observer de comportement particulier. Elle finit par lui proposer un entretien et ne remarque pas de problèmes spécifiques. Ce n'est qu'au bout d'une demi-heure de conversation qu'à propos d'une question très précise de la responsable, le salarié a exprimé un discours délirant sur les ondes qu'il pouvait capter notamment auprès des entreprises concurrentes. Le salarié dans un délire de persécution se prenait pour un émetteur-récepteur. C'est parce que cette responsable connaissait le salarié, qu'il avait confiance en elle, et qu'elle avait pris le temps d'échanger avec lui, que les difficultés, notamment d'ordre professionnel, qui jusque là étaient perceptibles mais difficilement explicables, ont émergé. Elle a alors pu appeler le médecin du travail et mis le salarié en contact avec lui. Par ailleurs, elle s'est entretenue avec le responsable hiérarchique du salarié pour commencer à réfléchir aux possibilités de maintien dans l'emploi de ce salarié déstabilisé dans son travail par un délire hallucinatoire.

La proximité physique ou géographique invite l'entourage professionnel à intervenir sur la question du maintien dans l'emploi, c'est-à-dire : en premier lieu, les collègues et les responsables de l'encadrement qui sont en lien quotidien avec le salarié. Les infirmiers présents sur les sites industriels ou le médecin du travail peuvent être souvent sollicités par le salarié, notamment lorsqu'il fait face à une souffrance psychique. L'assistante sociale peut être un acteur de proximité dans la mesure où elle symbolise un lieu d'écoute et de confiance où la personne va pouvoir parler de ses difficultés. Il y a donc un premier cercle d'acteurs qui se mobilise autour du salarié du fait de cette proximité. C'est une proximité

physique, du quotidien, du côtoiement, qui invite à intervenir, à devenir partie prenante de la question du maintien dans l'emploi.

Une seconde dimension de la proximité est observée : c'est la « proximité organisée » au niveau des individus (Bouba-Olga, Grossetti, 2006). Elle repose en fait sur une proximité relationnelle, c'est-à-dire les échanges entre acteurs de l'organisation. Ces échanges se formalisent dans les réunions et commissions de reclassement et maintien dans l'emploi qui s'organisent dans certaines entreprises. Ainsi par exemple, tous les trimestres à la SNCF, une Conférence Sanitaire réunit : le directeur d'établissement, le responsable des ressources humaines, l'adjoint aux ressources humaines ou le gestionnaire de l'emploi, le médecin d'établissement, l'assistante sociale attitrée et les dirigeants opérationnels. Une gestionnaire de carrière insiste sur la dynamique commune que permettent ces réunions :

« On y traite des cas qui médicalement nous posent problème. En fait ce sont des cas médico-sociaux car tout se recoupe. Sans lever le secret professionnel, on peut parler franchement de chaque situation. Chacun donne les informations qu'il a et son avis sur la question.

L'idée c'est d'essayer d'avancer en commun, d'envisager les différents scénarios possibles par rapport au salarié et d'anticiper au mieux les situations. »

Selon les entreprises, ces réunions prennent différentes formes et même si elles concernent globalement les mêmes acteurs, elles incluent plus ou moins les CHSCT, parfois la médecine conseil, ou encore les psychologues. C'est une proximité qui se construit autour du salarié mais pas nécessairement directement avec lui. Cette proximité se construit autour de l'insertion dans des réseaux et non sur l'appartenance. C'est la question de la collaboration et de la rencontre entre professionnels qui prévaut plutôt que la logique d'appartenance à une même entreprise ou un même groupe.

Par ailleurs, on observe une « proximité de ressources » (*ibid.*, p. 6) qui s'appuie sur des ressources cognitives ou matérielles et similaires ou complémentaires. Dans le cas du système d'acteurs mobilisés pour le maintien dans l'emploi, cette proximité de ressources s'appuie essentiellement sur une logique de complémentarité entre les différents acteurs par rapport au salarié handicapé. Le médecin va apporter un regard médical sur le salarié, le responsable des ressources humaines une analyse du poste de travail, alors que l'assistante sociale pourra éclairer la problématique du salarié par rapport à sa situation personnelle ou familiale.

Il se construit à partir de là une proximité cognitive qui renvoie au partage de valeurs communes et d'un projet commun, celui de repenser la place de la personne dans l'organisation du travail et son maintien dans l'emploi. Ce sont les valeurs de solidarité et de tolérance, partagées par l'ensemble des acteurs du système, qui guident alors la réflexion autour du salarié. La « proximité matérielle » repose quant à elle sur la similitude des individus quant aux ressources dont ils disposent (patrimoines, revenus, diplômes, statuts sociaux, etc...). Bouba-Olga et Grossetti reprennent ce modèle de proximité comme la

proximité sociale classique de Sorokin et Bourdieu (*op. cit.*, p 8) ; celui-ci n'est pas déterminant dans l'organisation sur la question du maintien dans l'emploi.

Ce sont des dynamiques interactionnistes qui émergent à partir des différentes formes de proximité. Cette proximité va participer à la légitimation de l'action c'est-à-dire celle de l'intervention de chacun des acteurs auprès du salarié handicapé.

2^{ème} registre de légitimité : L'expertise

Un autre niveau de légitimité est celui de l'expertise de chacun des acteurs par rapport à la question du maintien dans l'emploi d'un salarié handicapé psychique. L'expertise participe des ressources des acteurs dans l'entreprise. M. Crozier et E. Friedberg ont repéré différentes ressources des acteurs de l'organisation : « l'expertise, la capacité de créer ou de modifier les règles de fonctionnement, la possibilité de capter, filtrer, retenir, ou contrôler l'information, le contrôle de l'attribution des moyens financiers et matériels, l'accès à un réseau relationnel interne ou externe, indirectement lié au travail, la relations avec l'environnement extérieur de l'entreprise, la valorisation culturelle de sa position » (Francfort *et alii.*, 1995, p. 145). Dans la situation particulière du maintien dans l'emploi, le processus de légitimation de l'intervention des acteurs du système repose essentiellement sur « l'expertise, le savoir ou le savoir-faire, la compétence particulière ou rare » (*ibid.*).

Cette expertise s'exprime soit dans le champ des ressources humaines et de la gestion des hommes, c'est le cas pour les responsables de l'encadrement ou les correspondants handicap ; soit dans le champ sanitaire et social, c'est le cas des médecins, infirmiers, psychologues et assistantes sociales. Les organisations syndicales et le CHSCT peuvent se positionner dans les deux champs d'expertise. Plus l'expertise est spécialisée et rare, plus l'acteur bénéficiant de cette ressource s'inscrit dans une proximité discontinue vis-à-vis du salarié, et son intervention dans le système sera ponctuelle et individuelle.

L'expertise en gestion des hommes est celle qui repose non seulement sur les capacités humaines et relationnelles d'encadrement et d'organisation, mais aussi sur les compétences plus techniques de ressources humaines liées à la gestion des carrières (paie, formation, évolution...) et au recrutement. L'expertise en ressources humaines touche aussi bien la partie professionnelle que relationnelle du handicap. La situation de maintien peut exiger une capacité à accompagner le salarié dans son parcours professionnel et l'organisation de son poste de travail. C'est donc le savoir-faire lié à la maîtrise des parcours professionnels dans l'entreprise qui est sollicité.

L'expertise médico-sociale est celle non seulement du diagnostic psychiatrique ou psychologique (repérer des symptômes, les comprendre, et envisager les besoins qu'ils supposent) mais également celle d'une attitude d'accompagnement face à un salarié qui décompense sur son poste de travail ou qui déclare des troubles psychiques. Plus qu'une expertise purement médicale de diagnostic, c'est la capacité à orienter la personne en fonction de ses besoins et la qualité de l'écoute empathique propre aux professionnels du soin qui sont mobilisés. Cette expertise doit permettre à la personne d'accéder

aux soins, de se sentir mieux. Elle a pour objectif de protéger la santé du salarié, et doit l'aider à envisager une amélioration de son état ou une stabilisation. La maîtrise de la relation d'aide d'un point de vue médico-social est valorisée dans l'idée qu'elle va participer à la qualité de l'insertion professionnelle.

C'est l'analyse de la place de chacun des acteurs dans le système qui va faire émerger la cohérence ou non de la dynamique interactionniste.

2. Les acteurs du médico-social : des équilibristes

Les acteurs du médico-social représentent la famille de professionnels du soin et de l'accompagnement qui interviennent dans les entreprises auprès des salariés dans un but de prévention, de soutien médical, d'orientation et d'aide sociale. Ce sont essentiellement les médecins du travail, les infirmiers et les assistantes sociales qui composent cette famille d'acteurs à la disposition du salarié. Ils ont la particularité commune de proposer un espace d'écoute et de confidentialité garanti par le secret médical ou professionnel. Ils symbolisent une zone hors champ, mettant à distance les enjeux professionnels et les contraintes de l'entreprise.

a) Les médecins du travail

Le médecin du travail a pour mission « d'éviter l'altération de la santé des salariés du fait de leur travail »¹²⁹ et comme objectif de « contribuer à l'amélioration des conditions de travail »¹³⁰. Dans ce cadre, il rencontre tous les salariés pour la visite médicale périodique (au minimum tous les 24 mois). Dans des situations particulières de salariés telles qu'un handicap, la visite périodique se fait au minimum tous les 12 mois et plus fréquemment si le médecin le juge nécessaire. Une visite de reprise après arrêt de travail est également obligatoire dans certaines conditions¹³¹. De plus, il est le seul professionnel habilité à apprécier l'adéquation de l'état de santé du salarié et le poste de travail dans le cadre de l'examen d'aptitude.

C'est un salarié particulier de l'entreprise. En effet, son indépendance vis-à-vis de l'entreprise est garantie dans l'ensemble des missions définies par la loi et « il dispose d'une totale autonomie dans le domaine médical, où il ne doit tolérer aucune intervention de l'employeur. Il est astreint au secret

¹²⁹ Art. L.241.2 du Code du travail.

¹³⁰ Ministère de l'Emploi de la Cohésion Sociale et du Logement, *La médecine du travail* [en ligne], Fiches Pratiques Santé/Conditions de travail, 2006 [réf. du 28 août 2006]. Disponible sur : http://www.travail.gouv.fr/informations-pratiques/fiches-pratiques/sante-conditions-travail/medecine-du-travail-1049.html#sommaire_6.

¹³¹ Arrêt pour cause de maladie professionnelle, un arrêt de travail de plus de 8 jours suite à un accident du travail, un arrêt maladie de plus de 3 semaines, un arrêt pour congé maternité, des arrêts répétés pour raisons de santé.

médical et au secret professionnel et s'assure que les documents médicaux sont protégés contre toute indiscretion » (Ministère de l'Emploi et de la Cohésion sociale, 2006). Cette zone de confidentialité en fait un espace de proximité et de confiance où émerge potentiellement le handicap d'un salarié lié à des troubles psychiques. Les salariés atteints de troubles psychiques disent souvent pouvoir parler « librement » et en « toute confiance » avec le médecin du travail.

Par conséquent, le médecin du travail est incontournable, non seulement pour estimer les possibilités de poursuite d'une relation contractuelle entre l'entreprise et le salarié, mais également pour signaler toute altération éventuelle de l'état de santé de la personne. Sans ambiguïté, il est présenté comme un « acteur privilégié » du reclassement et du maintien dans l'emploi (Groupe de réflexion sur le maintien dans l'emploi, 2000, p. 49).

Raisonnement, il est très largement cité comme le premier acteur capable d'aider un responsable de l'encadrement face à un salarié ayant des troubles psychiques : 80 % (56 personnes) des responsables des ressources humaines interrogés dans les entreprises désignent le médecin du travail comme interlocuteur privilégié. Seules 5 personnes (soit 7 %) ne le citent ni en première, ni en deuxième position.

Il est repéré comme l'acteur référent face à un problème d'ordre psychiatrique ou psychologique et les attentes des responsables des ressources humaines vis-à-vis de lui vont être importantes à plusieurs niveaux. En effet, l'entreprise va attendre de lui qu'il sache lever les incertitudes sur le comportement de la personne, qu'éventuellement il puisse nommer les troubles dont souffre le salarié et l'invite à se soigner ou à exprimer ses besoins.

Par ailleurs, il doit faire valoir une expertise médicale et organisationnelle pour se prononcer sur l'aptitude au poste du salarié et faire éventuellement des propositions d'aménagement du poste de travail.

Plusieurs questions se posent quant à la position du médecin par rapport au salarié : celle de son expertise en psychiatrie et en psychologie, et celle de l'évaluation de l'aptitude et de la relation de proximité avec le salarié.

En effet, les compétences initiales des médecins du travail en psychiatrie sont limitées. Sa formation est celle d'un médecin généraliste avec une spécialisation théorique et pratique en médecine du travail. Il ne peut donc pas au départ prétendre à une expertise spécifique par rapport au handicap psychique. A ce propos, le réseau Galaxie remarque que « les médecins du travail ne sont pas spécifiquement formés à ce type de handicap et peuvent se trouver comme tout le monde, déconcertés ou sans ressources pour parler des difficultés à la personne » (Copas, 2003, p. 2). La compétence pour écouter, orienter et accompagner un salarié handicapé psychique n'est pas une évidence pour un médecin du travail. Même ceux qui ont des connaissances plus approfondies et une expérience psychiatrique authentique sont obligés de constater que la distance est grande entre les psychopathes étiquetés et les dysfonctionnements individuels constatés chez les travailleurs (Amphoux, 1996).

Par ailleurs, la décision d'aptitude est une mission particulièrement complexe. Théoriquement fondée sur la confrontation de données médicales et physiologiques et les caractéristiques du poste de travail, elle s'avère dans les faits difficilement réalisable, notamment dans le cas du handicap psychique. Le Dr Morin, médecin du travail, invité à témoigner sur la question de l'insertion professionnelle dans un ouvrage collectif de référence sur le handicap¹³² explique clairement pourquoi le modèle de décision d'aptitude est « un modèle idéal qui n'existe pas » (Morin, 1998, p. 103). Il repose sur des données médicales difficiles à recueillir de façon exacte et complète, dans le cadre d'entretiens médicaux et de visites souvent insuffisantes. Par ailleurs, le recours à un avis de spécialiste est théorique dans la mesure où il est soumis à la prise en charge par l'employeur (*ibid.*). De l'autre côté, les informations concernant le poste de travail sont très largement imprécises, voire inaccessibles. Il souligne également l'incertitude quant aux capacités des hommes et des femmes difficilement évaluables dans le registre cognitif ou social.

Enfin, la réflexion sur la possibilité de maintien dans l'emploi ne se limite pas à une analyse manichéenne entre aptitude et inaptitude. Un éventail large de conclusions intermédiaires est observé (Watine, 2005, p. 127). Les conclusions intermédiaires jouent sur l'étalement de l'aptitude ou de l'inaptitude : l'inaptitude peut être partielle ou temporaire, alors que l'aptitude peut être différée ou sous condition d'une nouvelle visite. Face au handicap psychique, le médecin du travail est en réalité constamment en train de jouer avec ces conclusions intermédiaires pour répondre à l'instabilité des troubles psychiques.

Considérant la fragilité de leur expertise face au handicap psychique, les médecins du travail des grandes entreprises ont différentes attitudes.

Le premier groupe de médecins va, au fur et à mesure de la pratique, développer un savoir-faire lié au vécu et à l'expérience. Au regard des difficultés des salariés suivis, certains se sont personnellement intéressés à la psychopathologie du travail, formés à la gestion du stress, ont développé une sensibilité à la question de la santé mentale dans l'emploi. Plusieurs disent avoir approché la psychiatrie et la psychologie « *sur le tas* », dans l'entreprise.

Pour ces médecins, le travail est perçu comme un outil de guérison, un élément déterminant de la stabilisation de la personne. En cela, ils se sentent investis d'une mission protectrice vis-à-vis du salarié qui est fragilisé sur son poste de travail :

« Le travail est porteur, c'est une forme de guérison et puis il ne faut pas les désociabiliser et d'ailleurs on finit toujours par y arriver. Il faut tout faire pour qu'ils restent au travail ».

Ils se perçoivent dans une situation savante vis-à-vis du salarié et de l'employeur : la solution est de maintenir le salarié dans l'emploi, quel que soit l'emploi, et le rôle du médecin est alors de convaincre les deux parties que ce choix est le bon.

¹³² BLANC, A., STIKER, H.-J., sous dir., *L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France*, Paris : Desclée de Brouwer, collection Handicaps, 1998. 461 p.

Certains ne s'accrochent pas nécessairement au maintien du salarié dans l'emploi, mais considèrent la situation comme une intégration d'un salarié handicapé comme un autre. Ils se positionnent dans une dynamique collective de réflexion par rapport à l'aménagement de poste. Ils prennent contact avec le responsable hiérarchique, le correspondant handicap et éventuellement le psychiatre de la personne, et se donnent un rôle de médiateur lorsque le dialogue est rompu dans l'environnement du salarié. Ils orientent parfois le salarié vers une reconnaissance administrative de leur handicap. Ils inscrivent les troubles de la personne et ses difficultés professionnelles dans le dispositif du handicap. En cela, ils jouent un rôle fédérateur et d'intermédiaire dans le système.

Un médecin analyse son rôle de médiateur de la sorte :

« Le fait que j'intervienne a permis de retrouver un dialogue. On explique à la hiérarchie ce qui se passe. On ne parle pas du travail, mais devant l'agent on appelle le hiérarchique pour lui dire que la personne est prise en charge, qu'en effet elle a des problèmes mais qu'elle va aller mieux. Le chef est content car on prend en charge l'agent dont ils ne savaient plus quoi faire, et l'agent est content parce qu'on écoute son mal être ».

Ils s'attachent à envisager les différentes formes d'emploi adaptées au salarié et font des propositions d'aménagement portant essentiellement sur les horaires de travail. Face au salarié, ils se considèrent comme des conseillers d'orientation et envisagent leur rôle autour de l'accompagnement et de l'écoute. Ils entretiennent une proximité avec le salarié, ils le suivent dans son parcours à la fois médical et professionnel. Un certain nombre de médecins parlent ainsi de « *surveillance* » pour décrire le travail de suivi et de stabilisation qu'ils essaient de faire avec les salariés.

De l'autre côté, un certain nombre de médecins du travail semble être témoin d'une dégradation des conditions de travail et de l'émergence d'une souffrance exacerbée dans l'entreprise. Ils ne se représentent pas les troubles psychiques dans le champ du handicap et n'estiment pas avoir de rôle particulier à jouer par rapport au maintien dans l'emploi de ces salariés. Le handicap psychique est perçu sous l'angle de la souffrance au travail liée à cette dégradation générale des conditions de travail :

« Moi je le perçois de façon sinusoïdale dans mon bureau depuis 3-4 ans. Il y a beaucoup de pleurs, les gens travaillent de plus en plus sans heures supplémentaires, les hiérarchies des unités sont très dures et il y a de grosses économies ».

Dans ce contexte, leur rôle est plus de protéger le salarié du travail que des troubles. L'emploi est perçu comme quelque chose de menaçant, et ils estiment devoir « *sortir* » le salarié de l'entreprise en cas de difficulté, soit l'aider à obtenir un arrêt maladie de la part de son médecin traitant. L'aménagement de poste n'est donc envisagé que dans une logique de diminution du temps de travail :

« Nous on essaie que ça débouche sur l'invalidité, leur permettre de travailler moins longtemps ou d'alléger le poste ».

Ces médecins ne s'inscrivent pas dans une logique de collaboration avec les autres acteurs du maintien dans l'emploi, étant donnée que la solution se situe selon eux à l'extérieur de l'entreprise. Ils sont confrontés à un manque d'expertise face au maintien dans l'emploi, et des représentations du travail en entreprise comme antinomiques avec les troubles psychiques. Ce sont des acteurs isolés face au salarié handicapé psychique. Cette attitude est observée dans des grandes entreprises qui historiquement ont mis en place des régimes de protection sociale relativement avantageux pour les salariés en invalidité par exemple¹³³.

Les médecins parfois éloignés du quotidien de travail des salariés, s'appuient quelques fois sur l'aide d'infirmiers qui entretiennent une proximité physique avec les salariés, propice à des signalements ou un suivi plus quotidien.

L'écart entre l'expertise effective des médecins face au handicap psychique et les attentes de l'entreprise peut créer une situation de tension dans la dynamique d'accompagnement du salarié. Etant donnée l'ignorance partagée face à ce « jeune » handicap dans l'entreprise, l'ensemble des acteurs du système se replie sur l'analyse médicale des troubles, y cherchant la résolution de la difficulté professionnelle. Les limites de l'action du médecin étant difficilement avouables, l'usage du secret médical devient une barrière protectrice pour continuer à contrôler la situation malgré le sentiment d'impuissance face à certains cas de salariés dans l'emploi.

b) Les assistantes sociales¹³⁴

Les assistantes sociales ont par définition une mission d'orientation et d'accompagnement dans le but d'une insertion ou d'une réinsertion sociale. Dans le monde de l'entreprise, celles-ci doivent s'assurer de l'autonomie et de la qualité de vie sociale des salariés. Pour cela, elles sont chargées d'aider les personnes qui rencontrent des difficultés personnelles.

Le service d'aide sociale est mis à la disposition des salariés au sein même de l'entreprise dans les grandes structures telles que celles rencontrées pour cette étude. Les assistantes sociales y informent les salariés sur leurs droits aux prestations sociales, aux soins médicaux et à la formation, elles les orientent vers d'autres instances compétentes, et les soutiennent dans leurs demandes.

¹³³ Des entreprises comme EDF ou la SNCF ne font pas partie du régime général de protection sociale mais ont mis en place des régimes spéciaux généralement plus avantageux pour les salariés. Une entreprise comme EDF a par ailleurs signé un accord en janvier 2005 sur la responsabilité sociale de l'entreprise qui prévoit des mesures particulières en matière de protection sociale en cas d'accidents du travail, de maladie et de départ en retraite.

¹³⁴ Nous parlerons d'assistantes sociales et non d'assistants sociaux, non par commodité ou conflit de genre, mais parce que l'ensemble des professionnels interrogés étaient des femmes.

Elles sont donc par définition dans une relation d'aide bienveillante, et neutre vis-à-vis du salarié dans l'entreprise. Elles représentent, pour les salariés handicapés psychiques, une écoute de qualité pour toutes les difficultés qu'ils rencontrent dans leur vie privée. Au regard de la complexité du handicap psychique et de son inscription dans toutes les sphères de la vie, le rôle de l'assistante sociale face au salarié handicapé psychique peut être décisif à la fois au niveau professionnel et personnel. Elles interviennent par exemple en cas de difficultés financières, pour trouver un logement ou avoir accès à des aides juridiques en cas de conflit.

Leur rôle est par conséquent d'agir directement auprès du salarié. En ce sens, on peut parler d'une grande proximité relationnelle entre elles et la personne qui les sollicite. Cette proximité ne repose pas sur un rapprochement géographique, les services d'aide sociale sont souvent un peu à l'écart des lieux de production, mais sur une relation d'aide et de soutien dans un registre personnel. Les services d'aide sociale font partie des zones de l'entreprise où la vie privée des salariés est abordée ouvertement. Cette proximité et ce champ d'action dans l'ensemble des sphères de la vie de la personne, leur permet d'avoir une vision relativement complète de la situation du salarié. Elles ont le sentiment d'apporter un regard différent sur la situation et d'avoir une vision du salarié extérieure à l'entreprise:

« Les assistantes sociales apportent une réalité externe de la personne car on ne dit pas la même chose à une assistante sociale qu'à un responsable des ressources humaines ».

« L'AS est plus chargée de régler les problèmes à l'extérieur, il y en a toujours, et souvent plus importants encore que dans le boulot ».

Dans le champ de la santé mentale, plus qu'une expertise psychiatrique ou psychologique, elles ont une proximité avec les questions liées aux troubles psychiques. Leur mission et leur rôle, quel que soit le lieu d'exercice de leur métier, les amène à côtoyer souvent des personnes ayant un handicap psychique. Elles expriment un sentiment de familiarité avec les difficultés d'ordre psychique sur le lieu de travail et une expertise dans le champ du handicap. La population qui les sollicite a souvent des difficultés psychologiques. De plus, certaines entreprises proposent aux assistantes sociales des formations complémentaires sur la violence, ou la gestion des situations de crise qui les sensibilisent aux questions posées par les troubles psychiques.

Par ailleurs, ce sont des acteurs de réseau à l'intérieur et à l'extérieur de l'entreprise. De par leur mission d'orientation, elles ont une expertise des lieux de ressources pour le salarié en difficulté. Elles invitent donc souvent le salarié à circuler au sein des différents dispositifs d'aide ou d'accompagnement comme ceux en direction des personnes handicapées (MDPH, Agefiph, hôpitaux, associations...) mais aussi les réseaux de partenaires sociaux (CHSCT, organisations syndicales) et les réseaux d'aides sociales (organismes de prévoyance, caisses d'allocation, Assedic, ANPE...). Elles ont donc cette culture professionnelle de la mobilisation collective et de la pluridisciplinarité. Lorsqu'elles sont sollicitées, de leur propre initiative elles peuvent donc faire appel aux acteurs du système concernés par le maintien dans l'emploi d'un salarié :

« Moi je réunis tout le monde, le médecin coordinateur, le DRH, le gestionnaire, la hiérarchie pour essayer de voir comment on peut avancer, quelles sont les solutions et comment les proposer à la personne ».

« Moi il m'est arrivé d'organiser une réunion pour le RH et le collègue afin d'expliquer et de comprendre le comportement de la personne. C'est un accompagnement que je fais ensuite, où je passe les voir, pour les écouter, pour être un relais et éventuellement remonter l'information ».

La question qui se pose est celle de leur inscription dans le système. Du fait de leur proximité professionnelle avec le médical et leur culture d'interdisciplinarité, les assistantes sociales travaillent spontanément dans une logique de dynamique collective autour du salarié. Elles n'hésitent pas à solliciter les autres acteurs du système pour réfléchir en commun à la situation. Cette dynamique ne semble pas formalisée et repose sur des individualités et des affinités entre professionnels :

« La médecine du travail : c'est régulier, quand ça passe bien sur le plan affectif, c'est important. C'est mis en place de façon informelle entre nous deux. On se concerta régulièrement ».

« Avec le médecin, on s'appelle tous les jours. Et puis sinon, de toute façon on se croise dans les couloirs ».

La culture médico-sociale et le secret médical unissent indiscutablement les assistantes sociales aux médecins. Ils sont dans une logique commune de protection du salarié et d'indépendance vis-à-vis de l'employeur.

Cette forme de proximité professionnelle, dans une logique de protection de l'emploi du salarié, créé parfois une rupture avec les acteurs des ressources humaines qui perçoivent le maintien dans l'emploi comme impossible :

« Aujourd'hui on ne fait plus appel à nous car les DRH veulent laisser partir seule la personne vers l'inaptitude or ils savent que si ils font appel à nous, nous on va les pousser vers une adaptation de poste pour les maintenir dans l'emploi. On est un peu des empêcheurs de tourner en rond ».

L'intégration des assistantes sociales au processus de maintien dans l'emploi du salarié n'est en fait pas systématique. Leur place dans le système repose en réalité sur deux éléments : tout d'abord, leur identification par les autres acteurs du réseau, ce qui n'est pas toujours le cas, puis la participation du salarié. En effet, leur intervention repose en premier lieu sur la sollicitation du salarié (même si parfois, c'est le responsable hiérarchique qui peut être amené à orienter le salarié) et leur mission première est de répondre à sa demande individuelle.

L'inscription dans le réseau est déterminée par la personnalité de l'assistante sociale et la qualité de ses relations avec les autres acteurs du dispositif. Leur rôle dans le système est fortement lié à celui qu'elles se donnent humainement et leur investissement auprès des salariés. Les assistantes sociales

doivent construire individuellement leur propre légitimité pour intégrer le système. Aucune procédure ne prévoit de visite obligatoire ou d'intervention systématique de l'assistante sociale : elles sont à la disposition du salarié. Paradoxalement, ce sont dans une certaine mesure les acteurs les plus proches des salariés, et les moins légitimes dans la mesure où leur place n'est pas donnée d'avance.

Lorsqu'elles interviennent ou sont sollicitées, ce sont des acteurs particulièrement stratégiques. En effet, elles détiennent des informations importantes sur la situation de handicap du salarié, cela leur donne une légitimité parfois incontournable et un pouvoir important dans la réflexion sur le maintien. En ce sens, certains professionnels des ressources humaines sollicitent fortement ces acteurs pour lever l'ambiguïté sur la situation de handicap. Plus qu'une expertise sur l'aménagement de poste ou le maintien dans l'emploi, elles apportent un éclairage sur la qualité du lien entre l'entreprise et le salarié. En effet, ce sont les seuls acteurs en contact avec le salarié lorsque celui-ci n'est plus dans l'emploi.

Compte tenu du caractère global du handicap généré par les troubles psychiques ou la maladie mentale, l'accompagnement du salarié par les assistantes sociales est un point d'accroche essentiel dans l'insertion professionnelle. La maladie et les troubles génèrent souvent la désinsertion, la marginalisation, ou un handicap social (problèmes de logement, financiers, familiaux...). Ces acteurs vont jouer le rôle de passerelle entre l'univers professionnel et l'univers privé du salarié. Or, la stabilisation sociale est indispensable, voire constitutive de l'insertion professionnelle. Par ailleurs, les assistantes sociales peuvent être en contact avec la famille ou les proches du salarié, tout en représentant un lieu d'écoute privilégié et structurant pour le travailleur handicapé psychique.

Plusieurs assistantes sociales évoquent ce rôle de médiateur :

« Aujourd'hui dans l'entreprise je suis beaucoup de salariés qui souffrent de dépression. Je suis même des gens qui sont chez eux.

Les hiérarchiques demandent souvent des nouvelles et les assistantes sociales font le relais ».

« On est le seul lien lorsque la personne est en dehors de l'entreprise, en arrêt maladie.

Lorsqu'ils sont arrêtés plus de 21 jours, ils reçoivent une lettre de notre part où on leur dit qu'ils peuvent venir nous voir et souvent ils le font ».

Les assistantes sociales constituent donc une ressource stratégique du système mais faiblement utilisée par l'entreprise. Cette faible utilisation, cette incertitude de la présence des assistantes sociales dans la réflexion sur le handicap psychique sont peut être dues au fait que leur légitimité repose sur une proximité relationnelle et non sur une expertise technique.

Pour ces acteurs du médico-social, on peut parler d'équilibrisme dans la mesure où ils doivent jongler entre une expertise relative dans le champ psychiatrique, mais pourtant attendue par les autres acteurs du système, et une proximité avec le salarié handicapé qui les amène à se positionner dans une logique de « protection » du salarié dans l'emploi plus que dans une réflexion par rapport à l'aménagement de poste.

3. Les acteurs de la sphère professionnelle : au cœur d'injonctions paradoxales

Les acteurs de la sphère professionnelle sont caractérisés par différentes variables dans le système : tout d'abord leur proximité physique avec le salarié handicapé psychique, puis leur rôle dans la sphère de production. Ce sont donc à la fois les acteurs quotidiens de la situation de handicap et les garants de l'inscription du salarié dans une problématique d'insertion professionnelle.

a) Les responsables de l'encadrement

Les responsables de l'encadrement peuvent aussi bien être des directeurs opérationnels (chefs d'atelier, ou d'unité), que des responsables des ressources humaines. Ils sont dans un lien de hiérarchie directe avec le salarié. Ils ont une mission de gestion des salariés, d'organisation du travail, de planification et d'encadrement.

De fait, ils travaillent dans une proximité physique et géographique importante avec les salariés et sont donc directement concernés par l'émergence d'un handicap relationnel ou professionnel d'une personne ayant des troubles psychiques. Ils vont être témoins, voire acteurs de l'émergence du handicap. Lorsque le handicap est relationnel, ils doivent faire face à des situations de conflit, d'incompréhension, ou de comportements inadaptés vis-à-vis d'eux ou des autres salariés. Dans le registre professionnel, la question de la participation du salarié handicapé à l'effort collectif de production se pose également à eux. Ils sont dans une certaine mesure, les premiers témoins de l'émergence du handicap sur le lieu de travail.

Dans ce contexte, la position de l'encadrement face au salarié repose tout d'abord sur cette proximité, un vécu commun, le regard en tant que collègue témoin d'une évolution de l'état de santé de la personne.

Leur statut dans l'entreprise les contraint à envisager la situation du salarié par rapport à son insertion professionnelle. Leurs objectifs dans l'entreprise portent sur la production. Ils envisagent donc prioritairement le handicap du salarié par rapport à sa capacité de participation à l'effort collectif. Avec la proximité qui les lie au salarié et leurs possibilités d'organisation du travail, ils élaborent petit à petit des stratégies d'aménagement de poste lorsque la personne revient dans l'emploi. Les efforts d'aménagement de poste reposent moins sur une expertise technique en ressources humaines que sur une réflexion de bon sens, des efforts de compréhension, et une élaboration par tâtonnement avec le salarié. Différents responsables hiérarchiques expliquent comment ils s'y sont pris avec un membre de leur équipe handicapé psychique :

« Il a de grosses difficultés lorsqu'il y a des réorganisations. Il ne gère pas l'urgence, ni les priorités. Moi du coup j'ai interdit à tout le monde de lui donner des consignes pour ne pas qu'il y ait de confusion, il n'y a que moi qui lui donne des consignes. Au début je ne savais pas ce qu'il avait, il faut essayer de comprendre son univers mais moi j'oublie jamais qu'il est handicapé et qu'il a des besoins particuliers ».

« Bien évidemment on se doit d'être le plus clair possible dans ses objectifs, car finalement c'est une espèce de contrat, mais je dirai que pour lui...il se peut que parfois on soit dans des périodes un peu indécises avec des objectifs très flous, et il a exprimé clairement qu'il souhaitait qu'on lui formule des objectifs précis car je pense que quelque part ça le rassure. Je l'ai compris comme ça. C'est comme ça que j'ai fonctionné ».

Ces aménagements de poste s'inscrivent dans une logique d'encadrement individualisé. A partir de l'expérience auprès du salarié et des échanges avec celui-ci le poste de travail peut être réorganisé en collaboration entre le responsable et la personne handicapée. Les exemples donnés par ces responsables portent essentiellement sur l'encadrement des hommes, mais certaines initiatives portent également sur la tâche en elle-même : organisation des missions, contenu du travail, délais... Ces initiatives ponctuelles de certains responsables ne peuvent être généralisées à l'ensemble des ressources humaines. Les personnes qui ont accepté de faire part de leur expérience en entretien sont celles qui se sentent concernées et impliquées, d'où leur capacité d'initiative par rapport au maintien dans l'emploi. Ce sont des personnes qui s'impliquent dans une compréhension du handicap :

« Ce qui s'est passé, c'est que chaque fois qu'ils parlaient à la télé de la bi-polarité, j'écoutais, donc j'en ai écouté plusieurs, tous les articles que je peux lire, j'essaie de comprendre. Par exemple ça m'a aidé dans ce que j'ai pu dire au directeur, comme je savais un petit peu de quoi il en retournait, je savais quels étaient les dangers... »

Cette démarche locale d'apprentissage autour de la situation de handicap en partenariat avec le salarié, est envisageable dans une relation de proximité et de relative autonomie du responsable hiérarchique par rapport à ses objectifs de production. Certaines situations révèlent les limites des responsables hiérarchiques par rapport à l'organisation du travail. En effet, leur expertise dans le champ des ressources humaines est réelle pour les responsables et les directeurs, mais est relative dans certains cas d'encadrement d'unités opérationnelles. La priorité pour le responsable est alors d'atteindre ses objectifs de production, et le salarié handicapé psychique est perçu comme une entrave à l'effort collectif. Le cas du salarié handicapé psychique est alors envisagé en termes de guérison.

Dans le système, les responsables de l'encadrement sont de fait acteurs, dans la mesure où ce sont les premiers concernés par le maintien dans l'emploi. Ceci va avoir un impact sur l'organisation de l'équipe de travail et la production. Par ailleurs, ce sont eux qui vont légitimer le processus de maintien dans l'emploi par leur responsabilité d'encadrement.

Les médecins et assistantes sociales remarquent souvent une grande implication des responsables hiérarchiques du salarié dans son maintien dans l'emploi. Ils parlent même de « *surinvestissement* » dans la situation. Leur proximité avec le salarié les amène parfois à s'impliquer activement auprès du salarié afin de l'aider à surmonter ses difficultés. Dans ces situations, ils font peu appel aux autres acteurs du système et avec le temps, on observe des phénomènes de saturation, d'épuisement et de lassitude lorsque la situation du salarié handicapé ne s'améliore pas, malgré l'implication personnelle du responsable. Contraints par des exigences de production et d'efficacité et confrontés à leurs limites face à un salarié ayant des difficultés relationnelles et/ou professionnelles, certains responsables expriment une souffrance psychique importante dans l'entreprise.

Par ailleurs, certaines situations de troubles paranoïaques, de sentiment de persécutions, de troubles du comportement spectaculaires génèrent un malaise important des responsables hiérarchiques. Ils se sentent démunis et désarmés face à la manifestation des troubles. Dans ces cas là, la réflexion par rapport au maintien dans l'emploi peut être subie par les responsables, qui souffrent parfois de n'être pas entendus par leurs supérieurs face à une situation qu'ils considèrent comme inacceptable.

Les responsables mobilisent alors le système autour du salarié handicapé pour se décharger en partie de leur responsabilité. Les autres acteurs du système peuvent être sollicités soit pour prendre le relais par rapport à une mission d'accompagnement, soit pour rechercher des éléments de compréhension face à l'attitude mystérieuse ou surprenante du salarié. Les autres acteurs sont souvent perçus comme des relais par rapport à la proximité quotidienne avec le salarié :

« Avant il y avait monsieur Armand, c'était celui qui s'occupait des travailleurs handicapés, un ancien mécano devenu psychologue. C'était un peu comme un parrain. Dès qu'il avait un problème il pouvait aller le voir, il l'écoutait c'était son boulot. Puis il est parti et pendant un an on a rien eu. Ça a été l'année la pire, c'est là où il menaçait de se suicider. J'ai dû faire des pieds et des mains pour qu'il soit suivi.

Le médical ça m'a servi à me décharger de mes responsabilités par rapport à ses tentatives de suicide. Ils m'ont aidé en m'expliquant comment il fonctionnait. Je ne savais pas par exemple qu'il compte tout le temps ses pas donc ça posait des problèmes le jour où on a réorganisé l'établissement.

L'assistante sociale, il y a un aspect matériel, elle n'est pas éducatrice non plus. Elle a surtout été efficace pour son dossier de logement ».

Les responsables de l'encadrement attendent des acteurs, notamment de ceux du médico-social, une expertise notamment médicale afin de lever l'incertitude liée à l'évolution de la santé de la personne et identifier les capacités de la personne. Considérant les limites d'évaluation de ces professionnels par rapport au maintien dans l'emploi, certains signalent une rupture franche avec la médecine du travail. Ils expriment un différend de culture de métier et s'affichent dans une logique de camp dans la réflexion par rapport au maintien dans l'emploi : ceux qui seraient du côté de l'entreprise, et ceux du côté du salarié.

« Les médecins du travail et une assistante sociale font partie du comité de suivi de l'accord, donc on se voit. Ils apportent leur concours sur certains dossiers afin d'aider au niveau professionnel ou extra-

professionnel. On a de bonnes relations, ils parlent librement, quand ils ont des choses à dire où qu'ils ne sont pas satisfaits. Bon c'est vrai que eux ils sont plus là pour défendre la problématique des malades et nous souvent plus du côté de l'entreprise mais ça va ».

La question que les responsables hiérarchiques posent à propos du maintien dans l'emploi du salarié, est celle de leur responsabilité vis-à-vis des salariés et de l'ensemble de l'équipe. En effet, ils se sentent garants des conditions de travail pour l'ensemble de l'équipe, et ne conçoivent pas le maintien dans l'emploi d'un salarié handicapé psychique comme dissocié du collectif de production et surtout détaché de l'idée d'une prise de risque :

« Aujourd'hui sa réinsertion, c'est un risque que j'aurai du mal à prendre surtout après ça. On ne met pas uniquement en cause la production, c'est aussi la santé psychique des autres agents qui est en jeu. Là, on a mis des agents en danger.

En plus quand on fait du maintien on essaie de les mettre sur des emplois adaptés à leurs capacités diminuées, mais pour eux c'est très dur à accepter ou bien de revenir sur leur poste et de s'apercevoir qu'ils ne peuvent plus en faire autant. En plus l'environnement, les collègues ne retrouvent pas la même personne et c'est très dur.

Nous on essaie au niveau de l'embauche de chercher ce dont on a besoin en termes de compétences. Il ne faut pas que adapter le travail mais aussi le poste de travail. Ca les personnes handicapées l'acceptent et le comprennent mais parfois il y a des tensions par rapport à la médecine du travail. Les personnes handicapées ne demandent pas à être assistées mais aidées».

C'est toute la dimension relationnelle, et la gestion humaine du handicap psychique qui est mise en avant comme élément d'incertitude générant une prise de risque qui n'est pas nécessairement bien perçue par les responsables des ressources humaines.

b) Les correspondants handicap

Les correspondants handicap sont généralement des acteurs des ressources humaines responsables de l'application de l'accord d'entreprise en faveur des personnes handicapées sur le terrain. Ils ont connaissance des objectifs de l'entreprise et sont responsables du suivi des salariés handicapés au niveau de leur établissement, région, ou unité opérationnelle selon les entreprises.

C'est souvent plus du fait de leur mission de ressources humaines que de celles liées à la politique du handicap qu'ils sont dans une certaine proximité vis-à-vis du salarié handicapé :

« Moi aujourd'hui elle me contacte toujours quand elle a un problème, elle passe par moi. C'est arrivé par exemple qu'elle me fasse part de son ennui au travail, et c'est moi qui aie incité une rencontre entre elle et sa RRH. Aujourd'hui elle sait que je suis correspondante TH donc elle hésite encore moins ».

Ils sont à la disposition du salarié et peuvent mobiliser les outils et dispositifs mis en place par l'entreprise. La difficulté face aux salariés atteints de troubles psychiques est leur faible taux de reconnaissance administrative de leur handicap. Or, cette reconnaissance est la plupart du temps la condition incontournable de l'accès au dispositif. Lorsque le salarié bénéficie d'une reconnaissance, cet acteur est celui qui va légitimer la mobilisation du dispositif pour le maintien dans l'emploi et surtout la valorisation du processus par rapport à la politique de l'entreprise. Un correspondant explique comment il a été le moteur d'une mobilisation autour d'un salarié handicapé psychique :

« Oui, c'est-à-dire que en tant que responsable de la politique handicap et porte-parole du groupe, j'ai fait un message au directeur de l'unité qui est venu m'en parler. Ensuite il a pris contact avec notre médecin du travail, et à partir de ce moment-là ils ont été sensibilisés à ce handicap et aux problèmes de ce salarié. Et une prise en compte de sa maladie en fait : parce que le problème il est : « comment on reconnaît cette maladie et comment on la gère après ? »

Par rapport au handicap psychique, les correspondants n'ont pas plus d'expertise que les autres acteurs du système. Leur expertise se situe au niveau des outils en faveur de l'insertion des travailleurs handicapés telles que les aides à la formation, à l'accessibilité, aux transports et les dispositifs d'accompagnement.

Au regard d'une inexpérience face aux troubles psychiques, les correspondants handicap observent une inadéquation des dispositifs à ce handicap spécifique et expriment un sentiment d'impuissance malgré leur mission et leur bonne volonté :

« Pour moi c'est quelque chose de positif parce que ça m'a permis de connaître cette maladie que je ne connaissais pas et d'y être sensible, et puis ça apprend toujours sur soi d'essayer d'écouter les autres. Par contre on se rend compte qu'on ne peut pas faire grand chose...il y a quand même une hypocrisie. Il y a des accord nationaux des accords locaux mais quand on voit comment ils sont faits localement...dans la plupart des unités c'est quand même pris comme une obligation, une contrainte, donc pour le porter c'est difficile ».

Dans le système, on fait appel à eux pour avoir un conseil, une expertise par rapport à l'aménagement de poste et ils permettent d'inscrire cette réflexion dans une démarche politique à plus grande échelle. Cependant, leurs ressources par rapport à cette question semblent limitées et, selon leur sensibilité, ils se positionnent plus comme des accompagnants du salarié, que des experts de l'insertion professionnelle. Face aux troubles psychiques, ils ont donc plus facilement le réflexe de solliciter les acteurs du médico-social en cas de difficultés :

« Enfin de toute façon quand je vois qu'il est très mal et que je ne sais pas comment faire, j'appelle tout de suite le médecin du travail. C'est déjà arrivé pour d'autres, dans d'autres circonstances, et si il y a le moindre problème moi je passe un coup de fil. C'est un réflexe, il n'est pas question que je me substitue ».

Par ailleurs, les correspondants handicap ne sont quasiment jamais cités par les responsables de l'encadrement ou les médecins comme un interlocuteur privilégié face à un salarié déclarant des troubles psychiques. Dans un premier temps, c'est le traitement médical des difficultés du salarié qui est privilégié. Le correspondant handicap est donc un acteur de second plan dans le processus de maintien dans l'emploi.

Ils ont essentiellement un rôle d'inscription de l'effort de maintien dans l'emploi dans une problématique de politique d'entreprise et de mobilisation du dispositif en faveur des travailleurs handicapés. Leur légitimité est relative selon que le maintien dans l'emploi se fait dans une logique professionnelle et des considérations politiques, ou une logique médicale d'accompagnement du salarié.

c) Les collègues de travail

Les collègues de travail sont légitimement des acteurs du système autour du maintien dans l'emploi par la proximité qu'ils ont avec le salarié. Ce n'est pas leur expertise dans la sphère médico-sociale ou la sphère professionnelle des ressources humaines qui les amène à intervenir. C'est leur proximité relationnelle et organisationnelle qui les rend acteurs de la situation de handicap et donc de la situation de maintien dans l'emploi. Du fait du caractère relationnel du handicap psychique qui émerge dans la rencontre et la dimension humaine de l'entreprise, ils participent à la situation de fragilité du salarié dans son poste. Ils peuvent être en situation de conflit ouvert avec le salarié ou bien subir les tensions de l'équipe face à des comportements inattendus et qui sortent de l'ordinaire. Ils participent au signalement de difficultés du salarié sur son poste et prennent souvent le relais au niveau professionnel lorsque les troubles émergent pour la première fois.

Comme le souligne A. Blanc dans son étude sur les conditions d'insertion professionnelle de personnes handicapées par la maladie mentale (1996), ils interviennent dans le handicap du fait des compétences relationnelles qui sont fragilisées par le handicap psychique : « en outre, le thème des capacités de compréhension des travailleurs handicapés est un autre thème dominant. Réduites, elles influent sur les capacités relationnelles des travailleurs mais aussi participent de la difficulté qu'ont les collègues de travail à construire avec eux des relations. Ce faisant, dans l'accueil et la compréhension des travailleurs handicapés par la maladie mentale, l'action des collègues est très largement souhaitée et valorisée. Ainsi, les personnes interrogées indiquent que le regard porté sur elles est un moment de leur évolution » (*op. cit.* p. 27).

C'est donc à la fois le miroir qu'ils renvoient au salarié qui va intervenir par rapport à son maintien, mais aussi leur capacité d'ajustement professionnel qui va se jouer. En effet, dans un premier temps, ils assurent parfois le suivi des tâches du salarié handicapé lorsque celui-ci est absent. Par la suite, dans des situations de réorganisation du poste, ils sont parfois amenés à revoir leur façon de travailler.

Tout comme les responsables des ressources humaines, certains collègues particulièrement proches du salarié depuis plusieurs années investissent particulièrement son maintien dans l'emploi. Ils deviennent alors des acteurs à part entière du processus. La réflexion, et l'accompagnement du salarié handicapé sont perçus comme une plus-value, un enrichissement personnel et pour l'entreprise. Ils se projettent également dans la situation de leur collègue en imaginant que s'ils rencontraient les mêmes difficultés ils auraient souhaité que l'entreprise réagisse de la sorte.

Dans d'autres situations où le handicap a largement entravé les compétences relationnelles du salarié et a fait peser une charge de travail supplémentaire importante sur les collègues, il peut apparaître une souffrance collective.

La participation au système d'acteurs autour du maintien dans l'emploi est donc une façon de s'approprier une démarche qui peut être valorisée soit individuellement, soit au niveau de l'entreprise. A l'inverse, le maintien dans l'emploi d'un salarié imposé à une équipe non-consentante est vécu de façon subie et plutôt sur un mode conflictuel, à la fois avec le salarié et avec les responsables hiérarchiques. Le salarié handicapé est alors isolé et son intégration est vécue comme une contrainte par l'équipe de travail.

Ce qui caractérise l'ensemble de ces acteurs mobilisés dans le système en faveur du maintien dans l'emploi est l'ambiguïté de leur attitude vis-à-vis du salarié. Les objectifs professionnels et les exigences de production que l'entreprise fait peser sur eux ne les invitent guère à une mobilisation favorable autour d'un salarié qui, du fait de ses troubles, rencontre des difficultés professionnelles. Par ailleurs, leur incompétence sur le plan de la santé mentale génère parfois une incompréhension face aux comportements du salarié. Malgré tout, leur proximité physique et relationnelle avec le salarié, leur sensibilité personnelle, et l'attachement à des valeurs de solidarité dans l'entreprise, les poussent souvent à s'impliquer dans le parcours du salarié pour l'aider à surmonter ses difficultés professionnelles. Ils s'investissent alors dans une relation affective avec le salarié, qui aboutit parfois à une exaspération ou un rejet lorsqu'ils se confrontent aux limites de leurs compétences d'accompagnement. Ils sont au cœur d'injonctions paradoxales entre leur sensibilité personnelle et leur proximité avec le salarié, et leur faible expertise et autonomie face à la question de l'aménagement de poste et du maintien dans l'emploi d'un salarié handicapé psychique. Un responsable hiérarchique résume cette proximité affective avec un salarié handicapé psychique :

« Pour moi c'est quelqu'un qui est très curieux, qui s'intéresse à beaucoup de choses, il a des activités extra professionnelles, de la peinture, c'est pas mal, il fait de la voile, aussi, il a une propension à aller vers les autres, dans l'équipe il a une très bonne relation aux autres. Donc moi je l'ai pris parce que je considérais que l'on a pas le droit de laisser tomber des gens comme ça. Et puis malgré tout, c'est quelqu'un d'attachant. »

4. Les conseillers techniques

Ce sont les acteurs du réseau dont la place dans le système se justifie par une expertise pointue dans un domaine précis posé par le maintien dans l'emploi. Ils interviennent ponctuellement dans le dispositif, ne sont pas directement liés aux autres acteurs du système. Ils entrent dans la dynamique collective le plus souvent de façon ponctuelle, soit auprès du salarié, soit en tant que conseiller pour les autres acteurs.

a) Les psychiatres : des électrons libres

La présence d'un psychiatre dans l'entreprise n'est pas systématique. Dans les cinq entreprises concernées par cette étude, seules trois d'entre elles comptent un psychiatre à temps partiel dans leurs effectifs.

Une de leur mission s'inscrit dans l'évaluation et l'aptitude au travail. Ils peuvent être un appui technique pour la médecine du travail et les acteurs du médico-social :

« Mon rôle c'est d'être un consultant pour le médecin du travail. Ils me demandent un avis spécialisé notamment par rapport à l'embauche et aussi sur la capacité d'adaptation.

Lors de l'embauche, il y a une visite médicale d'aptitude et quand ils arrivent ici ils sont déjà presque embauchés. Ici on voit si c'est pas déstabilisant pour la personne et on voit si l'entreprise peut attendre du travail d'eux. Cela pose bien sûr la question des limites ».

« C'est comme un consultant externe. Je suis psychiatre vacataire à EDF au service d'appui à la santé au travail ».

Ils jouent le rôle de conseiller et c'est leur expertise médicale qui est sollicitée, leur compétence d'évaluation de l'état de la personne. Ce sont les médecins qui font appel à eux, ou qui orientent le salarié pour avoir un avis complémentaire. C'est face à des cas critiques de salariés dans l'entreprise qu'ils interviennent pour lever certaines incompréhensions ou dénouer des situations où les acteurs directs du maintien dans l'emploi se considèrent impuissants :

« Moi je ne vois pas directement les salariés, en fait je les vois à travers la médecine du travail, les assistantes sociales, les infirmiers qui me parlent des troubles des agents. Ma mission c'est d'aider les médecins du travail pour régler les problèmes psychiatriques des agents de l'entreprise.

Je suis donc à leur disposition et ils peuvent m'appeler tout le temps ».

Dans ces cas-là, il peut réellement être sollicité dans une logique de maintien dans l'emploi et de réflexion collective sur l'aménagement de poste :

« En plus j'organise des réunions à Paris et en Province : pour les médecins du travail, les assistantes sociales, les infirmiers où on évoque le cas d'agents ce qui en évoque d'autres par ailleurs car ce sont souvent les mêmes problèmes, des problèmes de compétences, des problèmes de relation au groupe de travail. Il y a une difficulté à tenir son poste pour des raisons psychiatriques pour des questions d'efficience ou de relation ».

Face à des situations de salariés souffrant par exemple de troubles paranoïaques impliquant leur entourage professionnel, et nourrissant un enfer relationnel aliénant, le psychiatre replace le comportement de la personne dans le registre de la pathologie et non plus uniquement dans un registre affectif.

Ils interviennent donc face aux limites de l'expertise médicale des acteurs du médico-social. Dans ce cadre, ils peuvent être amenés ponctuellement à rencontrer le salarié.

Certains peuvent avoir pour mission de recevoir les salariés qui en expriment le besoin ou la volonté. Ils sont alors à leur disposition et proposent un espace d'écoute sur le lieu de travail pour ceux confrontés à des troubles psychiques. Le psychiatre ne se positionne pas dans une relation thérapeutique. Il va répondre à une situation d'urgence ou de crise, mais en aucun cas assurer un suivi du salarié. Il représente dans ces cas-là une première approche de la psychiatrie pour le salarié et il l'oriente vers des services de soin à l'extérieur de l'hôpital.

Les psychiatres sont donc avant tout des experts techniques du comportement et de la pathologie psychique. C'est leur légitimité dans le système. Ils ne sont rattachés à aucune hiérarchie directe, ils sont souvent des vacataires dans l'entreprise et interviennent en parfaite autonomie autour de leur connaissance des troubles psychiatriques.

Leur proximité avec les salariés est faible à plusieurs niveaux. Physiquement, ils sont rarement repérés et dans de grandes entreprises dont les effectifs sont répartis sur l'ensemble du territoire, ils ne peuvent se rapprocher des salariés. D'un point de vue structurel et organisationnel, ils sont isolés même par rapport aux services sociaux qui eux sont décentralisés. Paradoxalement, ils maintiennent malgré tout une proximité de l'entreprise avec l'univers de la psychiatrie. En effet, leur présence au sein de l'entreprise permet d'être une première accroche vers le soin pour des personnes qui refusent tout traitement. Leur connaissance de l'entreprise facilite l'accès à la psychiatrie pour des personnes peu familières avec l'univers médical et leur rôle d'orientation est primordial dans certaines situations de déni.

Ce sont des acteurs ponctuels du système, dans la mesure où ils ne font partie d'aucune procédure d'évaluation de l'aptitude ou de reclassement, ni de réunion ou conférences sanitaires ou de maintien dans l'emploi. Ils n'apportent qu'un regard expert complémentaire sur une situation spécifique. Par ailleurs, ils ne suivent pas dans le temps le salarié ou son parcours de maintien dans l'emploi.

Cet acteur du système est faiblement mobilisé par les autres acteurs sauf en cas d'urgence, d'accident ou de crise particulière. Ainsi la mission des psychiatres à la SNCF ou à Air France, par exemple, est à l'origine définie autour de l'accompagnement de salariés ou clients à des accidents graves de transport. Du fait de ces représentations liées à l'urgence, le psychiatre est très rarement cité comme un interlocuteur privilégié face au maintien dans l'emploi d'un salarié handicapé psychique (seulement 5 fois sur l'ensemble des questionnaires auprès des médecins du travail et responsables de l'encadrement). Sa qualité d'expert l'inscrit dans une problématique médicale éloignée des préoccupations quotidiennes de l'entreprise. Pourtant, son intervention peut dans certaines situations être perçue comme une garantie au sentiment de prise de risques de certains professionnels des ressources humaines ou du médecin du travail. L'explication des troubles et la désignation des comportements sont décisifs pour rassurer l'environnement de travail et lever le sentiment d'incompréhension ou d'incertitude lié à la manifestation des troubles psychiques.

b) L'étayage des psychologues

Les grandes entreprises engagées dans des politiques sociales étoffées font parfois appel à des psychologues dans le cadre de la protection des salariés. Ces psychologues sont rarement des permanents de l'entreprise et sont engagés pour des vacations. Parfois, ce sont des salariés permanents des services médico-sociaux et ils travaillent alors avec les psychiatres et les assistantes sociales.

Ces experts de la santé mentale offrent un lieu d'accueil et d'écoute pour les salariés en souffrance psychique ou en demande de conseils. Leur mission première est directement tournée vers les salariés. Ils ne se positionnent pas en thérapeutes, dans la mesure où leur objectif n'est pas le soin et ne se situent pas dans le long terme. Ils se perçoivent plus dans une « *relation de soutien psychologique* » :
« *J'ai une approche différente. Je fais du soutien psychologique. C'est pas un travail thérapeutique. C'est pour aider les personnes qui ont des difficultés à recréer des liens car les difficultés qu'ils ont ce sont des difficultés relationnelles* ».

C'est un espace où les difficultés et la souffrance de la personne peuvent s'exprimer, où le handicap, notamment relationnel, peut exister et où les difficultés, questions, incompréhensions du salarié sont prises en considération. Ces considérations personnelles qui ne sont pas nécessairement légitimes dans le collectif de travail regroupé autour d'une tâche professionnelle, trouvent ici un écho.

En ce sens, certains psychologues décrivent leur mission comme un espace d'expression du handicap et des difficultés relationnelles ou personnelles, afin de décharger le lieu de travail du malaise généré par le comportement singulier du salarié :

« Mais nous on passe un contrat avec le salarié : ici il a le droit de pleurer, mais pas sur son lieu de travail. Il faut recadrer les rôles de chacun dans l'entreprise ».

C'est en quelque sorte un espace de relégation de la souffrance ou des difficultés psychiques qui participent au handicap, garantissant alors un comportement considéré comme « normal » du salarié sur le lieu de travail. Cette représentation repose sur l'idée que le handicap peut être clivé dans le temps et l'espace.

Leur intervention est sollicitée soit pour accompagner un salarié suite à une longue période d'arrêt maladie pour cause de troubles psychiatriques, soit dans la situation spécifique d'un salarié qui manifeste des troubles relationnels sur le lieu de travail, qui est apte à son poste de travail mais pour lequel l'entreprise considère que le maintien dans l'emploi ne peut se faire sans un travail de tutorat : *« ça reste du cas par cas, mais c'est vrai que c'est surtout de l'étayage et de la revalorisation. Ça dépasse le simple suivi. On voit les salariés jusqu'à leur reprise de poste, puis toute la période d'adaptation qui peut être plus ou moins longue selon les gens. Les salariés viennent sur leur temps privé ».*

Le psychologue fait alors un travail de réassurance du salarié, pour compenser la perte de confiance en soi caractéristique des principaux troubles psychiques.

Tout comme les assistantes sociales, ils sont à la disposition du salarié, sans obligations particulières, et sont parfois le seul interlocuteur de l'entreprise pour le salarié lorsque celui-ci est en arrêt maladie. Ils ne sont donc pas nécessairement dans une proximité physique importante avec le salarié, mais lorsqu'ils sont sollicités, une proximité relationnelle importante se construit souvent dans le temps.

Le témoignage de cette psychologue montre comment leur intervention s'apparente à celle d'un tuteur. Le tuteur est celui qui permet pendant un temps de solidifier une structure fragile, en l'occurrence psychiquement. En ce sens, ils participent à une reconsidération du salarié dans une logique professionnelle, dans une logique d'attente de l'entreprise vis-à-vis du salarié :

« Ce salarié, par exemple il fait du chantage, il crée des inquiétudes lorsqu'il menace de se suicider par exemple. A un moment ils ont pensé à son retour en CAT. Le tutorat permet alors une re-mobilisation autour de la personne et c'est ainsi que l'on a pu faire passer ses formations.

Moi mon travail aussi c'est de faire du lien, notamment avec le RH. Parce que souvent le salarié n'ose pas demander des choses, des formations, ou des informations donc il passe par moi ».

Par rapport aux autres acteurs du système, l'enjeu de leur intervention se situe à plusieurs niveaux.

Tout d'abord celui d'une réinscription du salarié dans le système. En effet, l'émergence de la pathologie et des troubles, associées à des arrêts maladie, génèrent souvent une mise à l'écart du salarié dans le système d'acteurs mobilisés autour de son maintien dans l'emploi. Tout en considérant la dimension médicale ou pathologique du handicap, l'intervention du psychologue ramène la problématique du salarié dans une logique professionnelle et de maintien dans l'emploi.

Par ailleurs, ils représentent un appui technique pour les autres acteurs du système, notamment les responsables de l'encadrement, qui le sollicitent par rapport à leur expertise relationnelle et comportementale dans le champ de la santé mentale :

« L'encadrement nous appelle lorsqu'ils ont des difficultés avec un salarié. On fait un point avec eux, on les fait parler, exprimer leurs difficultés, on leur donne des pistes : ne jamais toucher un parano, toujours tenir ses promesses, informer de l'état d'avancement du dossier même si ça n'a pas avancé..., on leur propose de conseiller au salarié de venir nous voir, ou bien on leur dit d'en parler au médecin ».

Ils reconsidèrent donc le handicap du salarié dans un espace relationnel, et par là-même, reconnaissent la souffrance et l'impuissance de l'environnement de travail face à une personne ayant des troubles du comportement comme légitime.

Malgré tout, leur mission d'accompagnement du salarié peut s'apparenter à un espace de déresponsabilisation de la question du maintien dans l'emploi. Non officiellement intégré dans les réunions dédiées au maintien ou au reclassement, la mission du psychologue s'inscrit prioritairement dans une logique de tête-à-tête avec le salarié. Considérant la prise en charge par le psychologue, les autres acteurs du système sont tentés de ne plus s'investir ou prendre leur responsabilité par rapport à une réflexion sur le maintien dans l'emploi et l'aménagement de poste. Par ailleurs, ils peuvent s'inscrire dans une relation de rivalité avec les médecins du travail ou les psychiatres qui se sentent mis en porte à faux par rapport à leur expertise dans le champ de la santé mentale. Une psychologue illustre les tensions qui peuvent exister :

« Un salarié voulait vraiment mourir, je l'ai envoyé vers le médecin du travail et le psychiatre de l'entreprise pour un traitement. Il y a eu de grosses difficultés sur son reclassement car le médecin était vexé de n'avoir pas diagnostiqué la dépression. Or c'était un concours de circonstances, mais globalement les médecins préfèrent travailler avec les psychiatres. Il y a des tensions autour de l'expertise or les médecins font souvent des raccourcis, ils n'ont pas forcément une grande connaissance de la maladie mentale ».

C'est la complexité de l'expertise et les limites de la prise en charge psychiatrique et psychologique dans l'environnement de travail qui est mise en jeu dans le système.

c) Les organisations syndicales : des modérateurs ?

Les partenaires sociaux, et plus particulièrement les Comités d'hygiène et de sécurité des conditions de travail (CHSCT) et les organisations syndicales, peuvent jouer un rôle important dans le système d'acteur mobilisé autour du maintien dans l'emploi. Tout comme les psychiatres ou psychologues, leur place n'est pas celle d'une proximité avec le salarié handicapé. Ils ne côtoient pas le salarié au quotidien et ne participent pas directement à sa situation de handicap relationnel ou professionnel.

En revanche, ils peuvent prétendre à une expertise importante au niveau juridique. En ce sens, ils replacent la question de l'émergence des troubles et du handicap non pas uniquement dans une perspective affective et relationnelle, mais dans une logique politique et d'obligation légale. Leur connaissance de la politique de l'entreprise en faveur des travailleurs handicapés et des règles de protection des salariés invite à un déplacement de la question du maintien dans l'emploi dans une perspective d'aménagement du poste de travail ou de reclassement.

Ils jouent donc souvent le rôle d'alerte vis-à-vis de l'entreprise qui ne respecterait pas l'obligation de reclassement où l'interdiction de licenciement pour raisons médicales (sauf inaptitude à l'emploi reconnue par le médecin du travail).

C'est en général le salarié qui fait appel aux organisations syndicales, et les inclut dans le dispositif de maintien dans l'emploi. Face à un sentiment de fragilité de son emploi, d'injustice ou dans une situation de conflit avec l'employeur, le salarié vient chercher auprès de l'organisation syndicale un moyen de faire pression pour assurer son maintien dans l'emploi.

Ce sont donc des acteurs du signalement des difficultés d'un salarié dans le système. Par ailleurs, ils peuvent être force de proposition quant aux possibilités d'aménagement de poste ou de maintien dans l'emploi. Cependant, leurs faible expertise et connaissance du handicap psychique les mettent tout autant face à un sentiment d'impuissance que les responsables des ressources humaines. Les propositions d'aménagements de poste ou de reclassement sont souvent inexistantes.

La question de leur place dans le système est particulière, dans la mesure où se joue parfois autour du maintien dans l'emploi de salariés handicapés psychiques des conflits qui dépassent largement la situation de la personne. Les enjeux stratégiques par rapport à la politique de la direction et aux autres organisations syndicales prennent le pas sur l'accompagnement de la personne. Le sentiment de persécution ou d'injustice propres aux troubles paranoïaques poussent la personne handicapée dans une logique vindicative qui peut être récupérée par les organisations syndicales. Dans ce contexte, la question du maintien dans l'emploi se limite à une question politique et de lutte de pouvoir.

Dans le même temps, toujours face à des troubles de type paranoïaques, certains acteurs du système, comme les médecins, se servent des organisations syndicales pour replacer les revendications du salarié dans une logique réaliste. La perception d'un correspondant handicap est la suivante :

« Au début ils relaient la parano mais finalement ce sont aussi des modérateurs ».

Paradoxalement, ils peuvent être perçus comme des régulateurs dans une situation de conflit avec l'employeur.

Par ailleurs, leur connaissance de l'entreprise et la diversité des réseaux dans lesquels ils s'inscrivent, poussent les acteurs du système à envisager le maintien dans l'emploi dans une sphère plus élargie que celle du service et à innover en termes de pratiques de gestion des ressources humaines.

B. La dynamique collective du maintien dans l'emploi

1. Une dynamique à double entrée

a) La nature des relations des acteurs du système

Un des éléments déterminant la problématique interactionniste du maintien dans l'emploi est celui de la nature des relations entre les acteurs du système. Différents éléments vont caractériser ces relations.

La fréquence des relations est un des éléments du système. Les acteurs peuvent être amenés à se rencontrer de façon espacée. C'est le cas de réunions spécifiquement dédiées aux situations de maintien dans l'emploi et de reclassements de salariés à la SNCF qui ont lieu tous les trimestres. L'ensemble des cas y est traité de façon systématique. A l'inverse, le système d'interaction peut reposer sur des réunions improvisées et à l'initiative d'un des acteurs. Il s'agit alors de traiter spécifiquement d'un cas précis. Les rencontres peuvent également être particulièrement soutenues lorsque les acteurs du système sont dans une proximité physique ou relationnelle. Dans ces cas, la question de la réflexion commune sur le salarié est vécue dans une quasi quotidienneté. Les différents acteurs échangent alors les informations ou les questions par téléphone, par mail, ou en face à face.

La dynamique du système repose également sur la qualité des interactions. Ils peuvent se rencontrer tous ensemble lorsque le maintien dans l'emploi s'inscrit dans une procédure formalisée ou à la demande d'un des acteurs du système. Les cas sont rares où la totalité des acteurs observés dans le système se rencontrent en même temps. Ces regroupements s'organisent généralement autour du médecin du travail, du responsable des ressources humaines, du correspondant handicap et éventuellement du supérieur hiérarchique, de l'assistante sociale ou du psychologue. Au noyau dur d'acteurs dans une proximité avec le salarié viennent éventuellement se greffer des acteurs susceptibles d'intervenir dans le processus de maintien dans l'emploi. Dans d'autres situations, les acteurs concernés par le maintien ne se rencontrent jamais en même temps. La dynamique du système repose alors sur des rencontres ou des interactions en tête-à-tête avec le salarié et entre eux. L'enjeu est alors l'accompagnement simultané du salarié par l'ensemble des acteurs du système, selon les compétences de chacun. Il arrive également qu'il n'y ait quasiment pas d'interactions entre les différents acteurs. Ce sont alors les différentes interactions du salarié avec chacun des membres de l'entourage professionnel qui vont déterminer la mobilisation des acteurs du système.

C'est également le mode d'interaction sur lequel s'appuie le système du maintien qui va dicter la nature du processus. Les rencontres peuvent se faire sur un mode coercitif : c'est le cas des procédures de reclassement, qui définissent l'obligation de se réunir autour des situations de salariés. C'est également dans une logique professionnelle de confrontation des expertises et d'appui ou de soutien que les acteurs sont amenés à intervenir : c'est le cas de certains responsables de l'encadrement qui font appel au médecin du travail pour rechercher une compréhension d'une situation médicale d'un salarié, ou

bien de médecins qui exposent un cas à un psychiatre ou une assistante sociale pour avoir une vision plus complète de la situation. Les relations au sein du système peuvent également être sous-tendues par une dimension conflictuelle, lorsque les acteurs n'ont pas la même analyse de la situation ou le même objectif par rapport à l'accompagnement du salarié : c'est le cas entre certains médecins du travail et responsables des ressources humaines ou des partenaires sociaux avec les acteurs du médico-social.

L'ensemble de ces caractéristiques va déterminer la dynamique interactionniste du système. Une fréquence soutenue des interactions, dans une dynamique collective et de transmission avec une cohésion professionnelle, vont permettre une cohésion entre les acteurs du système et une intensité dans le processus de maintien dans l'emploi. Elles seront symbolisées par les signes ++.

A l'inverse, des interactions rares et ponctuelles, voire conflictuelles, vont isoler les différents acteurs du système. La cohésion est faible et la dynamique du système est alors discontinuée autour du salarié. Elle est symbolisée par les signes --.

Au milieu (+/-), on observe une dynamique intermédiaire, où les rencontres ne sont pas nécessairement très fréquentes, mais l'ensemble des acteurs est mobilisé, même s'ils ne s'accordent pas toujours sur le processus de maintien et les solutions à apporter au salarié. Leurs objectifs ne sont pas toujours les mêmes.

b) La participation du salarié handicapé psychique au système

La participation du salarié handicapé dans le système détermine également la dynamique autour de lui. Paradoxalement, sa position au cœur du collectif d'acteurs n'est pas systématique. Dans certains cas, le salarié ne participe pas du tout à une réflexion sur son maintien dans l'emploi ou à l'aménagement de son poste. Parfois, il est totalement présent dans le processus, au point d'éclipser les autres acteurs du système. Différents éléments vont déterminer une plus ou moins grande participation de celui-ci au système d'interaction.

Tout d'abord la reconnaissance ou non de sa maladie. Dans des cas de déni total de la maladie ou des troubles, le salarié n'a pas nécessairement conscience de ses difficultés professionnelles et de la situation de handicap professionnel ou relationnel dans lequel il se trouve. Il n'a pas de recul pour participer à une réflexion sur son maintien dans l'emploi et, s'il y participe, c'est le plus souvent sur un mode de revendication par rapport à ses conditions de travail.

Inversement, son autonomie, la connaissance de ses troubles et sa capacité à exprimer ses besoins déterminent grandement sa participation au système. Connaissant ses limites ou difficultés, le salarié va solliciter des acteurs différents dans le système et par l'information qu'il transmet sur son handicap, il va les inviter à se mobiliser et insuffler une réflexion sur son maintien dans l'emploi. A cet égard, les personnes handicapées psychiques sont particulièrement inégales. Tandis que certains vont totalement s'approprier leurs troubles, s'emparer des possibilités de soin ou de réadaptation, apprendre à

reconnaître les symptômes et la pathologie, d'autres s'en remettent totalement aux médecins et infirmiers, ne connaissant pas nécessairement la nature de leur maladie. C'est l'autonomie du salarié et sa responsabilisation individuelle dans son parcours d'insertion professionnelle qui va alors déterminer sa participation au système.

La participation du salarié dépend également de sa présence physique dans l'entreprise. En effet, lorsqu'il est en arrêt maladie, le salarié n'a quasiment pas de contacts avec les autres acteurs du système. Il est alors particulièrement difficile pour lui de faire part de ses capacités, de ses attentes et de ses limites professionnelles. La discussion sur la reprise de son poste, un éventuel reclassement ou des pistes d'aménagement de poste se fait généralement sans lui.

Enfin, la position du salarié vis-à-vis de l'entreprise interfère sur sa stratégie dans le système. En effet, ses attentes et considérations sur l'entreprise et les conditions de travail vont être sous-jacentes aux interactions avec les autres acteurs de son maintien dans l'emploi. Les salariés ont différentes positions. Par rapport à son parcours professionnel et son vécu ou bien à sa pathologie, un salarié peut être amené à prendre une attitude vindicative vis-à-vis de l'entreprise. Il estime alors que l'entreprise lui est redevable de quelque chose, voire qu'elle est responsable de son handicap. Les relations avec les autres acteurs du système se font alors sur un mode conflictuel et procédurier. Inversement, le salarié peut percevoir l'entreprise comme le levier de stabilisation de ses troubles. Il s'appuie alors sur les possibilités que lui offre l'entreprise, voire la remercie de sa bienveillance à son égard. Dans le système, sa participation repose sur une collaboration avec les autres acteurs en qui il a particulièrement confiance.

La participation du salarié symbolisée par les signes ++ renvoie à une grande autonomie de la personne, une grande connaissance de sa maladie et une totale prise de responsabilité de son parcours d'insertion professionnelle et des possibilités d'aménagement de poste.

A l'autre extrême, les signes -- représentent un salarié qui ne reconnaît pas sa maladie, qui ne considère pas nécessairement avoir besoin d'un traitement particulier par rapport à son insertion professionnelle, ou bien qui revendique ou s'oppose à l'entreprise qu'il considère comme responsable de ses difficultés.

Le salarié +/- est une personne qui reconnaît éventuellement sa maladie mais qui s'inscrit dans une passivité par rapport au système. Il subit dans une certaine mesure la mobilisation autour de son insertion professionnelle.

c) Schéma de synthèse

A partir de ces deux variables du système, on peut regrouper dans un même tableau les différentes figures du maintien dans l'emploi à partir de la méthode des idéaux-types (Weber, 1992)¹³⁵:

| | ++ | + | +/- | - | -- |
|-----|---------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| ++ | | | | | Modèle « confidentiel » |
| + | | Modèle de la « GRH » | | | |
| +/- | | | Modèle de la « tolérance » | | |
| - | | | | Modèle « conflictuel » | |
| -- | Modèle « humanitaire » | | | | Modèle de la « désinsertion » |

2. Idéaux types de situations de maintien dans l'emploi

a) Le modèle de la tolérance

Le modèle de la tolérance s'appuie sur un système qui reconnaît les difficultés de la personne. Le salarié est apte au poste de travail, mais l'environnement de travail observe un handicap professionnel. Reposant sur la bonne volonté de responsables des ressources humaines et de l'encadrement, les acteurs du système s'accordent pour maintenir le salarié à son poste de travail malgré un handicap professionnel. C'est généralement la proximité et la bienveillance de quelques acteurs de l'environnement professionnel qui invitent le système à tolérer et absorber les difficultés du salarié. Le système ne se mobilise pas pour faire évoluer le poste de travail, ou proposer un reclassement, une

¹³⁵ L'idéal type s'apparente, selon M. Weber à une purification du réel par lequel le chercheur construit ses objets et ses catégories d'analyse en simplifiant et en systématisant les traits qui sont pour lui, en fonction de sa problématique, essentiel. Les idéaux-types forment des « tableaux de pensée homogènes » (Weber, 1992, p.172), où l'on a rassemblé en une définition cohérente, l'ensemble des traits, pas nécessairement les plus courants, mais les plus spécifiques et les plus distinctifs pour caractériser l'objet. En ce sens, l'idéal-type est toujours une « utopie comme l'indique M. Weber (*ibid.*, p.173), mais c'est pour cela qu'il constitue un instrument d'intelligibilité fondamental.

reconversion ou une mobilité, il s'accorde simplement sur une indulgence à la fois professionnelle et comportementale vis-à-vis du salarié.

Le salarié opte pour un comportement relativement passif. Il n'a pas d'exigences particulières par rapport à l'entreprise, il est en retrait et tente de ne pas faire parler de lui. C'est un acteur faiblement stratégique dans le système. Il se caractérise par un handicap relationnel peu émergeant, et un handicap professionnel plus important. C'est-à-dire que la personne n'a pas un comportement totalement inadapté, même si elle peut être parfois en retrait, isolée, ou avoir des difficultés d'intégration, mais rencontre souvent des difficultés à effectuer correctement la tâche qui lui est demandée.

Ce cas, décrit par une assistante sociale, illustre ce modèle où le salarié a pu être maintenu dans son poste à partir d'une mobilisation de l'ensemble des acteurs du système sur un mode affectif et dans une logique de tolérance :

« J'ai un cas d'une secrétaire qui de l'avis de tout le monde ne peut pas travailler. On l'a traînée de services en services, mais c'était impossible de travailler, elle oubliait tous les codes. On avait construit autour d'elle un univers où il ne fallait jamais la contrarier. Il y a eu un laxisme de l'entreprise et on ne lui demandait plus rien, donc on n'a pas eu une attitude normale. Elle menaçait de se suicider si on lui parlait mal. Elle a eu de nombreux arrêts. On s'est vite aperçu qu'elle était malade. C'était une personne incapable de s'assumer dans la vie. Elle avait une vie personnelle très agitée.

Mais c'est vrai qu'il y avait de la part de l'entreprise une bienveillance extraordinaire. Bien canalisée, si on avait exigé d'elle des choses, on aurait pu en faire quelque chose, mais elle s'est toujours arrangée pour ne pas travailler, être maternée et l'entreprise n'avait plus d'exigences, ne la poussait pas. Finalement elle n'a fait que se dégrader ».

Le modèle de la tolérance est ponctuel et fragile à long terme. On observe un phénomène de saturation, d'épuisement de l'environnement de travail face à la souffrance ou au malaise du salarié handicapé. Le salarié passe alors de services en services, de façon passive ou subie, lorsque l'environnement a atteint son seuil de tolérance.

Dans ce modèle, la logique de mobilisation du système ne repose pas sur une valorisation du handicap. Le salarié n'a généralement pas de reconnaissance administrative de son handicap et l'entreprise mise discrètement soit sur une stabilisation de la personne, soit sur une désinsertion progressive du salarié en arrêt maladie. La question n'est pas celle du maintien dans l'emploi et de l'aménagement de poste, mais de la façon de contenir et supporter le handicap de la personne.

La situation de maintien dans l'emploi peut se stabiliser lorsque l'entreprise trouve une « niche », c'est-à-dire un lieu de travail où les exigences vis-à-vis du salarié vont être minimales ; l'ensemble des acteurs du système sont prêts à s'adapter au comportement parfois « bizarre » du collègue, à recevoir ponctuellement ses difficultés. Le maintien dans l'emploi s'apparente alors à une adaptation relationnelle de l'ensemble des acteurs du système dans une logique de proximité et de bienveillance.

Ce modèle repose sur une discrétion relative du handicap comportemental du salarié et le deuil d'une participation active du salarié à son insertion professionnelle.

b) Le modèle conflictuel

Le modèle conflictuel est caractérisé par une dynamique du système basé sur l'opposition et le conflit. Cette opposition se situe à la fois entre le salarié et certains acteurs du système, mais également entre les acteurs de l'accompagnement du maintien dans l'emploi. On observe dans ce modèle une lutte de pouvoir autour de la zone d'incertitude que représente le maintien dans l'emploi. Les acteurs du système ne s'accordent pas sur l'analyse de la situation du salarié et surtout sur l'issue possible. Les relations entre les acteurs se font de manière discontinue face à l'urgence de la situation du salarié. La transmission des informations relatives au handicap du salarié ne se fait pas et chacun se replie sur son champ d'expertise (médico-social ou professionnel). C'est la responsabilité des acteurs du système face à une situation que l'on considère comme « risquée » pour le salarié ou l'environnement de travail qui se joue. On observe une faible proximité avec le salarié, et les acteurs du système déclarent même une certaine méfiance à l'égard d'une personnalité changeante, voire manipulatrice. Le salarié, dans une certaine mesure, est perçu comme menaçant, plus que comme handicapé ayant des besoins spécifiques.

En premier lieu, les acteurs du système se représentent le salarié comme un acteur stratégique qui va les utiliser et se servir de sa pathologie ou de ses troubles psychiques dans une logique de combat vis-à-vis de l'entreprise.

Une assistante sociale fait état du cas d'un salarié auquel les acteurs du système prêtent une compétence de manipulation dans le cadre de son maintien dans l'emploi :

« Donc maintenant il ne peut que travailler seul, il ne doit pas travailler en équipe même par Internet ou par téléphone. Il doit être seul sur sa tâche. Il a des problèmes de persécution et puis il donne des leçons à ses supérieurs donc ça ne passe pas trop. Il fait de la provocation mais je pense qu'il sait ce qu'il fait. Par exemple avec le médecin il n'a pas de propos incohérents donc il n'a aucune raison de le mettre inapte.

Le problème c'est qu'il va finir par être licencié. A mon avis c'est la seule issue. Il est inadapté au monde du travail, en tout cas pas dans notre entreprise. C'est une personne qui devrait être en psychiatrie fermée. (...)

Il trompe son monde pour avoir son aptitude. Car ici il décompense et il délire bien. Mais moi maintenant je mets un terme à ses délires, je ne le laisse pas soliloquer mais je sais qu'il a beaucoup parlé aux infirmières ».

Le salarié participe à la dynamique du système de façon localisée : il est dans une revendication vis-à-vis de l'entreprise et se focalise sur un sentiment d'injustice ou de persécution qu'il cherche à faire

réparer. Il nie souvent ses troubles et son handicap et s'inscrit dans une logique d'opposition avec l'entreprise.

Dans sa forme extrême, les relations du salarié dans le système d'interactions se fait essentiellement sur un mode procédurier, ou chaque acteur est potentiellement une cible d'attaques spécifiques ; chacun est dans une logique de protection qui va prendre le pas sur une approche systémique ou collective du maintien dans l'emploi.

Une responsable des ressources humaines explique le cas d'un maintien dans l'emploi, où finalement chaque acteur cherche à se protéger face à un salarié qui est perçu comme menaçant et épuisant nerveusement. Le sentiment d'impuissance isole alors les acteurs du système et c'est l'impact négatif sur l'environnement de travail qui est mis en avant :

« C'est une personne embauchée en Cotorep pour des troubles psychiques. Elle en parlait ouvertement, c'est une personne très intelligente, mais très manipulatrice et elle en joue pour faire peur à ses collègues. L'entreprise la connaît depuis longtemps car elle a eu plusieurs problèmes. Elle travaillait à la vente mais elle avait des problèmes avec les clients, donc on la mise en back office, mais elle souhaitait retourner à la vente alors qu'elle avait des problèmes d'agressivité : on a eu une discussion avec le CHSCT et le directeur parce que là on prenait des risques physiques en la maintenant à la vente car elle avait déjà dans son dossiers des cas graves d'agressivité, elle avait plusieurs dossiers disciplinaires.

Elle l'a mal pris qu'on la retire de la vente, elle a fait une comédie, et maintenant elle ne peut plus nous supporter elle fait une fixette sur nous. J'ai interdiction de la psychologue de la voir en entretien car elle a focalisé sur moi. Les collègues n'en peuvent plus et j'ai régulièrement des appels du responsable hiérarchique qui me dit que tout le monde sature, qu'elle insulte les gens. On l'a plusieurs fois mise à pied sans succès.

J'ai même eu un débrayage il y a quelques semaines dans son service, et je me suis retrouvée avec des agents en pleurs dans mon bureau. Alors j'ai essayé de leur expliquer le dossier, ce qui se passait et l'après midi même, on faisait une réunion en urgence avec le CHSCT et le directeur.

On l'a reçue avec les organisations syndicales, le DRH en lui disant que ça suffisait, et on lui a demandé de rester 3 jours chez elle car on avait peur pour le service, et puis quand elle est revenue elle a fait des lettres nous accusant de l'accuser d'être violente. J'ai eu 10 témoignages écrits de collègues qui craquent et que j'ai envoyés au médecin.

Quelles sont les solutions ? J'ai fait des propositions de poste, et prévenant le service mais elle n'a pas été prise, tout le monde a repéré. Elle a fait intervenir les OS : Sud puis la CGT puis l'UNSA et même eux sont saturés et quand je les sollicite ils me disent que même eux ne peuvent pas m'aider. Elle est revenue à Sud mais la responsable craque.

Le problème c'est que tout le monde la connaît et que personne ne la veut.

Je ne m'en sors pas en plus elle nous traîne aux prud'hommes et elle est très maligne et je n'ai pas pu établir de contact avec son mari.

Je n'ai pas d'accroche ni de soutien au niveau familial. Mon problème c'est que le service est à bout et moi je vis avec l'angoisse qu'il y en ait un qui passe par la fenêtre. On va travailler sur son dossier mais elle est inapte à la vente et c'est ce qu'elle veut faire. Même les médecins et les psy saturent.

Maintenant elle manipule mon adjointe, elle est épuisante et je suis vidée, c'est éprouvant.

Par exemple, ma fille a travaillé dans le service un été, et tous les jours elle entendait des reproches sur moi.

J'ai réussi à l'envoyer une fois chez le psychiatre mais je n'ai pas eu de retour !

La psy l'a vue juste pour un bilan d'aptitude, et il en est ressorti que elle avait une inaptitude à la clientèle mais ç'en est resté là. Elle menace ses collègues de les mener en justice, en plus elle joue sur son statut Cotorep.

Le médecin l'a mise apte à son poste, qu'est ce que je fais ? »

Les interactions avec les acteurs du système sont particulièrement difficiles et incertaines. Le salarié intègre parfois l'environnement de travail dans ses délires de persécution et ils deviennent acteurs de son handicap. Ces salariés présentent souvent un handicap relationnel important et des comportements parfois violents ou agressifs qui génèrent également une grande anxiété dans l'environnement de travail.

Une responsable des ressources humaines fait état du cas problématique d'un salarié pour lequel le handicap s'inscrit dans des difficultés relationnelles avec l'environnement de travail :

« C'est une personne qui a un délire de persécution dans l'entreprise mais qui travaille bien à un poste de sécurité. Il a fait toute une procédure pour changer de filière, mais quand je l'ai convoqué il m'a appelé pour me demander pourquoi on allait se voir en me disant qu'il ne céderait pas à la pression de l'entreprise qui voulait le virer. Et puis il pense que l'entreprise lui a volé son argent, il est assez incohérent.

Sa chef craque. Elle ne lui parle plus, elle baisse les bras. Certains ont peur car il est violent. (...)

Et là on s'aperçoit que le médecin ne le connaît pas. Il est totalement isolé dans son travail, il y a de vrais problèmes de comportements et relationnels mais ça ne le gêne pas plus que ça dans son boulot. Il a quand même plusieurs dossiers disciplinaires. »

La logique de mobilisation du système peut alors basculer dans un registre disciplinaire et d'inadaptation. Le système focalise sur le salarié qui est considéré comme non-conforme ou inadapté à l'univers de l'entreprise, voire nocif. Malgré tout, d'un point de vue médical, ils sont souvent sans ambiguïté aptes au poste du fait du caractère très structuré de leur pathologie. Au regard de la complexité de l'évaluation de l'aptitude au poste de travail, c'est l'expertise de chacun qui est remise en question dans le système. Compte tenu d'un handicap relationnel en partie maîtrisé et d'un handicap professionnel relatif ou ponctuel, chaque acteur du système se confronte à ses propres limites dans le champ du handicap psychique et isole les acteurs du système face à une réflexion sur le maintien dans l'emploi.

Un correspondant handicap illustre l'opposition qui naît dans le système :

« Le médecin nous alerte quand ça ne va pas en disant qu'il faut la changer de poste car il y a des problèmes avec les collègues mais elle pense toujours que ce sont les collègues qui ne sont pas correctes. Elle la protège, elle ne l'a remis pas en question. Du coup il y a toujours des conflits partout où elle va, partout où on la change de service ».

Ce sont les relations conflictuelles avec l'environnement de travail qui sont mises en avant, avec l'idée que c'est le salarié qui génère les tensions dans le groupe. Le système exprime un sentiment d'impuissance face à un handicap relationnel pour lequel la seule solution envisagée est l'isolement ou la mise à l'écart de la personne. Le handicap de la personne n'est pris en considération que dans sa dimension interactive et dynamique, et sa présence n'est perçue que par rapport à son caractère nuisible, voire dangereux pour l'environnement. Un responsable des ressources humaines illustre ce modèle à travers l'expérience du maintien dans l'emploi d'un technicien pour lequel la situation de conflit a émergé à partir de comportements agressifs ou violents :

« On a un agent embauché il y a 15 ans (un jeune technicien), qui était issu de la deuxième génération d'immigration Harkis, avec une éducation très souple, pour un fils aîné, qui en fait était à la limite de la délinquance. Il avait été embauché dans le cadre d'un contrat d'insertion. Il était très intelligent et très doué techniquement. Au début ça s'est très bien passé, mais rapidement il a eu des problèmes de comportement et d'intégration vis-à-vis de l'autorité directe et puis des petites bêtises de détournement des services de l'entreprise. Il a eu des réprimandes, mais à cette époque on ne reconnaissait pas sa maladie c'était plus des questions d'éducation.

Il s'est marié : il est devenu très bien, il n'y avait aucun problème, il était très apprécié, et puis quand il est devenu papa, là il a basculé dans une problématique de délinquance (avec consommation de drogues dures et douces). Là sa femme est partie, son appartement EDF a été squatté et il est devenu très violent sur la République mais pas sur le lieu de travail. Il a été emprisonné une première fois puis la deuxième fois il a été interné par ordre du maire. Il a été de retour 8-9 mois après et c'est là qu'il nous a appris qu'il était maniaco-dépressif à tendance paranoïaque. Il a alors fait une demande de mutation sur Grenoble car ses parents étaient là bas, tout s'est très bien passé pendant 2 ans, il a même été promu mais ça s'est dégradé en mars 2003. En fait il ne prenait plus ses médicaments car il se pensait guéri.

L'erreur que nous avons faite c'est de ne pas avoir assez préparé l'équipe de Grenoble sur sa maladie. Il fallait expliquer que ça se soignait mais que l'on ne guérissait pas. Il avait arrêté les traitements, et là il s'en est pris à l'équipe de travail. Il a été interné à notre demande : ça avait pris des proportions dramatiques, il menaçait de mort, il y avait des agressions physiques, des vols... ça a causé beaucoup de dégâts dans l'entreprise, c'est pourquoi la direction de l'unité avec la médecine du travail et la médecine contrôle a fait une demande d'internement et d'obligation de soins ».

La difficulté par rapport au maintien dans l'emploi, réside dans le fait que ces expériences parfois douloureuses et bouleversantes marquent l'histoire du salarié dans l'entreprise. Ainsi, même en cas de

stabilisation et malgré le caractère souvent ponctuel de comportements excessifs, l'entreprise le considère comme un salarié à risque et nocif pour l'environnement de travail.

c) Le modèle humanitaire ou solidaire

Le système humanitaire s'illustre par une mobilisation particulièrement importante de l'entreprise pour le maintien dans l'emploi d'un salarié handicapé. L'ensemble des acteurs du système, de l'encadrement au médecin du travail, exprime une volonté commune de permettre au salarié de rester dans l'entreprise et ce, quels que soient son handicap ou ses difficultés professionnelles. Ce sont des valeurs de solidarité qui président à la mobilisation des acteurs et au déploiement du dispositif en faveur du maintien. Les salariés de l'environnement de travail se projettent dans l'histoire et le handicap du salarié, considérant que cela pourrait également leurs arriver et qu'ils aimeraient alors que l'entreprise se mobilise de la même façon.

Le système se mobilise généralement à partir de l'engagement fort et volontaire d'une personne dans le système : le responsable de l'encadrement. Ce modèle repose sur la bonne volonté ou l'implication personnelle du supérieur direct du salarié qui va valoriser cette démarche. La mobilisation collective de l'environnement de travail est exigée et le salarié handicapé est considéré comme une personne ayant besoin d'un traitement spécifique et différent. Il est identifié dans sa singularité.

Un responsable décrit la mobilisation autour d'un salarié maintenu dans son équipe de travail depuis plusieurs années, malgré des difficultés relationnelles et professionnelles importantes :

« Au début je ne savais pas ce qu'il avait, il faut essayer de comprendre son univers mais moi j'oublie jamais qu'il est TH. J'oublie jamais qu'il a une case en moins au cerveau et j'adapte mon comportement. Ceux qui l'oublient ça se passe très mal : ils lui font des réflexions indélicates et ça passe très mal.

Mais bon je comprends il est toujours derrière le dos des gens et il donne des conseils à tout le monde, c'est assez énervant. Petit à petit ça fait boule de neige. C'est une gestion de tous les instants. Tout le monde le sait mais certains l'oublie.

En revanche il est perçu comme un collègue, c'est-à-dire que c'est quelqu'un avec qui on travaille, on l'aide si il a des difficultés, il fait partie de l'équipe. Cependant ça peut pas être un pote. C'est un peu le boulet de l'équipe même si il a sa place ici. Il a la chance d'avoir un boulot et une boîte qui le protège même si il n'est pas beaucoup payé. Les gens ici du service sont conscients du geste social de l'entreprise. Et ils savent qu'il vaut mieux qu'il soit là. Finalement c'est ça aussi qu'on ne paie pas dans nos impôts.

C'est une forme de solidarité : il y a un esprit d'équipe. Si il y a une injustice de ma part, toute l'équipe serait solidaire.

Certains ne le supportent plus et ils s'embrouillent mais personne n'en souffre.

C'est appréciable, inestimable, ça réveille le petit côté humain des gens. On relativise.

Et puis il y a une fierté de la dimension sociale de l'entreprise ».

Dans ce cas décrit par un responsable, l'accueil du salarié s'inscrit dans une démarche de solidarité et de promotion de valeurs qui doivent unir l'équipe de travail. Un autre responsable explique également sa démarche dans une approche solidaire qui se centre principalement sur le salarié et ses valeurs personnelles de charité :

« Moi je suis très humaniste. Je dois faire une bonne action par jour. Aider les gens en situation de détresse.

Moi je voulais lui remettre le pied à l'étrier. Passer du stade végétatif au stade pro-actif.

Je ne savais rien sur elle. Elle avait des problèmes de santé, elle avait fait un peu de communication puis elle avait pété les plombs.

Moi je savais exactement ce que j'allais pouvoir lui donner. (...) Moi je fais œuvre d'humanité. »

C'est donc avant tout une démarche individuelle qui peut être perçue comme œuvre de bienfaisance. On retrouve essentiellement ce modèle dans de grandes entreprises publiques qui, traditionnellement, revendiquent des valeurs de solidarité.

Dans ce modèle, le salarié est relativement passif par rapport à son maintien dans l'emploi. Il s'en remet à l'entreprise en qui il a confiance par rapport à sa bienveillance et son avenir. Ce sont des salariés qui ont une forte proximité avec l'entreprise. Soit par rapport à un parcours de vie chaotique et douloureux qui les a amené à bénéficier de différentes aides sociales proposées par l'entreprise (logement, accueil en foyer, aides financières...), ou bien du fait d'une filiation particulière avec l'entreprise (parents salariés dans l'entreprise), ils s'inscrivent dans l'histoire affective de l'organisation. C'est ce qui explique en partie le sentiment d'immunité du salarié par rapport à une éventuelle inaptitude au poste ou un licenciement pour faute professionnelle. Ils déniaient parfois leurs troubles, même s'ils ont conscience des besoins spécifiques qu'ils demandent à l'entreprise de satisfaire (conditions de travail, horaires décalés, lieu de travail).

L'ensemble des acteurs du système reconnaît un handicap relationnel ou professionnel, mais ne se positionne pas pour autant dans une logique d'aménagement de poste. L'objectif est de permettre au salarié de rester dans l'emploi en créant des conditions de travail qui lui permettent de se maintenir. Les exigences professionnelles sont peu élevées et tant que les difficultés relationnelles affectent peu l'environnement de travail, on considère que le salarié a sa place dans l'entreprise.

Cette démarche volontaire ne repose pas pour autant sur la mobilisation altruiste de l'ensemble des acteurs du système. C'est la contrepartie financière ou la valorisation de l'accueil de ce salarié dans la politique du handicap de l'entreprise qui est le levier de mobilisation par rapport au maintien dans l'emploi. Ce modèle n'est envisagé que par rapport à des salariés dont le handicap est reconnu administrativement et connu de l'entreprise, qui le comptabilise dans ses effectifs de salariés handicapés et le valorise dans le bilan de l'accord d'entreprise en faveur des travailleurs handicapés.

Une assistante sociale d'une grande entreprise décrit les limites d'une démarche altruiste de l'entreprise :

« La personne ne pourra rester dans l'entreprise que si elle fait une reconnaissance Cotorep. C'est une personne qui a un bon potentiel, mais qui a été embauchée par relations. C'est une personne que l'entreprise a beaucoup aidée, qui a été beaucoup déplacée dans l'entreprise et qui pendant la fusion a été mise en danger car les conditions précédentes de travail étaient plus confortables. Si on veut continuer à la conserver dans les effectifs, il faut que ce soit en contrepartie de quelque chose. C'est une personne qui met 6 mois à faire un travail de 15 jours. Elle a été embauchée comme ça et sa famille refusait le handicap. La limite pour la garder, la condition c'est la RQTH et là encore on est gentils, car pour nous c'est une personne qui ne représente même pas un demi-poste ».

La mobilisation autour de ce salarié est perçue comme un échange et doit apporter une contrepartie à l'entreprise ou bien ne pas peser financièrement sur le service. C'est la solution trouvée pour une salariée handicapée par un médecin du travail à EDF et un responsable d'encadrement personnellement impliqué, en utilisant le statut PERS 268 qui permet à un service d'accueillir un salarié sans qu'il soit pour autant comptabilisé dans ses effectifs :

« C'est un trouble de dépersonnalisation. Maintenant elle a disparu de l'entreprise. L'équipe de travail ne la supportait plus car il n'y avait pas de rendu de travail or la personne était censée rendre un travail. Ils se sont plaint partout, c'est remonté auprès de la direction, des syndicats, de nous. Elle était perçue comme feignante. Car ça arrivait souvent qu'elle ne vienne pas au travail où qu'elle arrive très tard sans arrêt de travail. C'est une personne qui avait des troubles graves que je connaissais mais dont je ne pouvais parler à cause du secret médical. Ils la prenaient pour une comédienne, une menteuse et moi je ne pouvais rien dire¹³⁶. Et elle en plus elle ne se représentait pas comme malade, elle n'était pas reconnue Cotorep. Donc ça pose la question de savoir comment expliquer aux autres et aux collègues que c'est une personne malade. Elle a été sortie de son poste en PERS 268. C'est-à-dire qu'elle est là mais qu'elle n'a plus de poste, elle est en sureffectif. Donc elle est au courrier avec tous les autres salariés dont on ne sait pas quoi faire. Elle l'a très mal vécu. Heureusement elle avait un chef de service très compétent pour la canaliser, il a été formidable, il l'appelait tous les matins pour qu'elle vienne et à partir de ce moment là elle n'a plus eu aucunes absences. Le problème c'est qu'il est parti en retraite et depuis elle n'est plus revenue travailler donc maintenant elle est en longue maladie. »

La particularité de ce modèle réside dans l'implication affective des acteurs du système. Dans ce contexte, le maintien dans l'emploi repose sur la bonne volonté d'une personne faisant reposer l'ensemble de la mobilisation des acteurs du système sur un responsable de l'encadrement. Le maintien dans l'emploi est donc conditionné par la proximité d'une personne responsable qui garantit le lien et la continuité autour du salarié :

¹³⁶ Les limites du secret médical : il faut inciter les personnes elles-mêmes à parler de leurs troubles.

« Pour monsieur D les gens tourment les uns après les autres pour s'occuper de lui. Sauf moi je suis un peu comme le père de famille. »

d) Le modèle de GRH¹³⁷ (ou du handicap banalisé)

Le modèle de la GRH est celui d'une mobilisation des acteurs du système dans une logique d'aménagement de poste, de réorganisation du travail, de mobilité ou de reclassement. Les acteurs du système s'inscrivent dans une réflexion collective sur les possibilités de repenser le travail en fonction des besoins du salarié.

Dans ce modèle, un minimum de transparence autour du handicap de la personne, c'est-à-dire ses difficultés éventuelles au niveau relationnel et professionnel, et de ses besoins spécifiques dans l'emploi, est de mise. Les professionnels du médico-social et les responsables de l'encadrement agissent de concert dans une logique créative autour de l'organisation du travail. Les outils de la gestion des ressources humaines sont mobilisés pour garantir au salarié son maintien dans l'emploi : mobilité, formation, accompagnement et suivi du travail, réorganisation du travail.

Chacun est détenteur d'une expertise par rapport au salarié qui doit être mise au service du maintien. Le groupe s'approprie une réflexion et s'organise dans une logique de relais, à la fois dans l'accompagnement du salarié et dans sa participation à un processus collectif de création et d'innovation. Les possibilités de maintien dans l'emploi semblent s'appuyer sur des initiatives ou des propositions nouvelles, ainsi que sur la confiance et la collaboration qui existe entre les acteurs du système. Un responsable des ressources humaines décrit cette dynamique collective :

« La jeune femme arrivait en pleurs dans mon bureau et heureusement avec moi ça passait bien. Dès qu'il y avait un problème, on m'appelait, notamment son responsable de service quand il craquait. Moi du coup je le déchargeais.

J'ai fait un travail avec son mari, le médecin d'établissement, le médecin de soin, et le psychiatre notamment pour qu'elle se soigne et qu'elle prenne bien son traitement, mais aussi pour voir comment réorganiser son travail et lui redonner confiance en elle. Maintenant je n'en entends plus parler, elle prend bien ses médicaments, elle a même eu une promotion dans son service.

Elle avait un poste de comptabilité des gares, c'était un poste de chiffres, d'exécution et maintenant elle a pris des responsabilités depuis octobre. Avant, c'était une personne dépressive, et dans son service plus personne ne la supportait. Ces gens là ont des problèmes quand ils ne sont pas soignés.

Dans mes entretiens, je valorisais ses points forts, j'essayais d'être positive, je lui ai expliqué qu'elle avait une maladie, et que pour la traiter il fallait qu'elle prenne ses médicaments. Il fallait que je la rassure sur tous les points, et notamment elle pensait qu'on allait la réformer. Mais je lui ai aussi dit qu'il fallait qu'elle fasse la démarche aussi que tout aille bien. Quand elle rechutait, j'appelais son mari pour suivre son évolution ».

¹³⁷ Gestion des Ressources humaines.

La transparence par rapport aux troubles de la personne permet aux différents acteurs du système de mettre en commun leurs connaissances des besoins du salarié. Il y a donc une dynamique de circulation de l'information au système avec une mobilisation particulière des responsables des ressources humaines et de l'encadrement, qui sont comme le réceptacle de la réflexion par rapport au maintien dans l'emploi.

Un responsable hiérarchique décrit très distinctement le processus de réflexion par rapport à l'aménagement de poste mis en place pour un salarié :

« Ensuite dans mon équipe, lorsque je l'ai pris, ça c'est passé parce qu'on m'a demandé de le prendre, notamment pour pouvoir le dégager d'un poste qui était très en interface avec des gestions en temps réel et qui donc pouvait créer des moments de stress. C'était donc plus de stress que ce qu'il pouvait faire chez moi. Donc moi, déjà il faut situer le personnage mais ça c'est ma perception. Sachant qu'il a des capacités intellectuelles importantes, c'est quelqu'un qui est très structuré, qui sait prendre du recul, je considère qu'il est très persévérant, il est très impliqué dans son travail et très sérieux. Donc c'est pas quelqu'un qui vient travailler pour passer le temps. Donc à partir de ce moment-là c'est quelqu'un qu'il faut employer et qui rend service en temps voulu et qui lorsqu'il est là remplit tout à fait ses tâches. Cependant, il y a peut être deux aspects qu'il faut retenir : il y a celui du rôle dans l'organisation, donc moi j'ai été attentif à le mettre sur des tâches soit qui étaient moins prioritaires que d'autres, car du fait de l'absentéisme... Il faut relever un absentéisme de deux ordres : les absences qui sont relativement fréquentes mais très courtes, c'est-à-dire, une demi-journée, ou une journée, car il va aller à l'hôpital, parce qu'il aura eu du mal à se réveiller car il est aussi sous médicaments, sous somnifères parfois, donc il peut avoir des coups de pompe. Et les absences de longue durée, lorsqu'il a pu être dans des phases critiques, de crise, où il est hospitalisé, et là par exemple c'est arrivé l'année dernière, il peut être absent pendant plus d'un mois. C'est pourquoi je cherche à le mettre dans des tâches qui sont peut être moins prioritaires que d'autres.

Dans les tâches que l'on a, il y en a de trois ordres : il y a des tâches de gestion de projet, donc ça il a pu le faire dans le passé, mais soit sur des projets qui étaient moins prioritaires que d'autres, soit qui pouvaient présenter une certaine marge dans le temps, ou des aléas moins forts. On fait aussi des activités d'études, qui sont plus en retrait dans les délais, et également des activités d'expertise, où là Edouard peut les faire aussi. Donc Edouard a mené des projets qui présentaient ces caractéristiques là, et puis il a été beaucoup sur des études. Alors d'une part ça va avec l'organisation et d'autre part c'est aussi la valorisation de ses points forts, c'est-à-dire que c'est une personne qui a un potentiel pour faire des études.

En termes organisationnels aussi, il faut être attentif avec lui à travailler avec des objectifs très clairs et dans un environnement qui soit aussi bien défini. Par exemple, on établit chaque année un bilan de l'année passée, en tête-à-tête, et on se fixe des objectifs pour l'année ».

Le maintien repose sur un encadrement très fort au niveau de la gestion des ressources humaines et une certaine souplesse par rapport à l'organisation du travail. Le salarié devient un partenaire, notamment de l'encadrement.

La prise en compte de la singularité du salarié et l'adaptation du poste par rapport aux besoins du salarié sont déterminés par la participation de celui-ci aux interactions par rapport à son maintien dans l'emploi. Dans ces situations, le salarié handicapé est conscient du handicap que génèrent ses troubles psychiques : il est capable de formuler à la fois les besoins éventuels qu'il peut avoir par rapport à son handicap mais également ses limites. Par ailleurs, c'est souvent un salarié autour duquel s'observe une sympathie, un attachement fort. La transparence par rapport aux troubles et les compétences relationnelles du salarié expliquent la proximité qui naît dans le système.

La dynamique du système se nourrit de la transparence par rapport au handicap de la personne. Un salarié d'une grande entreprise a par exemple pris l'initiative d'écrire un petit article à l'attention de son environnement de travail pour expliquer sa maladie et la manifestation des troubles. A partir de cette connaissance, chacun devait pouvoir adapter son comportement et mettre des mots sur certains comportements parfois étranges notamment de repli et d'isolement.

La particularité de ce modèle réside donc dans la participation importante du salarié à son propre maintien dans l'emploi. Il est en quelque sorte le moteur de son maintien dans l'emploi et force de proposition pour aménager son poste.

Dans le système d'interactions, les acteurs du médico-social vont être déterminants pour légitimer les besoins du salarié par rapport à son handicap. Dans une logique de suspicion ou d'incompréhension, l'intervention du médico-social pour justifier des absences ou des demandes du salarié participe à la transparence autour du handicap. Un salarié explique par exemple que pour la stabilisation de sa maladie il avait besoin d'être muté dans une autre ville que Paris, proche de sa famille, mais pour laquelle les demandes de mutation étaient particulièrement nombreuses. En soutenant sa demande, le médecin a légitimé cette requête auprès des Ressources humaines, qui selon le salarié pouvait être perçue comme un prétexte.

Le système se mobilise en appréhendant les troubles de la personne dans un registre professionnel. C'est pourquoi on retrouve ce modèle autour de salariés pour lesquels la compétence professionnelle n'est pas remise en cause malgré d'éventuelles absences ou épisodes difficiles. La légitimité du maintien dans l'emploi repose sur la reconnaissance unanime de la participation pertinente du salarié à l'effort collectif de production.

Tout comme pour le modèle précédent, la dynamique du système autour du maintien se fait dans une logique d'échanges avec le salarié. Le système ne se mobilise qu'à partir du moment où le salarié se mobilise également de son côté par rapport à sa maladie et au soin. La responsable citée précédemment insiste bien sur l'importance du soin. On attend du salarié qu'il se prenne en main par rapport à ses troubles. Par ailleurs, les acteurs du système sont prêts à se mobiliser, dans la mesure où les troubles sont relativement contenus et ont un faible impact sur le collectif de travail.

e) Le modèle confidentiel

Du fait de son caractère confidentiel, ce modèle systémique est difficile à identifier. Le salarié handicapé psychique n'est pas nécessairement repéré par l'entreprise car il n'a jamais fait état de ses troubles, et son handicap ne s'est jamais manifesté explicitement sur le lieu de travail, ou bien de façon très ponctuelle ou antérieure. Le médecin du travail est en général le seul acteur du système à être clairement informé des troubles du salarié. Le secret des troubles est bien gardé, de peur du stigmatisant que peut faire porter la représentation de la maladie mentale sur le salarié.

Un salarié d'une grande entreprise en témoigne :

« Si vous touchez à ces secteurs (psychiatrie), quand vous dites que vous avez des problèmes de cet ordre là c'est comme si vous dites que vous avez le Sida.

Moi avant de participer à cette étude, ma première réaction ça été de dire surtout pas, je ne veux donner aucune information, ça fait partie des choses dont on parle à personne car on se dit que si des gens viennent à l'apprendre, ils vont l'utiliser contre vous, et puis on se dit que c'est une maladie honteuse. Donc c'est important de le savoir, parce que on se sent plus fragile ou plus faible qu'un autre. On se dit toujours est-ce que le dossier médical est parfaitement hermétique, est-ce que on m'aura pas confié des choses parce que des gens ont su ça ? Qu'est ce qu'il en est resté ou pas ? Quelque part ce sont toujours des choses qui pèsent même si ça remonte à longtemps. C'est marqué, comme un casier judiciaire ».

Le salarié perçoit les troubles psychiques comme une tare, une fragilité qui le rend non seulement vulnérable, mais qui serait honteuse dans le monde du travail. C'est ce qui explique son silence par rapport au handicap. Dans cette logique, ce sont généralement des salariés qui n'ont pas de reconnaissance administrative d'un handicap, et quand bien même ils en ont une, ils n'en font pas part à l'entreprise.

Dans la mesure où le salarié n'a pas besoin de parler de ses troubles psychiques, et qu'ils ne se manifestent pas de façon visible, la question de leur situation de handicap, et donc de leur maintien dans l'emploi est-elle pertinente ? Ce sont des salariés qui en général ont vécu un épisode psychiatrique important et parfois long, mais qui, aujourd'hui, peuvent être considérés comme stabilisés. Ils sont en général suivis médicalement, sont traités de différentes façons et n'ont pas traversé d'épisode psychiatrique important depuis plusieurs années. Ce modèle fait écho au profil du salarié « inconnu ». C'est un salarié qui a une grande conscience de ses troubles et qui fait preuve d'une grande autonomie et responsabilisation par rapport à son handicap.

La question du maintien se pose, dans la mesure où malgré la confidentialité des troubles, ce sont des personnes qui peuvent être fragiles sur leur poste du fait de besoins de conditions de travail particulières : certains ne pourront pas travailler directement en contact avec la clientèle du fait du stress que cela peut parfois engendrer, d'autres pensent ne pas pouvoir assumer des responsabilités d'encadrement trop importantes, les exigences de déplacement ne sont pas souhaitées face à certains

troubles. Des comportements de repli ou d'isolement liés à une souffrance psychique, qui ne seront pas interprétés comme pathologiques par l'entourage professionnel, peuvent par exemple également entraver l'intégration d'un salarié dans une équipe ou ses possibilités d'évolution de carrière.

Comptes tenus de ces difficultés, le salarié a des besoins d'appui, d'étayage, d'accompagnement particulier et de réorganisation de son poste de travail ou de son parcours professionnel. Il va donc solliciter les acteurs du système sans pour autant signaler son handicap. En mobilisant les dispositifs communs aux salariés et en restant discret sur ses besoins, le salarié s'appuie sur la solidarité spontanée de l'équipe de travail en cas d'absence, les aides sociales des services sociaux (logement, prêts...), les dispositifs de formation ou mobilité des ressources humaines. Le médecin du travail est généralement le garant d'une surveillance et d'un suivi du salarié dans l'entreprise. Dans ce contexte d'occultation du handicap, la dynamique du système repose sur la participation individuelle et stratégique du salarié qui fait jouer les acteurs du dispositif de façon isolée. Cette centralité du salarié est possible dans la mesure où il a entretenu une grande proximité relationnelle avec les acteurs du système : il n'y a pas de conflit, on observe souvent une grande sympathie avec les responsables de l'encadrement, des ressources humaines et les collègues de travail. Les professionnels du médico-social s'investissent par ailleurs volontiers pour un salarié auquel on attribue des qualités de dépassement de soi et qui arrive à surmonter ses troubles.

L'autonomie et l'expertise du salarié par rapport à son handicap déterminent essentiellement ce modèle. On est alors face à des personnes qui sont dans une situation '*d'empowerment*' par rapport à leurs troubles qui est relativement exceptionnelle mais pas nécessairement liée à la gravité de la maladie. Cette situation '*d'empowerment*' permet au salarié de mettre au point une stratégie de maintien dans l'emploi de façon autonome.

La situation de handicap de ce salarié réside dans les besoins particuliers auxquels il va devoir répondre pour garantir la stabilisation des troubles et son lien à l'entreprise. Ainsi, un salarié qui connaît bien sa maladie et les traitements qu'il doit prendre, explique que son équilibre repose sur la qualité de son sommeil. Grâce à l'autonomie qu'il a sur son poste de travail, il aménage ses horaires en fonction de son état :

« Moi le fait de pouvoir organiser ma journée un peu comme je veux, de ne pas être contraint de venir bosser le matin toujours à la même heure, parfois je suis là à 8h mais ça peut aussi m'arriver de venir à 9H30 c'est un luxe extraordinaire, car l'essentiel pour moi c'est de protéger ma partie sommeil. C'est l'oxygène du cerveau et du corps. Si je dors bien, tout le reste va bien ».

La particularité de ces salariés réside dans leur pouvoir au sein de l'entreprise. Ce sont des personnes qui ont en général des postes hauts placés dans la hiérarchie, ce qui leur donne une légitimité statutaire dans l'entreprise. Ces postes avec des responsabilités leur permettent de trouver une autonomie dont ils ont besoin quant à l'organisation du travail par rapport à leur handicap. Par ailleurs, ce sont des salariés qui connaissent bien l'entreprise, ont une ancienneté et un réseau qui leur permet de s'appuyer sur des ressources plus éloignées de leur environnement de travail direct. Enfin, ils détiennent un pouvoir lié à

leur expertise, c'est-à-dire que ce sont des personnes dont l'entreprise a besoin car ils détiennent une compétence rare. Ils sont ainsi en position de force et d'autonomie par rapport à l'entreprise comme le témoigne un Directeur des Ressources Humaines à propos de la mobilité d'un salarié dont il a appris par la suite le handicap psychique :

« Il a trouvé un autre travail tout seul et maintenant ça se passe bien. Il m'avait juste demandé comment il fallait faire pour changer de poste mais comme c'était une personne ancienne dans la boîte il avait pas mal de connaissances il a trouvé facilement. C'était un informaticien qui en plus avait une expertise nécessaire à la boîte qu'il était le seul à connaître ».

f) Le modèle de l'exclusion ou de la désinsertion

Face à la difficulté persistante d'un salarié, à une dégradation de son état de santé, une situation de conflit, c'est la question de la mise à l'écart du salarié handicapé qui se pose par un licenciement ou mise en invalidité. Le temps et le sentiment d'avoir atteint un seuil critique sont des éléments déterminants dans le basculement vers une logique de désinsertion. Le temps est en général celui des arrêts maladie à répétition. L'absence physique du salarié dans l'entreprise légitime un questionnement par rapport à sa mise en invalidité. Le seuil critique est celui qui correspond soit à un épuisement de l'environnement professionnel face à une situation d'échec de l'intégration de la personne, soit à la limite des tentatives de reclassement que l'entreprise propose au salarié.

Les acteurs du système s'accordent dans ce modèle sur l'inadaptation du salarié à l'entreprise et au monde du travail. La dynamique qui nourrit les interactions entre les acteurs par rapport au maintien dans l'emploi s'est étiolée. Chaque acteur, de façon relativement isolée, va se positionner par rapport à un accompagnement de la sortie du salarié.

Cette désinsertion s'appuie sur des représentations du handicap psychique comme antinomique avec le monde du travail.

Un médecin du travail l'exprime très clairement :

« Moi je ne fais pas de reconnaissance Cotorep pour des pathologies psychologiques. Ce n'est vraiment pas un réflexe. Je dirige pas mal vers l'arrêt maladie, l'invalidité en revanche car nous avons une très bonne prévoyance ».

Ce qui guide dans ces cas-là l'accompagnement du salarié, c'est une prise en charge médico-sociale de sa pathologie qui serait plus protectrice en opposition à l'univers de l'entreprise qui constitue une menace pour le salarié compte tenu de sa pathologie. Ce régime de justification est répandu dans de grandes entreprises qui ont en effet, mis en place des systèmes complémentaires de protection sociale plus avantageux que dans le régime général pour les personnes en invalidité pour raisons médicales notamment.

L'autre régime de justification des acteurs du système repose sur le caractère déviant de la personne, sa non-conformité aux attentes de l'entreprise.

Une assistante sociale fait état du cas d'une salariée de l'entreprise :

« C'était une femme qui en dix ans n'a jamais donné satisfaction et qui a même eu un blâme. Elle a un problème psychiatrique mais qui n'est pas officiel. Elle est brimée, elle souffre. La hiérarchie, tout le monde reconnaît son incompetence donc on risque le licenciement car il n'y a pas d'autres solutions.

Tous les gens qui l'ont approchée ont repéré un problème psychiatrique. Je lui ai proposé d'aller voir un psychiatre mais elle a refusé.

On voit qu'elle a un problème physiquement, elle n'a pas un comportement adapté, c'est une façon d'être, de parler, un manque de discernement. Elle était hors norme, elle ne répondait pas aux codes. Par exemple une fois j'étais à la cantine avec mes collègues à la suite d'un séminaire où on devait travailler et elle s'est installée avec nous comme si c'était normal juste parce qu'elle me connaissait ».

On observe dans ce système une faible proximité à la fois relationnelle et physique entre les acteurs. Les attentes vis-à-vis du salarié sont quasiment inexistantes, et chaque acteur est isolé face à un licenciement ou une mise en invalidité vécue comme un échec du maintien dans l'emploi. C'est la fuite face au salarié qui domine pour ne pas se confronter à ses propres limites ou son impuissance.

Le salarié dans ce système souffre souvent de son isolement et de son attitude de retrait par rapport à son maintien dans l'emploi. Il a parfois des revendications par rapport à l'entreprise, notamment dans les situations où il la considère comme responsable de l'émergence de ses troubles ou de sa situation de handicap. La plupart du temps, c'est tout de même un salarié en retrait, qui est souvent rattrapé par les soins ou le déni de sa maladie. Dans ce contexte, il désinvestit l'entreprise ou le monde du travail et la proximité avec les acteurs du système devient quasiment inexistante :

« Il y avait un autre qui voulait démissionner, il avait disparu, il a fallu que l'on aille chez lui mais pas de nouvelles, il a fallu que je contacte tout le monde, que j'appelle l'hôpital psychiatrique j'étais inquiète car le médecin traitant m'avait dit qu'il avait des tendances suicidaires. Mais il ne répond pas, il ne répond pas aux courriers.

Il a fallu que je menace le médecin psychiatre, on a recherché sa famille.

Au bout de 3 mois on a fini par avoir un arrêt de travail, mais les psychiatres ne m'ont jamais rappelé. Ils n'ont jamais suivi l'alerte, ils ne bougeaient pas.

Moi je ne l'ai pas payé pendant 4 mois pour alerter les médecins. Maintenant il va mieux, donc normalement il doit venir me voir, j'attends ».

Cette situation décrite par une responsable des ressources humaines montre à quel point la pathologie peut mener rapidement à une rupture du lien entre l'entreprise et le salarié. Dans ce cas, la mobilisation du système dépend de la bonne volonté d'un des acteurs qui va alerter l'entreprise sur le caractère urgent de la situation.

Selon une analyse positive, ce modèle de maintien dans l'emploi s'apparente à une mobilisation active et soutenue des acteurs du système, y compris le salarié, pour construire un projet de réinsertion

sociale et professionnelle à l'extérieur de l'entreprise. Ces situations un peu exceptionnelles existent malgré tout.

Un responsable des ressources humaines décrit la dynamique du système :

« Oui j'ai un cas psychologique très lourd, une personne avec un traitement psycho très lourd. La première fois que je l'ai rencontré il était prostré, il regardait ses chaussures, il répondait par oui ou par non. C'était un agent mouvement qui avait du mal à faire le deuil de son métier.

On a essayé d'aménager un poste d'aiguillage, en restreignant les tâches « sécurité »... on a beaucoup travaillé avec le médecin. Mais en fait il n'a pas tenu.

On s'est mis d'accord avec le médecin du travail pour le mettre en arrêt il fallait d'abord qu'il soit stabilisé. Notre chance ça a été que ça femme soit infirmière et elle a pris contact avec moi. Quand c'est allé mieux, le médecin de région m'a appelée et je l'ai revu pour voir ce qu'il pouvait faire. J'ai proposé au médecin un poste courrier, mais il m'a dit qu'il ne pourrait pas lire une adresse.

Avec sa femme et le médecin on a lancé une procédure de réforme et on a fait un travail pour qu'il l'accepte. Ca lui permettait de partir en province et de faire le deuil de son métier qui était un métier noble dans l'entreprise.

6 mois après, j'ai eu un RDV avec sa femme et lui, il était métamorphosé. En fait on a découvert que sa passion était de retaper les vieilles voitures, et en fait en étant réformé il a pu travailler en CAT et il a trouvé un garage qui pouvait l'accueillir pour bricoler. Il est donc parti à Limoges ».

On voit alors la dynamique du système qui ne s'est pas étiolée par rapport à l'échec d'un reclassement et s'est reconstruite autour d'un projet à l'extérieur de l'entreprise. Il y a alors une adhésion et une cohésion des acteurs du système autour de sa sortie de l'entreprise. Le maintien dans l'emploi bascule alors dans un registre positif.

TOME III

TROISIÈME PARTIE 301

L'ENTREPRISE FACE AUX SALARIÉS HANDICAPÉS PSYCHIQUES 301

| | |
|---|------------|
| <u>Chapitre 5 : Le handicap psychique dans l'entreprise : une timide prise en compte</u> | 303 |
| I. Une contrainte légale | 304 |
| A. L'obligation d'embauche de travailleurs handicapés..... | 304 |
| <u>1. Une préoccupation du xxe siècle</u> | 304 |
| a) Le devoir de réparation | 304 |
| b) La « charte » de 1975 | 306 |
| c) 1987 : le « recalibrage » | 308 |
| <u>2. Les ambiguïtés de la loi de 2005 par rapport à l'emploi</u> | 311 |
| a) La loi et l'emploi | 311 |
| b) L'impact de la loi sur les entreprises et la fonction publique..... | 314 |
| B. Une contrainte négociable | 319 |
| <u>1. Les modalités de l'accord d'entreprise : cadre et bilan</u> | 319 |
| a) Les raisons de l'accord | 319 |
| b) Les entreprises du Club ÊTRE face à la loi..... | 322 |
| <u>2. La mise en œuvre de l'accord d'entreprise</u> | 327 |
| a) Le principe | 327 |
| b) Les Missions handicap et leurs correspondants..... | 328 |
| II. Quelle place pour le handicap psychique dans cette politique du handicap..... | 334 |
| A. Dans les accords | 334 |
| <u>1. La difficile prise en compte du handicap psychique</u> | 334 |
| a) Le plan d'embauche en milieu ordinaire..... | 334 |
| b) Le plan de formation et d'insertion/intégration..... | 336 |
| c) Le plan de maintien dans l'emploi | 336 |
| d) Le plan de communication / sensibilisation | 338 |
| e) Le plan d'adaptation aux nouvelles technologies | 339 |
| <u>2. L'externalisation du handicap psychique</u> | 339 |
| <u>3. L'efficacité relative des accords d'entreprise</u> | 341 |
| B. La conjoncture politique : des avancées pour le handicap psychique ? | 342 |
| <u>1. La loi 2005 reçue par la psychiatrie</u> | 342 |
| <u>2. La politique de santé mentale</u> | 345 |
| <u>Chapitre 6 : Une question de l'entreprise dans sa globalité</u> | 349 |
| I. L'importance des représentations sociales dans l'insertion professionnelle..... | 351 |
| A. Les représentations du handicap..... | 351 |

| | |
|--|------------|
| 1. Définition | 351 |
| 2. Des représentations stigmatisantes | 353 |
| B. Les rapports de la société à la folie | 356 |
| 1. Le rapprochement impossible | 356 |
| 2. Entre peur et fascination | 359 |
| C. Les représentations du handicap psychique par rapport au travail | 362 |
| 1. Un salarié perçu comme moins compétent | 362 |
| 2. Entre défi et réticences | 364 |
| 3. La confrontation avec les valeurs de l'entreprise | 367 |
| II. L'entreprise, un monde social à part entière | 373 |
| A. Le monde social de l'entreprise | 373 |
| 1. Un espace de production du lien social | 373 |
| 2. Un acteur du jeu social | 375 |
| 3. Un monde complexe et intégré | 376 |
| B. Les « mondes sociaux » d'entreprises face au handicap psychique | 380 |
| 1. Air France | 381 |
| 2. EDF | 382 |
| 3. IBM | 384 |
| 4. SNCF | 385 |
| 5. Total | 387 |
| 6. Schéma de synthèse | 388 |
| | |
| CONCLUSION GÉNÉRALE 393 | |
| | |
| BIBLIOGRAPHIE 404 | |
| | |
| ANNEXES 433 | |
| Annexe 1 : Glossaire | 434 |
| Annexe 2 : Article 1 | 435 |
| Annexe 3 : Article 2 | 441 |
| Annexe 4 : Grilles d'entretiens | 445 |
| Annexe 5 : Questionnaire | 453 |
| Annexe 6 : Intégrer un salarié handicapé psychique dans l'entreprise (Guide pratique) | 457 |

TROISIÈME PARTIE

L'ENTREPRISE FACE AUX SALARIÉS HANDICAPÉS PSYCHIQUES

L'objectif de cette troisième partie est de montrer dans quelle mesure l'expérience du maintien dans l'emploi d'un salarié handicapé psychique ne peut être dissociée de l'entreprise dans sa globalité et de son identité en tant qu'organisation.

Un ensemble de cadres légaux et d'évolutions politiques a participé à une réflexion sur l'insertion professionnelle des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail. C'est dans ce contexte que l'entreprise se situe par rapport aux travailleurs handicapés et à leur maintien dans l'emploi. Plus particulièrement, dans les grandes entreprises concernées par notre étude, le cadre politique des actions en faveur des travailleurs handicapés est celui de l'accord d'entreprise. Nous verrons où se situent les personnes handicapées psychiques et quel est le rapport de ces entreprises au handicap psychique par le biais de l'analyse de ces politiques (Chapitre 5).

Enfin, le dernier chapitre doit nous permettre d'élargir notre problématique à une approche plus globale (Chapitre 6). En effet, le maintien dans l'emploi d'un salarié handicapé est une expérience locale mettant en jeu une multitude d'interactions entre différents acteurs. Cependant, le sens de ces interactions, et la dynamique systématique qui en émane, s'inscrivent dans des logiques sociales plus globales qui concernent l'entreprise dans sa totalité. Les pratiques sociales observées face à un salarié handicapé psychique sont portées par des représentations complexes de la folie, de la maladie mentale, du handicap et du travail. L'analyse de ces représentations doit apporter un éclairage sur les attitudes collectives à l'égard du handicap psychique et donc des entreprises et de leur salarié. Cette analyse sera mise en perspective par les diagnostics des cinq entreprises engagées dans cette étude et dans leur rapport global à la question du maintien dans l'emploi. Nous montrerons que ces entreprises représentent des mondes sociaux à part entière, et que les différents éléments qui la composent, tels que la culture, la structure, ou le mode de gestion des hommes, sont indissociables de leur rapport au maintien dans l'emploi de salariés handicapés psychiques.

Chapitre 5 : Le handicap psychique dans l'entreprise : une timide prise en compte

Dans le prolongement de notre réflexion intégrant les différentes dimensions de l'expérience du handicap psychique au niveau individuel, relationnel et systémique ainsi qu'au niveau environnemental, nous proposons dans cette partie d'étudier le cadre réglementaire et le contexte politique dans lequel s'inscrivent les entreprises engagées en faveur de l'emploi des personnes handicapées.

La problématique localisée de rencontre entre le handicap et le travail doit être mise en perspective avec un certain nombre de contraintes, d'obligations légales et de mesures politiques qui vont interférer sur la prise en compte de la personne dans l'entreprise. L'étude plus approfondie du cadre dans lequel s'inscrit la politique en faveur des personnes handicapées doit permettre d'identifier les zones d'ouverture et de souplesse propices à la reconnaissance de la singularité du handicap psychique.

Où apparaît plus particulièrement la question du handicap psychique dans les dispositifs et politiques des entreprises ? Dans quelle mesure les dispositifs répondent-ils de façon pertinente aux besoins spécifiques des salariés atteints de troubles psychiques ? Quels sont les changements actuels en matière de politique du handicap ou de politique de santé mentale ? Quel est leur impact sur la question de l'insertion professionnelle ?

L'environnement social est le terrain au cœur duquel naît la situation de handicap. Or il se construit en partie sur des règles et obligations formulées à une échelle globale. L'entreprise constitue l'environnement déterminant de l'insertion professionnelle dans la mesure où elle intègre ces contraintes, incorpore les règles pour mettre en œuvre sa politique. Elle est le premier cadre de réponse à la problématique spécifique du handicap psychique dans l'emploi. Quel est-il ? Fait-il une place particulière au handicap psychique ?

I. Une contrainte légale

A. L'obligation d'embauche de travailleurs handicapés

1. Une préoccupation du xxe siècle

a) Le devoir de réparation

Avant le début du xxe siècle, la question de l'emploi des personnes handicapées ne se posait pas comme enjeu de politique sociale. La mise au travail des invalides de guerre a été une réponse à la fois à la pénurie de main-d'œuvre qui a suivi l'hécatombe de la Première Guerre mondiale et au devoir de réparation accrue de la France vis-à-vis des blessés ou impotents.

Un mouvement privilégiant la rééducation et le reclassement professionnel s'est alors développé, soutenu par les pouvoirs publics (Ebersold, 1998). Puis une priorité a été donnée à l'indemnisation, à des initiatives de formation et de reconversion visant l'obtention d'un emploi adapté à la déficience. Ce nouvel engagement de l'État vis-à-vis de ce que l'on désigne désormais comme les « mutilés » de guerre correspond à la période de la « naissance de la réadaptation », selon les termes d'H.-J. Stiker (1997). L'idée nouvelle apparaît selon laquelle le manque créé par un organe ou une fonction qui dysfonctionne, peut être réparé, remplacé, compensé. Par ailleurs, des sentiments inspirés par l'horreur de la guerre poussent à l'expiation, au rachat, et à soigner les blessures cicatrisables.

D'un point de vue législatif, cette volonté de réparation se matérialise par la loi du 26 avril 1924 qui édicte l'emploi obligatoire des mutilés de guerre. Cette loi met en place les premières mesures de reclassement professionnel pour les victimes de guerre¹³⁸ et organise l'accès au travail des mutilés, notamment au moyen d'une obligation d'emploi dont le taux est fixé à 10 % des effectifs salariés. C'est la première fois qu'apparaît une obligation aussi contraignante dans l'histoire de l'emploi des personnes handicapées en France (même si la loi du 31 mars 1919 marquait un premier mouvement en ce sens avec la création de pensions pour les mutilés et victimes de la guerre, de centres d'appareillage et de rééducation fonctionnelle et d'emplois réservés). Ce taux a pu être imposé grâce à l'action de l'Office national des mutilés et réformés créé en 1916, malgré les réticences du ministère du Travail et du secteur industriel (Blanc, 1999, p. 84).

¹³⁸ La loi mentionne que les militaires titulaires d'une pension d'invalidité, les veuves et orphelins de guerre bénéficient de l'obligation d'emploi votée par le Parlement.

Au regard de ces évolutions, S. Ebersold remarque même que « le travail constitue indiscutablement le fil conducteur autour duquel s'est institutionnalisée la notion de handicap. En effet, qu'il s'agisse des mutilés, des invalides du travail ou de ceux que l'on appelait les infirmes civils », le cadre institutionnel chargé de se préoccuper de ces populations s'est organisé autour de la question du travail et du retour à l'emploi » (*op. cit.*, 1998, p. 40).

Pourtant une première loi impliquant la prise en compte des personnes handicapées dans le monde du travail datait du siècle précédent. Comme le montre H.-J. Stiker, la loi du 9 avril 1898¹³⁹ sur les accidents du travail est le premier tournant d'une prise de conscience collective de la responsabilité vis-à-vis des personnes handicapées : « S'il est vrai que c'est la question des invalides de guerre qui a établi le concept de réadaptation et mis en place le reclassement professionnel, donc la réintégration dans la société, y compris économique, les idées de réparation, de responsabilité collective, d'implication de l'État, de normalisation sur la moyenne, d'assurance sociale, avaient germé à propos des accidents du travail » (*op. cit.*, 1982, p. 129). Cette prise de conscience associée au mouvement de réadaptation fait dire à cet auteur que s'opère un basculement d'une époque à une autre. On passe de l'infirmes au mutilé pour lequel une insuffisance doit être compensée, et petit à petit s'opérera un glissement vers un nouveau langage s'articulant sur le « handicap ».

Suite à cette loi et jusqu'à la Seconde Guerre mondiale, différentes institutions, associations et initiatives vont légitimer la volonté de retour à l'emploi des mutilés mais aussi de ceux que l'on nommait les « infirmes civils » (Ebersold, 1998, p. 41). Par exemple, la Ligue pour l'adaptation du diminué physique au travail (Ladapt), créée en 1929, propose d'aider des personnes qui ne possèdent plus la totalité de leurs facultés physiques à s'adapter, se réadapter au travail afin de pouvoir exercer une activité professionnelle. De même, l'Association pour la formation des mutilés a créé en 1946 une structure spécifique permettant aux « jeunes hommes handicapés physiques de retrouver leur place dans la vie professionnelle et la société » (Mutterer *in* Ebersold, 1998, p. 42).

La figure du handicapé s'étend ainsi peu à peu à l'ensemble des personnes atteintes d'une déficience.

C'est la loi de 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés qui entérine définitivement la notion de handicapé par rapport à l'emploi et la centralité du travail dans un processus de normalisation soutenu par la réadaptation. Dans le contexte de croissance et de relative aisance budgétaire qui a suivi la Seconde Guerre mondiale, l'obligation d'emploi est étendue avec une contrainte de 3 % de travailleurs handicapés, reconnus comme tels par les Commissions départementales d'orientation des infirmes (CDOI). Ce taux est inclus dans les 10 % antérieurement prévus. Désormais, la priorité sera donnée à l'emploi.

Malgré les critiques qui lui ont été adressées ensuite en raison des difficultés d'application, cette loi a marqué la mise en place d'un dispositif précis et coercitif en ce qui concerne l'obligation d'emploi de

¹³⁹ La loi sur les accidents du travail institue le principe de la responsabilité sans faute de l'employeur, fondée sur le risque professionnel, et limitant cette responsabilité qui est forfaitaire.

travailleurs handicapés, notion qui ne se limite plus aux mutilés de guerre, aux accidentés du travail et aux infirmes. Un travailleur handicapé est désormais qualifié comme tel par une commission experte, en l'occurrence la CDOI. Cette commission considère comme travailleur handicapé « toute personne dont les possibilités d'acquérir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales¹⁴⁰ ».

Par cette reconnaissance administrative s'ouvre un droit à l'emploi pour ces personnes qui comme le remarque A. Blanc, « sortent du droit commun » du fait de ce statut spécifique qu'on leur attribue par rapport au travail (1999, p. 18). La loi pose les principes et définit les modalités de réinsertion professionnelle s'appuyant de la réadaptation fonctionnelle et la rééducation professionnelle. Ce changement de paradigme est renforcé par la création d'un secteur de travail protégé. Ce secteur est constitué par les centres d'aide par le travail, les ateliers protégés et les centres de distribution de travail à domicile

Le champ d'assujettissement à l'obligation d'emploi s'est étendu. En plus du secteur privé, des entreprises publiques et nationalisées, ce sont désormais les administrations de l'État, les collectivités locales, les établissements publics et les entreprises nationales qui sont concernés.

La loi du 23 novembre 1957 constitue toujours un texte fondamental s'agissant de l'élaboration des politiques publiques en matière d'emploi des personnes handicapées, et les principes qu'elle pose se retrouvent dans les nouvelles législations.

b) La « charte » de 1975

Le 30 juin 1975, le Parlement vote deux lois complémentaires en faveur des personnes handicapées. L'une concerne le fonctionnement des institutions et la place des professionnels, l'autre porte sur l'orientation des personnes handicapées.

Ces lois répondent au bilan médiocre du système d'accompagnement des personnes handicapées révélée par le rapport Bloch-Lainé¹⁴¹. Plus qu'un texte législatif supplémentaire, la loi d'orientation « constitue une véritable charte des droits des personnes handicapées » (Cros-Courtial, 1998, p 160). Elle consacre l'abandon du concept d'assistance au profit de celui de solidarité. En effet, elle érige en obligation nationale l'éducation, la formation, l'emploi et l'intégration des handicapés dans la société. « Pour la première fois est ainsi solennellement reconnue l'obligation pour l'État d'accomplir l'effort supplémentaire en vue d'assurer aux handicapés les mêmes droits qu'aux autres personnes et de mettre en œuvre les moyens nécessaires à leur intégration. Pour la première fois également, un texte aborde l'ensemble de la situation des handicapés et tous les problèmes d'insertion sociale : la loi contient des dispositions relatives aux enfants et adolescents handicapés, aux prestations, à l'emploi » (*op. cit.*, 1998, p. 156).

¹⁴⁰ Article 1^{er} de la loi n°57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement professionnel des travailleurs handicapés.

¹⁴¹ Bloch-Lainé, François, « Etude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées », Rapport au Premier ministre, *Supplément aux notes et études documentaires*, La Documentation française, 1969, 74 p.

Cette loi est régie par trois principes de base (Houillon, 2004) :

- une réaffirmation de l'emploi (axée sur le milieu ordinaire du travail) et de la garantie d'un minimum de ressources comme obligation nationale : « la prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale » (article premier).
- La mise en place des Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep) et des Commissions départementales d'éducation spéciale (CDES) pour les moins de 20 ans qui attribuent la Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. Avec la mise en place de ces commissions, c'est le principe de la garantie de ressources qui est institué, notamment avec la création d'un certain nombre d'allocations ; la reconnaissance des multiples intervenants (famille, État, Sécurité sociale, associations).
- Plus spécifiquement, en ce qui concerne l'emploi, la loi prévoit pour les entreprises de plus de 10 salariés (15 dans l'agriculture), un quota obligatoire de salariés handicapés à hauteur de 10 % de leur effectif. Sont concernés les mutilés de guerre et assimilés (veuves, orphelins), les victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle, et les « travailleurs handicapés » reconnus comme tels par la Cotorep. Par ailleurs, elle prévoit trois types de dispositions en plus des aides financières accordées aux établissements, organismes et employeurs, afin de favoriser la mise au travail en milieu ordinaire : l'orientation, la rééducation ou la formation, le placement (Blanc, 1999).

Ainsi, A. Blanc, reprenant les termes de M. Tachon, souligne à quel point la loi d'orientation de 1975 apparaît « non seulement comme un texte rassemblant des mesures législatives éparpillées, mais comme un document construisant un secteur handicapé et imposant une transformation des modes organisationnels, ce qui induit du changement dans la pratique rééducative » (Tachon *in* Blanc, 1999, p. 40). C'est d'ailleurs la principale critique formulée à l'égard de cette loi, celle de la création d'un secteur spécialisé du handicap fondé sur un statut et un droit particulier aux personnes, les écartant dans une certaine mesure du droit commun. L'émergence d'une multitude d'établissements spécialisés pour répondre à leurs besoins particuliers aurait l'effet pervers de maintenir les personnes handicapées dans des filières à la marge. L'étiquette de personne handicapée devient alors un stigmate et le sort de cette population dépend entièrement des commissions *ad hoc*. En effet, le bénéfice du statut est subordonné à la reconnaissance préalable de la qualité de travailleur handicapé par un organe d'identification, la seule incapacité physique ne suffisant pas à conférer cette qualité.

Malgré la reconnaissance unanime de la complexité de l'application de ce processus de désignation, un certain nombre d'aspects positifs se dégagent. A. Blanc en souligne deux plus particulièrement : « Les handicapés se sont constitué une identité collective, et *via* leurs associations ils ont été reconnus par les pouvoirs publics ; cinq cent mille adultes handicapés sont autonomes et disposent d'un revenu minimum tandis que l'accueil des travailleurs handicapés en milieu de travail protégé s'est beaucoup

développé » (*op. cit.*, 1999, p. 40). Par ailleurs, il souligne que la loi de 1975 introduit une nouveauté : la responsabilité collective qui « supprime l'obligation traditionnelle d'entraide familiale » (*ibid.*).

L'échec le plus significatif de cette loi semble être celui lié à l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés en milieu ordinaire de travail. Les dispositions législatives, apparemment contraignantes mais difficiles à mettre en œuvre, se sont révélées très peu efficaces. De plus, elles couvraient insuffisamment la population handicapée. Ainsi le quota des 10 % n'a jamais été respecté et, en revanche, le nombre des structures de travail protégé (plus particulièrement les CAT) a augmenté de façon exponentielle.

c) 1987 : le « recalibrage¹⁴² »

Les limites de ces lois sur l'insertion professionnelle ont conduit le législateur à apporter des améliorations dans le domaine de l'emploi. De ce bilan est née la loi du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés. Elle apparaît dans un contexte économique contrasté et difficile, caractérisé par une situation dégradée de l'emploi, particulièrement pour les personnes handicapées.

La loi stipule ainsi que « tout employeur occupant au moins vingt salariés est tenu d'employer, à temps plein ou à temps partiel, des bénéficiaires de la présente section dans la proportion de 6 % de l'effectif total de ses salariés¹⁴³. » La loi soumet à l'obligation d'emploi les secteurs privés et publics, quelle que soit la nature juridique des établissements. Et comme le souligne A. Blanc, il faut noter que désormais « l'État se soumet à ses propres directives » (*op. cit.*, 1999, p. 85).

La loi reconnaît cinq catégories de bénéficiaires :

- les travailleurs handicapés reconnus par la Cotorep ;
- les victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle ayant une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaires d'une rente attribuée au titre du régime général de la Sécurité sociale ;
- les titulaires d'une pension d'invalidité attribuée par la Sécurité sociale – si toutefois l'invalidité de l'intéressé réduit au moins des deux tiers ses capacités de travail et de gain ;
- les anciens militaires et assimilés titulaires d'une pension militaire d'invalidité ;
- les veuves de guerre, les orphelins de guerre, les mères veuves non remariées ou mères célibataires d'enfants décédés par suite de guerre, etc.¹⁴⁴

¹⁴² Nous empruntons cette expression à M.-L. Cros-Courtial dans son article « Les grands principes de l'intervention collective depuis 1945 » (1998).

¹⁴³ Article L.323-1 du Code du travail.

¹⁴⁴ Article L. 323-3 du Code du travail.

Cette loi a ceci de particulier qu'elle permet aux établissements de s'acquitter partiellement ou totalement de l'obligation selon différentes alternatives.

Tout d'abord, elle autorise l'emploi direct de travailleurs handicapés à condition qu'ils aient une reconnaissance Cotorep. Cette disposition s'est traduite entre autres par l'incitation aux salariés déjà embauchés depuis plusieurs années et présents dans les effectifs dans les entreprises, d'obtenir la reconnaissance d'un handicap par la Cotorep.

Les entreprises peuvent signer des contrats de sous-traitance ou de fournitures avec le secteur protégé, dont les montants d'achats sont traduits en équivalents emploi dans la limite de 3 % du taux d'emploi total¹⁴⁵.

Un autre moyen de s'acquitter de l'obligation lorsque l'entreprise n'atteint pas les 6 % prescrits consiste à mettre en place d'une politique contractuelle par la signature d'un accord collectif prévoyant un programme pluriannuel en faveur des travailleurs handicapés¹⁴⁶. Cet accord est signé par les partenaires sociaux et agréé par l'État. Il devient alors exonérateur.

La dernière alternative est celle du versement d'une contribution au Fonds de développement pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph)¹⁴⁷. Le montant de la contribution se situe entre 300 à 500 fois le Smic horaire, selon la taille de l'entreprise.¹⁴⁸

C'est désormais l'obligation de résultat qui se substitue à l'obligation de procédure. L'objectif est celui des 6 % qui est comptabilisé à partir des unités bénéficiaires que représentent les salariés handicapés et les contrats passés avec le secteur protégé. Le nombre d'unités bénéficiaires comptabilisées pour un salarié peut varier de 1 à 3 en fonction de la gravité de son handicap, de son âge, de la date de son embauche ou de son emploi précédent dans un établissement spécialisé. Contrairement aux lois précédentes, la loi de 1987 veut favoriser l'insertion professionnelle plus que le reclassement et inclut tous les types de handicap. C'est une des avancées de la loi, D. Velche le souligne, que d'avoir élargi la population bénéficiaire de l'obligation non seulement aux accidentés du travail mais aussi aux travailleurs handicapés. De plus, grâce à cette loi, les personnes handicapées ont pu devenir un public prioritaire pour bénéficier des aides à l'emploi des dispositifs de droit commun (Velche, 2000).

Encadré XI : L'Agefiph

L'Agefiph est une association privée avec une mission de service public dans le cadre de la politique de l'emploi des personnes handicapées menée par les pouvoirs publics. Née de la loi de 1987, c'est avant tout une association gestionnaire chargée de recouvrer les contributions financières versées par les entreprises assujetties à l'obligation d'emploi des personnes handicapées. En 2004, ces contributions s'élevaient à 404 millions d'euros.

¹⁴⁵ Article L. 323-8 du Code du travail.

¹⁴⁶ Article L. 323-8-1 du Code du travail.

¹⁴⁷ Voir encadré XI.

¹⁴⁸ Article L. 323-8-2 du Code du travail.

L'Agefiph est au service des personnes handicapées et des entreprises et elle poursuit quatre objectifs principaux :

- développer la qualification des personnes handicapées
- améliorer l'accès à l'emploi des travailleurs handicapés
- aider les entreprises à recruter et à conserver leurs salariés handicapés
- approfondir la connaissance de la population active handicapée.

Elle apporte aide et conseil ainsi que l'appui d'un réseau de prestataires et de partenaires tels que l'Anpe, l'Afpa, l'Unedic, l'Anact.

En 2005, l'Agefiph a conduit plus de 226 000 interventions en direction des personnes handicapées. Sa connaissance du secteur et son travail d'analyse en font un expert de l'emploi des personnes handicapées.

Cette association présente la particularité d'être gérée de façon paritaire. Son conseil d'administration est composé de quatre collèges : employeurs, salariés, associations de personnes handicapées et un collège de personnalités. Ils définissent la stratégie et la politique d'intervention de façon collégiale.

Le siège définit la stratégie et la politique générale. Cinq directeurs territoriaux déclinent et coordonnent les décisions nationales. L'Agefiph coordonne un réseau de 1 100 professionnels des consacrant à l'accompagnements des personnes handicapées.

Pourtant, vingt-cinq ans plus tard le bilan n'est pas à la hauteur des espérances : fin 2004, 5 258 140 travailleurs handicapés étaient sans emploi et disponibles pour travailler, soit 7,5 % de l'ensemble des personnes inscrites à l'Anpe dans les mêmes catégories de demande (Agefiph, 2005). Par ailleurs, l'enquête HID révèle que 557 000 personnes handicapées étaient en emploi fin 2004 dont 223 762 dans des établissements privés assujettis à la loi de 1987. Le nombre d'embauches dans ces établissements a diminué en 2001. Par ailleurs en 2001, force est de constater que seuls 30 % des établissements avaient atteint le quota de 6 % par l'emploi direct de salariés et que les travailleurs handicapés représentaient moins de 3 % des effectifs des entreprises assujettis. Cela, alors que plus de 7 % des demandeurs d'emploi étaient handicapés. Enfin, 36 % des établissements concernés n'employaient aucun handicapé et plus de 83 % d'entre eux ne s'acquittaient de leur obligation d'emploi que par le versement d'une contribution financière à l'Agefiph.

Ces résultats insatisfaisants légitiment les critiques et observations qui ont été adressées à cette loi.

Dans un souci de réalisme et au regard de la complexité des lois précédentes, les législateurs de 1987 ont en réalité proposé une loi dans une certaine mesure permissive pour les entreprises. Le quota a fortement diminué (passant de 10 % à 6 %), et l'effectif d'assujettissement minimum, fixé à 20 personnes écarte de l'obligation toutes les petites entreprises ou celles réparties en une multitude d'établissements de moins de 20 personnes. On observe en fait une réduction de l'obligation d'emploi et une remise en question de l'efficacité d'une politique de quotas.

La critique la plus forte émise à l'égard de la loi de 1987 est celle de la « légalisation des alternatives à l'emploi ». Elle a été formulée entre autres par A. Blanc dans son analyse du dispositif en faveur de l'emploi des personnes handicapées (1999, p. 93). Il montre que les différents moyens de s'acquitter de l'obligation sont en réalité des outils subsidiaires à l'embauche de travailleurs handicapés. La loi devient

alors un moyen pour les entreprises de se décharger de la responsabilité collective que créait initialement le nouveau dispositif pour développer l'insertion en milieu ordinaire de travail.

2. Les ambiguïtés de la loi de 2005 par rapport à l'emploi

a) La loi et l'emploi

Le 11 février 2005 a été adoptée la nouvelle loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Cette loi s'est appuyée sur trois textes de référence : la loi d'orientation de 1975, la loi sur l'emploi de 1987 et la loi du 12 juillet 1990 relative à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap. Plus qu'une réelle réforme de la politique du handicap, cette loi a pour vocation de renforcer l'action et le dispositif déjà existant en faveur de l'accompagnement des personnes handicapées. Elle réaffirme également le devoir de « solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale » à l'égard de cette population, selon les termes du Secrétariat d'État aux Personnes handicapées¹⁴⁹.

Les principales réformes contenues dans cette nouvelle loi portent sur l'ensemble des champs relatifs à la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. La nouvelle politique du handicap est analysée par P.- D. Courbin¹⁵⁰ (2004) en ces termes :

- Elle apporte une nouvelle définition du handicap qui s'appuie sur une approche plus pratique avec une prise en compte de l'environnement de vie de la personne.
- Elle prévoit la mise en œuvre de politiques de prévention, de réduction et de compensation du handicap.
- Elle garantit aux personnes handicapées le libre choix de leur projet de vie. Sera dissocié un droit à la compensation des conséquences du handicap d'une aide financière cumulée avec les moyens d'existence tirés du travail ou de la solidarité nationale.
- Elle affirme la priorité d'une scolarisation de droit commun en milieu scolaire ordinaire de proximité.
- Elle introduit de nouvelles dispositions en matière d'insertion professionnelle.
- Elle fait évoluer le dispositif du secteur protégé.
- Elle renforce l'obligation de rendre accessible le cadre bâti et les transports.
- Elle réforme le dispositif public d'accueil, d'évaluation et d'orientation des personnes handicapées par la mise en place des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

¹⁴⁹ En ligne sur <http://www.handicap.gouv.fr/rubrique.php3>.

¹⁵⁰ Sous-directeur, sous-direction des Personnes handicapées, Direction générale des affaires sociales.

La particularité de ce texte par rapport aux précédentes lois réside dans l'obligation de conformité avec les principes de non-discrimination, notamment au niveau européen.

Un basculement s'est opéré en France en 1990 avec la loi du 12 juillet relative à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap. Malgré l'attachement des différentes Républiques françaises au principe d'égalité des citoyens dans ses différentes constitutions, les lois en faveur des personnes handicapées reposent historiquement sur un modèle de discrimination positive. Elles établissent un traitement plus favorable à l'égard des personnes handicapées pour tenter de compenser les effets d'une déficience qui ne leur permet pas d'assurer les rôles sociaux auxquels elles pourraient légitimement prétendre. Ce sont des politiques d'action préférentielle de l'État en faveur des personnes les plus en difficulté qui se sont plus particulièrement développées en France dans les différents domaines de l'intervention publique depuis les années quatre-vingt. Cette évolution, analysée notamment par rapport au handicap par S. Wuhl (2003), s'est illustrée par des politiques sociales redistributives (revenu minimum d'insertion, allocations sous condition de ressources) ; des politiques d'emploi et d'insertion ; des politiques de l'éducation (définition de zones d'éducation prioritaire assorties de moyens pédagogiques augmentés) ; des politiques de la ville appliquées à des sites désignés comme prioritaires ; des politiques d'aménagement du territoire (création de zones d'aménagement bénéficiant d'avantages financiers et fiscaux destinées à compenser des situations inégales de développement).

Dans le champ du handicap, à la loi de 1990 viennent s'ajouter de nouvelles directives européennes découlant traité d'Amsterdam signé le 2 octobre 1997¹⁵¹. En promouvant les droits fondamentaux, l'ambition de ses rédacteurs était de confirmer formellement le respect des droits de l'homme notamment par une lutte plus efficace contre les discriminations : cette lutte, désormais, comprend non seulement la discrimination nationale, mais aussi la discrimination fondée sur le sexe, la race ou l'origine ethnique, la religion ou les croyances, un handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle¹⁵². Dans cet article, deux dispositions viennent renforcer le principe de non-discrimination déjà établi dans l'article 12 (ex-article 6) qui interdisait toute discrimination exercée en raison de la nationalité. La première étend l'interdiction au handicap. La seconde tien à ce que la conférence intergouvernementale qui a élaboré le traité d'Amsterdam a renforcé cette garantie par le biais d'une déclaration insérée dans l'Acte final. Cette déclaration prévoit que lorsque la Communauté prend des mesures visant à rapprocher les législations des États membres, ses institutions tiennent compte des besoins des personnes handicapées.

Comme le souligne F. Fardeau dans son rapport sur l'analyse comparative et prospective du système de prise en charge des personnes handicapées, « le principe de non-discrimination conduit à inclure les notions d'aménagement ou d'adaptation raisonnable et d'ajustement compensatoire, qui dépendent à l'évidence de chaque cas particulier » (*op. cit.*, 2003, p. 45).

¹⁵¹ Ce traité est entré en vigueur le 1^{er} mai 1999 et a modifié les traités UE et CE.

¹⁵² Article 13.

C'est à partir de ce principe que la loi Handicap 2005 a privilégié le droit à une compensation personnalisée des handicaps par la création d'une prestation de compensation des surcoûts liés au handicap. Cette prestation est déterminée en fonction des besoins de la personne dans le cadre d'un plan personnalisé de compensation du handicap par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. Elle est accordée pour faire face à des charges d'aides humaines, techniques, animalières, d'aides à l'aménagement du logement et du véhicule ou spécifiques ou exceptionnelles comme celles relatives à l'acquisition ou l'entretien de produits liés au handicap. Elle est versée en nature ou en espèces selon le choix du bénéficiaire. La priorité est également donnée à une scolarisation en milieu ordinaire. La loi pose le principe de la reconnaissance du choix des parents, renforce la responsabilité de l'État en matière de scolarisation des enfants handicapés, prévoit un projet individualisé élaboré en fonction de l'évaluation des besoins de l'enfant et organise la complémentarité des réponses pédagogiques et médico-sociales. Du côté de l'emploi, c'est le milieu ordinaire de travail qui doit être privilégié et les possibilités de mises à disposition de salariés handicapés du milieu protégé sont facilitées par la création d'un dispositif de suivi et d'accompagnement, et d'un droit au retour en établissement spécialisé.

Malgré les réformes apportées en 2005, l'analyse de M.-L. Cros Courtial réalisée en 1998 des lois de 1957 et 1975 semble toujours d'actualité. Les deux caractères principaux qu'elle signalait, une législation d'identification et une protection sociale, sont toujours présents dans la nouvelle loi Handicap, maintenant la question du handicap dans une logique de dispositif dissocié du droit commun. Elle montrait en effet que nous avons élaboré une législation d'identification catégorielle en ce sens qu'elle reconnaît l'existence d'une population spécifique : « Le dispositif légal vise d'abord au moyen d'une instance d'identification, à repérer les handicapés, à les distinguer dans leur ensemble des autres travailleurs, à les identifier afin de les faire bénéficier d'un statut particulier » (*op. cit.*, 1998, p. 157). En 2005, le principe est le même malgré le changement de l'instance d'identification : aux anciennes Cotorep et CDES s'est substituée la CDA (Commission des droits à l'autonomie) commune à toutes les personnes handicapées, et passage obligé pour accéder au dispositif de compensation.

Par ailleurs, cette législation a une finalité de protection sociale dans la mesure où elle vise à protéger une minorité défavorisée. « Pour les personnes handicapées, les dispositions sont édictées en contemplation d'un état qui les place dans une situation d'infériorité par rapport aux travailleurs valides et ont vocation à rétablir une situation d'égalité » (*ibid.*). La loi de 2005 sur l'insertion professionnelle adopte la même attitude. Malgré l'évolution de la terminologie concernant la prise en compte de l'environnement dans la définition du handicap, ces textes entretiennent l'idée que le handicap est avant tout une affaire individuelle et que les personnes handicapées se situent dans une forme de déviance comportementale par rapport à une norme dominante.

b) L'impact de la loi sur les entreprises et la fonction publique

La loi de 2005 n'opère pas de changement radical par rapport à 1987 puisqu'elle maintient l'obligation d'emploi à hauteur de 6 %. Pourtant la question de l'abandon de cette obligation a fait l'objet de débats, ainsi que la possibilité de mettre en place un dispositif juridique axé sur la non-discrimination et l'égalité des chances, rompant ainsi avec l'assistance pour se tourner résolument vers la question du respect des droits des personnes handicapées. Face à la faiblesse des propositions alternatives et à la pression des associations craignant pour l'emploi effectif des personnes handicapées, un accord tacite s'est fait rapidement pour limiter la question de l'emploi à quelques modifications du texte existant. Le quota des 6 % est donc maintenu pour les établissements de plus de 20 salariés, et surtout, l'ensemble des alternatives à l'emploi évoquées plus haut permettent toujours de s'acquitter partiellement de l'obligation.

Malgré tout, les quelques modifications apportées à la loi vont avoir un impact sur les entreprises, quel que soit leur profil en ce qui concerne l'obligation d'emploi de personnes handicapées. D. Velche a fait une étude détaillée de l'évolution de l'emploi des personnes handicapées dans la nouvelle loi sur laquelle nous nous appuyons en partie pour montrer quelles pourront être les éventuelles conséquences des changements intervenus sur les politiques en faveur des personnes handicapées (2004).

Le système comptable

Tout d'abord la liste des bénéficiaires de l'obligation d'embauche s'étend désormais à deux nouvelles catégories : les titulaires de la carte d'invalidité et les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)¹⁵³. Cette nouvelle population se caractérise par un niveau élevé de handicap (80 % d'invalidité) et elle n'aura pas à multiplier les démarches administratives. Auparavant, ces personnes déjà passées en commission auprès de la Cotorep pour obtenir des allocations devaient ensuite faire une demande de Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé pour bénéficier de la loi. En entreprise, cela va permettre d'étendre légèrement le champ de la population valorisée par rapport à l'obligation d'embauche.

Par ailleurs, le nombre d'entreprises concernées par la loi devrait augmenter au regard des nouveaux systèmes de calcul. En effet, le seuil de 20 personnes était précédemment calculé sur la base d'une assiette d'assujettissement qui comprenait le nombre total de salariés de l'entreprise moins les emplois exclus¹⁵⁴. La notion d'emplois exclus est supprimée. En effet, l'interdiction d'accéder à certains emplois en raison d'un état de santé particulier est contraire aux directives européennes de non-discrimination. La majorité des entreprises du BTP, qui n'étaient pas assujetties à l'obligation, vont devoir désormais

¹⁵³ Article L. 323-3 du Code du travail.

¹⁵⁴ La liste des ECAP est strictement limitative et est définie par la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS-ESE). Elle est exclusive de toute interprétation. Aucune assimilation à des catégories existant dans cette nomenclature (reprise à l'article D-, 323-3 du Code du Travail) ni aucun ajout ne peuvent être effectués.

s'en acquitter. Malgré tout, la loi prévoit la prise en compte d'Emplois exigeant des conditions d'aptitudes particulières (Ecap) par l'attribution d'un coefficient de minoration au montant de la contribution¹⁵⁵.

D'un point de vue comptable, et toujours dans l'esprit de la non-discrimination, c'est la façon de compter les bénéficiaires qui va profondément changer les pratiques des entreprises. Jusqu'alors, une personne handicapée obtenait une RQTH, attribuée sous la forme de l'une des trois catégories qui se faisait sous forme de trois catégories permettant d'attribuer des aides en fonction de la gravité et de la durée du handicap constaté : A (léger ou temporaire), B (modéré et durable), C (grave et définitif). Le calcul du pourcentage de personnes handicapées présent dans les entreprises se faisait par une comptabilisation d'unités bénéficiaires. Ce système permettait une pondération qui prenait en compte non seulement la gravité du handicap mais aussi l'âge et le parcours antérieur de la personne. Ainsi, un salarié reconnu en catégorie C par la Cotorep et de plus de 50 ans pouvait par exemple représenter jusqu'à 5 unités à lui seul. Comme le signale D. Velche, cette méthode paraissait choquante pour les associations, qui y voyaient un façon d'éviter d'employer un nombre réel plus important de personnes handicapées (2004). Désormais chaque salarié bénéficiaire de l'obligation compte pour une unité quels que soient son âge, son handicap et son parcours professionnel. De façon mathématique, le quota d'emploi de certaines entreprises devrait chuter automatiquement du fait de ce nouveau mode de calcul. Dans certaines grandes entreprises engagées dans des politiques contractuelles en faveur des travailleurs handicapés, ce nouveau mode de calcul est largement contesté pour deux raisons majeures. Tout d'abord, leurs efforts pour approcher le taux de 6 % semblent anéantis car ce système leur fait perdre de façon mathématique 1 à 3 points sur leur taux d'emploi. La raison d'être de la politique contractuelle serait alors menacée, selon les responsables des Missions Handicap¹⁵⁶.

Par ailleurs, ce système remettrait en question les efforts particuliers consentis pour insérer des personnes lourdement handicapées, car ils ne seront plus reconnus financièrement. Or les grandes entreprises qui ont par exemple participé à cette étude emploient majoritairement des personnes lourdement handicapées.

Le nouveau système comptable repose sur les principes d'égalité et de non-discrimination, autrement dit on ne réservera plus de traitement particulier à une population, dans le domaine de l'insertion professionnelle. La loi doit s'appliquer à toutes les entreprises, quels que soient leurs métiers, et concerner toutes les personnes handicapées. Cette approche, politiquement honorable, est en réalité dans une certaine mesure contournée. En effet, la prise en compte d'une distinction en fonction du handicap, ainsi que la notion d'emplois exclus sont réintroduites en aval par une minoration de la contribution volontaire à l'Agefiph avec la prise en compte d'Emplois exigeant des conditions d'aptitudes particulières (Ecap) et la reconnaissance de la lourdeur du handicap par rapport à l'insertion

¹⁵⁵ Les ECAP sont rattachés à certain secteurs d'activité : 70 % des établissements dans l'agriculture, plus de 50 % des établissements dans la construction et 39 % des établissements dans les transports et communication.

¹⁵⁶ Je m'appuie plus particulièrement à ce moment de l'analyse sur l'observation participante des débats qui ont eu lieu au sein du Club ÊTRE durant la préparation de la loi et au fur et à mesure de la parution des décrets d'application.

professionnelle. La prise en compte de ces catégories spécifiques d'emploi est donc en réalité maintenue, non plus sur un principe d'interdiction mais sur celui d'une réduction de la pénalité financière.

Les alternatives à l'obligation

Malgré la remise en question du principe, l'alternative à l'emploi direct est maintenue dans la loi de 2005. Ainsi les entreprises peuvent toujours s'acquitter de leur obligation en totalité en appliquant un accord d'établissement, d'entreprise ou de branche, et depuis cette loi, de groupe. Cette alternative qui valorise une politique contractuelle dans les entreprises est renforcée par la nouvelle obligation de négocier, pour les entreprises ayant signé un accord, avec les partenaires sociaux tous les trois ans les mesures relatives à l'insertion des travailleurs handicapés. Cette obligation de négocier est désormais étendue à toutes les entreprises où se sont constituées une ou plusieurs sections syndicales représentatives, et ce chaque année, quel que soit le taux d'emploi.

La possibilité de s'acquitter partiellement de l'obligation d'emploi (en dessous de 3 %) en passant des contrats de fourniture de sous-traitance ou des prestations avec des établissements de travail protégé est maintenue. Il faut remarquer que son intérêt est relatif puisque l'équivalence en unités bénéficiaires de ces contrats est, malgré une revalorisation dans la loi de 2005, très peu avantageuse. Dans une entreprise comme Air France, en 2004, le montant du chiffre d'affaires des contrats d'achats ou de sous-traitance avec le secteur protégé s'élevait à 2 478 000 Euros, et ne représentait pourtant que 4,23 % du montant de la contribution (alors qu'il peut atteindre 50 % selon la loi).

Une nouvelle alternative à l'obligation d'emploi a été introduite par la loi de 2005. Elle ne permet pas de se dégager totalement de l'obligation, mais elle offre la possibilité de valoriser des actions qui pourtant ne participent pas directement à l'insertion professionnelle. Les entreprises peuvent désormais déduire de leur cotisation, à hauteur de 10 % de cette dernière, des dépenses qui ne leur incombent pas en application d'une disposition législative ou réglementaire. Les dépenses déductibles peuvent être liées à la réalisation de travaux d'accessibilité, à l'aménagement d'un poste de travail ou, de façon moins directe, elles peuvent concerner par exemple l'aide au logement ou des partenariats avec des associations. Cette mesure, tout en incitant à une diversification des politiques d'entreprise et en permettant la valorisation d'actions ponctuelles, offre une nouvelle possibilité de contourner l'embauche directe bien que le montant des déductions soit plafonné.

Enfin, la possibilité de se dégager de la totalité de son obligation en versant une « contribution volontaire », à l'Agefiph est maintenue mais dans des conditions différentes. Cette contribution qui se calculait en heures de Smic par bénéficiaire manquant est désormais modulée selon la taille de l'établissement : 300 pour des effectifs de 20 à 199 salariés, 400 pour 200 à 749 salariés, et 500 au-delà. Son maximum est désormais porté à 600. La principale nouveauté concerne les entreprises qui ne mènent aucune action durable en direction des travailleurs handicapés. Ces entreprises représentent de façon constante environ le tiers des entreprises assujetties. Ainsi, celles qui n'ont occupé aucun bénéficiaire de l'obligation durant trois ans, ni contracté avec des établissements de travail protégé et qui sont considérées comme faisant preuve de mauvaise volonté, devront verser une

somme portée à un niveau maximum de 1 500 fois le Smic horaire. Par ailleurs, D. Velche signale, à l'instar de la législation américaine, « une autre façon de les contraindre à prendre au sérieux cette question, pour les entreprises qui n'auront pas rendu leur déclaration annuelle relative aux emplois occupés par des bénéficiaires de l'obligation d'emploi ou versé les contributions qu'elles doivent à l'Agefiph ne pourront, l'année suivante, être admises à concourir aux marchés publics » (2004, p. 50).

La fonction publique

C'est un des grands changements du volet emploi de la loi de 2005 que de proposer une harmonisation de l'obligation entre le secteur privé et le secteur public. La loi de 1987 avait déjà rétabli un équilibre commun autour des 6 % mais les conditions d'application du quota n'étaient pas les mêmes. Le calcul se faisait sans pondération en fonction du handicap et ne reconnaissait pas de catégories de personnels exclues de l'assiette de calcul du quota, ce qui explique notamment un taux stable à 4,5 % de travailleurs handicapés dans la fonction publique depuis 2001. La différence la plus notable entre les entreprises et les administrations, et la plus critiquée aussi, comme le remarque D. Velche (2004), tenait au fait que lorsque ces dernières n'atteignaient pas leur quota, ce qui était le plus souvent le cas, elles n'encourageaient aucune pénalité, et de plus elles n'étaient pas amenées à verser, contrairement aux entreprises privées, une contribution à un fonds oeuvrant pour l'amélioration de l'insertion professionnelle des personnes handicapées. Désormais, un fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique sera géré par un établissement public placé sous la tutelle de l'État, équivalent de l'Agefiph dans le secteur privé pour permettre une application effective de l'obligation.

Encadré XII : Le FIPHFP

Le Fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans la fonction publique est une des créations de la loi de 2005. Il a pour mission de favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées au sein des trois fonctions publiques, sur le modèle du fonctionnement de l'Agefiph dans le secteur privé.

C'est un établissement public, sous la tutelle de l'État, dont la gestion administrative a été confiée à la Caisse des dépôts et consignations. Le budget prévisionnel pour 2006 devrait être de l'ordre de 55 millions d'euros. Ces crédits pourront être alloués aux employeurs pour financer des aménagements des postes de travail, les rémunérations d'agents chargés d'accompagner une personne handicapée dans son travail, des actions d'information et de formation, etc.

De même que son équivalent pour le secteur privé, l'Agefiph, ce fonds vise à favoriser l'accès du secteur public au plus grand nombre de personnes handicapées. Il sera alimenté par la contribution des ministères, des collectivités territoriales et des hôpitaux publics ne respectant pas l'obligation d'emploi de 6 % de travailleurs handicapés.

Un comité national est chargé de définir les orientations stratégiques du fonds et la répartition de ses crédits d'intervention et s'appuiera sur 26 comités locaux.

Malgré les efforts d'harmonisation, une distinction entre le secteur public et le secteur privé perdure : celle des catégories de bénéficiaires de l'obligation. Pour les administrations et établissements non

industriels ou commerciaux, deux autres groupes de personnes sont reconnus comme bénéficiaires de la loi : les agents reclassés en raison d'inaptitudes à leur poste de travail et les agents qui bénéficient d'une allocation temporaire d'invalidité (ATI) correspondant à une incapacité permanente d'au moins 10 %, suite à un accident de service ou à une maladie professionnelle. Cet ajout semble important car, par exemple, les premiers représentaient près de 20 % des bénéficiaires dans la fonction publique d'État en 2002 et les seconds, 30 % (Velche, 2004).

Le secteur protégé

Quand toutes les dispositions prises pour favoriser l'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire, exposées ci-dessus, ne suffisent pas pour surmonter les difficultés liées à la sévérité des incapacités, la législation française prévoit de recourir à des modalités de travail plus spécifiques, soit bénéficiant d'un soutien financier de l'État, soit s'inscrivant dans un rapport différent au travail. Depuis la loi de 1975, le travail protégé était constitué de deux types d'établissements : les ateliers protégés (AP) et les centres de travail à domicile d'une part (CDTD), et les centres d'aide par le travail d'autres part (CAT). En 2003, la Drees (Agefiph, 2005) dénombrait 1 419 CAT, accueillant 98 566 personnes, et 468 AP, accueillant 468 personnes. Désormais, les ateliers protégés deviennent des entreprises adaptées et font partie du milieu ordinaire de travail. Elles doivent faire travailler une majorité de personnes handicapées et, compte tenu des surcoûts générés par cette obligation, elles recevront une subvention spécifique qui permettra aussi un suivi social et une formation spécifique de la personne handicapée à son poste de travail. Les CAT deviennent, pour leur part, des établissements et services d'aide par le travail. Ils offrent des possibilités d'activités diverses à caractère professionnel, ainsi qu'un soutien médico-social et éducatif en vue de favoriser l'épanouissement personnel et social de personnes handicapées dont la commission d'orientation a constaté l'incapacité à travailler en milieu dit ordinaire. La loi cherche à promouvoir les collaborations des entreprises avec le milieu protégé ou adapté. Pour ce faire, elle a revu le mode de valorisation des unités bénéficiaires liées aux contrats de sous-traitance des entreprises auprès des Esat, CDTD ou AP. Le coefficient utilisé jusque-là pour le calcul des unités bénéficiaires est majoré d'un tiers, et de 45 % pour les contrats comprenant la mise à disposition de personnel¹⁵⁷. Par ailleurs, les possibilités de passerelles avec le milieu ordinaire de travail sont facilitées, notamment avec les entreprises adaptées. En cas de départ volontaire vers une entreprise ordinaire, le salarié handicapé démissionnaire bénéficiera d'une priorité d'embauche s'il désire réintégrer l'entreprise adaptée. En effet, les travailleurs handicapés craignaient souvent, ainsi que les entreprises, de ne pouvoir revenir dans l'établissement en cas de difficulté d'insertion.

¹⁵⁷ La circulaire DGEFP n° 2006/06 du 22 février 2006 précise en p. 15 : « afin d'encourager la conclusion de ces contrats, il a été décidé de les valoriser en modifiant le terme du dénominateur dans le calcul à retenir pour la déclaration d'emploi. Le dénominateur à retenir est maintenant de 2 000 heures. Il correspondait à la durée annuelle du travail actuellement en application (1 600 heures sur la base des 35 heures) à laquelle a été appliqué un coefficient de majoration du temps de travail de référence pour tenir compte de la réduction de la capacité de travail d'une personne qui ne peut pas avoir accès au milieu ordinaire de travail en raison de son handicap ».

B. Une contrainte négociable

1. Les modalités de l'accord d'entreprise : cadre et bilan

a) Les raisons de l'accord

L'Observatoire des dispositifs d'insertion des travailleurs handicapés recensait, en 2003, 98 800 établissements assujettis à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés¹⁵⁸.

De son côté l'Agefiph (2005), à partir de la Déclaration annuelle obligatoire d'emploi des travailleurs handicapés (Doeth) que tous les établissements privés employant au moins 20 salariés sont tenus de transmettre à la Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) dont ils relèvent, comptait en 2001, 94 870 établissements. Ils employaient 7 950 865 salariés, dont 475 298 occupaient des postes exigeant des conditions d'aptitude particulières. Parmi ces salariés étaient employées 223 961 personnes handicapées, soit 2,8 % de l'effectif total.

Ces établissements répondent différemment à l'obligation d'emploi. 28 595 établissements, soit 30,1 % en 2001, avaient rempli leur obligation exclusivement par l'emploi direct de personnes handicapées. En revanche, 34 014 n'en employaient aucun, soit 35,9 %.

Parmi l'ensemble de ces établissements, 4 303 avaient signé un accord d'établissement, d'entreprise, de branche ou de groupe depuis 2005¹⁵⁹. Ils représentaient 4,5 % des établissements assujettis. Malgré la minorité d'entreprises qui choisissent cette forme de réponse à la loi, le nombre d'accords d'entreprise a légèrement augmenté les premières années qui ont suivi la loi de 1987. L'article majeur d'A. Blanc sur « Les accords d'entreprise et l'insertion des personnes handicapées » (1998) montre la progressive augmentation du nombre d'accords signés : 63 accords étaient en vigueur en 1992 et concernaient 1 300 établissements tandis qu'en 1994, 42 accords étaient agréés, soit un ensemble de 2 623 établissements. En 1996, 67 accords signés étaient en vigueur. Depuis 1994, le nombre d'accords signés est relativement stable et se situe autour d'une centaine depuis 2001 (Houillon, 2004, p. 144). Cependant l'engouement d'un certain nombre d'entreprises, de taille moins importante, au sein du Club ÊTRE depuis le vote de la nouvelle loi, laisse pressentir une augmentation du nombre d'accords signés pour les années à venir.

Les chiffres de l'Agefiph en 2005 concernant les établissements ayant signé un accord montrent que ce sont principalement de grandes entreprises (plus de 500 salariés) et principalement le secteur du commerce et des services, ainsi que le secteur du transport.

¹⁵⁸ Observatoire des dispositifs d'insertion des travailleurs handicapés, *Données clefs 2005*, [en ligne], mai 2006, 60 p. Disponible sur <http://www.handipole.org/images/observatoire/observatoire2006.pdf>.

¹⁵⁹ La loi du 11 février 2005 a modifié l'article L.323-8-1 du Code du travail pour introduire la notion d'accord de groupe dans la négociation spécifique d'un accord en faveur de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés.

La question qui se pose est celle de la motivation et de l'intérêt des entreprises pour cette modalité de réponse à l'obligation d'embauche de travailleurs handicapés.

A. Blanc identifie dans son analyse quatre registres de légitimation présidant à la signature d'un accord d'entreprise (1998). Tout d'abord la dimension financière. Le budget correspondant à la contribution à verser à l'Agefiph en cas de non-respect de l'obligation d'emploi représente une somme importante. Les entreprises, plutôt que de distribuer ces fonds à des organismes externes, préfèrent en maîtriser l'usage.

Ce témoignage d'un responsable d'une Mission handicap illustre parfaitement cette idée d'internalisation de l'obligation d'emploi :

« Mon entreprise versait chaque année 8 millions de francs à l'Agefiph. Un jour, pour procéder à l'aménagement du poste d'un de nos salariés, j'ai déposé une demande de financement de 12 000 francs auprès de cet organisme. Le dossier m'a été retourné cinq fois sous prétexte qu'il était incomplet ou parce que la personne chargée de son instruction désirait des informations supplémentaires. Ça m'a tellement énervé que j'ai proposé à ma direction qu'elle me laisse élaborer un projet d'accord. C'est comme cela que l'entreprise s'est lancée dans cette voie. »

Le deuxième registre est celui de la communication relative à une politique sociale. A. Blanc prend l'exemple de l'entreprise EDF qui embauche des athlètes handicapés de haut niveau valorisant l'image de l'entreprise lors de compétitions nationales ou internationales. L'accueil de travailleurs handicapés symbolise des valeurs de solidarité et de citoyenneté qui donnent une image positive de l'entreprise en interne comme en externe.

Les employeurs invoquent également leur souci de préservation des personnes dans la volonté de signer un accord d'entreprise. Il s'agit de mener des actions correctives, à la suite par exemple d'un accident du travail ou de maladies professionnelles, ou des actions préventives, relatives à la santé au travail (*ibid.*). Le dernier registre de motivation pour la signature d'un accord est celui de l'assurance de l'inscription de la politique en faveur des travailleurs handicapés dans la politique de l'emploi de l'entreprise et d'une contractualisation des objectifs.

Sans s'éloigner de ces registres observés par A. Blanc, il apparaît que l'accord d'entreprise est une voie pour répondre de façon globale à l'obligation d'emploi des grandes entreprises.

Dans les entreprises de plus de 500 salariés et encore plus particulièrement dans les très très grandes entreprises, notamment nationales telles la SNCF ou EDF, l'objectif de 6 % représente un nombre important d'embauche de travailleurs handicapés ou d'achats et sous-traitance au secteur protégé ou adapté. Nous l'avons évoqué précédemment, les achats au secteur protégé ne participent que faiblement au respect du quota des 6 %. L'atteinte du quota doit se faire essentiellement par l'embauche de travailleurs handicapés. Or les embauches sont, selon les grandes entreprises, difficiles à réaliser pour deux raisons : tout d'abord des restrictions budgétaires qui ont engendré un

ralentissement fort des flux d'embauche de façon générale¹⁶⁰, et aussi, la difficulté à rencontrer des candidats handicapés susceptibles d'être embauchés compte tenu de l'écart entre le niveau de diplôme exigé par les grandes entreprises et le niveau de formation des personnes handicapées¹⁶¹.

Une chargée de Mission handicap dans une entreprise de hautes technologies évoque ces contradictions :

« Nous, notre difficulté c'est de trouver des candidats ayant un profil répondant à un besoin dans un poste déterminé. Il n'y a pas de postes ou d'emplois réservés aux personnes handicapées, donc nous on regarde les compétences des gens. Dans notre entreprise, la procédure c'est qu'il faut avoir une autorisation d'embauche, et aujourd'hui nous n'en avons pas. En revanche, si on trouve un candidat handicapé qui a une compétence et un profil extraordinaire et si nous on soutient sa candidature, à ce moment-là il y a toute une démarche pour débloquer une embauche. »

Pour tendre vers les 6 %, les entreprises sont obligées de mettre en place de réelles politiques à la fois de recrutement et de gestion de l'emploi à l'échelle globale de l'entreprise. Le simple accueil de travailleurs handicapés ne peut suffire. Cela doit s'inscrire dans une politique plus diversifiée. L'accord d'entreprise est un moyen de mener des actions dans différents champs de la politique d'emploi et dans différents secteurs de l'entreprise, impliquant l'ensemble des métiers et niveaux hiérarchiques.

Par ailleurs, la voie de l'accord permet aux grandes entreprises de valoriser des politiques sociales antérieures. Ainsi, dans une entreprise comme la SNCF, la politique de protection sociale comprenait un certain nombre d'actions plus ou moins directement liées aux travailleurs handicapés : prévention sur la santé au travail, achats au secteur protégé, reclassement des agents devenues inaptes... L'accord d'entreprise, sur certains aspects, permet de formaliser ces actions déjà existantes.

Un responsable de Mission handicap illustre cette position par son analyse de la politique de son entreprise au regard des obligations de la loi de 1987 :

« Mon entreprise n'a jamais mis un seul de ses salariés sur le trottoir. Ces reclassements se faisaient plutôt mal que bien, mais avaient au moins le mérite d'exister. Lorsque la loi de 1987 a été adoptée, la direction du groupe m'a chargé d'établir la déclaration administrative portant sur la situation de nos sites au regard de l'obligation d'emploi de salariés handicapés. J'ai donc su dès 1988 que notre contribution s'élèverait à taux plein, à plus de 5 millions de francs. Parce que j'avais toujours mené mes actions de service social en m'efforçant de faire coïncider l'intérêt de l'entreprise et celui des salariés, l'idée de verser chaque année 5 millions à l'Agefiph au lieu de les utiliser pour nous m'a énervé. » (ÊTRE Handicap Information, 1997, p. 8)

L'accord d'entreprise devient alors un moyen de renforcer une politique sociale déjà existante.

¹⁶⁰ Certaines Direction des ressources humaines des entreprises ont malgré tout accordé des autorisations exceptionnelles d'embauches pour les travailleurs handicapés même en période de suspension des recrutements.

¹⁶¹ 45 % de la population handicapés à la recherche d'un emploi (données décembre 2004, source ANPE) ont un niveau de formation CAP ou BEP. Le niveau de qualification des chômeurs handicapés est également très inférieur à celui des autres publics : les personnes non qualifiées, manœuvres, ouvriers et employés non qualifiés représentent plus de 47 % de la population handicapée contre 32 % pour l'ensemble des demandeurs d'emploi.

L'enjeu des relations sociales au sein de l'entreprise détermine également le choix des modalités de l'accord. Le principe de l'accord d'entreprise repose sur une politique par définition contractuelle à la fois au niveau de la signature du texte et de la mise en œuvre des actions qui impliquent les syndicats et les CHSCT. Comme le signale A. Blanc (1998), « consensuel, le thème de l'insertion des personnes handicapées est très souvent présenté comme étant l'occasion de relations sociales apaisées » (*op. cit.*, p. 328). Dans une entreprise comme la SNCF, par exemple, le dernier accord en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés 2003-2007 a été signé par l'ensemble des neuf organisations syndicales et notamment par des syndicats habituellement dans une forte opposition tels que Sud Rail ou la FGAAC¹⁶².

Un responsable de Mission handicap raconte comment l'accord en faveur des travailleurs handicapés a été l'occasion d'une accalmie dans le dialogue social :

« Nous sortions d'un conflit qui avait bouleversé l'entreprise. Pendant des semaines, il y avait eu des grèves, des affrontements très durs, parfois violents. Les syndicats s'étaient opposés à la direction sur tout un tas de sujets, notamment la suppression d'une partie des emplois de l'entreprise. Les deux premiers accords n'avaient pas été signés par toutes les organisations et je craignais que le troisième soit boudé par la plupart d'entre elles du fait des événements qui venaient de se dérouler. En fait, l'accord a été le premier document ratifié par la direction et tous les syndicats après la lutte qui les avait opposés. Il a permis de renouer un dialogue et d'instaurer à nouveau une certaine confiance, parce que l'intégration des travailleurs handicapés est le seul domaine consensuel entre les partenaires sociaux », (ÊTRE Handicap Information, 1997, p. 33).

Même dans des entreprises où le climat social est tendu et marqué par une figure d'opposition, le thème de l'emploi de travailleurs handicapés représente un canal de dialogue :

« Toutes les OS ne signent pas l'accord. Certaines ne signent pas et ne l'on jamais signé parce que c'est leur principe elles ne signent jamais l'accord d'entreprise, quelque soit le thème ou le contenu ils ne suivent jamais aucun accord d'entreprise. C'est un peu le conflit direction syndicats. A la limite, ils seraient plus prêts à signer celui-là que les autres, parce que celui-là a un côté humain, mais bon ils ne signent pas par principe. Même si ils reconnaissent ce que l'on fait, mais ils n'apposent pas leur signature, mais par contre on dialogue tout à fait. »

b) Les entreprises du Club ÊTRE face à la loi

Le principal espace de concertation des entreprises engagées dans des politiques en faveur des personnes handicapées par le biais d'accord d'entreprises est le Club ÊTRE. En 2003-2004, celui-ci a été un lieu privilégié d'échanges concernant la nouvelle loi sur le handicap, à différents niveaux. En premier lieu, c'était un lieu d'information important sur l'avancée du projet de loi. Puis s'y est ouvert un

¹⁶² Fédération générale autonome des agents de conduite, faisant fonction et assimilés des Chemins de fer.

débat sur la mise en œuvre de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés dans les accords d'entreprise. La question principale était celle de l'amélioration du dispositif d'accueil des travailleurs handicapés, mais aussi des conditions de mise en œuvre de l'accord dans les entreprises prévues par la loi.

Encadré XIII : Le Club ÊTRE

Le Club ÊTRE est un club d'entreprises créé en 1994 autour de la revue ÊTRE *Handicap Information*, à l'initiative des premières grandes entreprises qui ont signé des accords en faveur des personnes handicapées : IBM, EDF, France Telecom, Rhône-Poulenc. Ce regroupement est né de leur volonté de développer l'information sur leurs actions, leurs réussites et leurs difficultés dans la mise en œuvre d'une politique d'insertion. En s'appuyant sur la revue ÊTRE *Handicap Information*, les entreprises avaient accès à un support de communication à la fois en externe et en interne.

Avec les années, le Club ÊTRE est devenu un espace de capitalisation d'expériences et de mise en commun de savoir-faire pour toutes les entreprises engagées dans des politiques sous forme d'accord ou de convention avec l'Agefiph, ou en voie de signature. Les thèmes des réunions sont souvent ceux de la mise en œuvre d'un accord d'entreprises et des différentes possibilités existantes pour appliquer la loi. Ce sont les responsables des missions handicap qui participent à ces échanges.

Les entreprises se réunissent tous les deux mois à Paris, et tous les trois mois à Lille et Lyon. Le club compte aujourd'hui plus de 120 entreprises membres. Il s'agit essentiellement de grandes entreprises engagées dans des politiques sociales volontaires. Elles représentent un éventail de secteurs d'activité assez large : grande distribution, banque, transports, bâtiment, assurance, laboratoires médicaux, restauration, informatique, automobile... Cette diversité peut s'analyser comme un signe de l'universalité de la question du handicap dans le monde du travail. Par ailleurs, les politiques en faveur des personnes handicapées ne sont pas le domaine réservé des entreprises publiques. Mêmes si celles-ci sont représentées au sein du club par les ministères, des entreprises comme La Poste ou la SNCF, la grande majorité des membres vient du privé.

Le Club ÊTRE a connu une croissance importante en 2005, révélatrice dans une certaine mesure de l'« appel d'air » provoqué par la loi Handicap sur la question de l'obligation d'emploi. Par ailleurs, il est depuis plusieurs années un interlocuteur privilégié pour les pouvoirs publics en charge de l'insertion professionnelle : Agefiph, DDTEFP, ministère de l'Emploi et de la Cohésion sociale, secrétariat d'État aux Personnes handicapées, délégation interministérielle aux Personnes handicapées.

Le Club ÊTRE est ainsi devenu l'interlocuteur privilégié des pouvoirs publics chargés de rédiger la nouvelle loi sur le handicap. Patrick Gohet, secrétaire interministériel aux personnes handicapées¹⁶³, Claudie Buisson, directrice générale de l'Agefiph et son adjoint Pierre Blanc¹⁶⁴, Marie-Anne Montchamp, alors secrétaire d'État aux Personnes handicapées¹⁶⁵, Claudie Quillien, chargée de mission au secrétariat d'État aux Personnes handicapées¹⁶⁶ ont été invités par le Club ÊTRE en 2003-2004-2005 pour échanger avec les entreprises au sujet du projet de loi, mais également les informer et les sensibiliser sur les changements législatifs et politiques. Le Club ÊTRE s'est ainsi progressivement

¹⁶³ Nommé par décret le 26 septembre 2002 et présent au Club ÊTRE le 18 septembre 2003 et le 18 septembre 2006.

¹⁶⁴ Invités par le Club ÊTRE, le 11 mars 2004.

¹⁶⁵ Du 31/03/2004 au 31/05/2005.

¹⁶⁶ Présente au Club ÊTRE à Paris, le 2 octobre 2004 et le 28 septembre 2004 à Lille.

transformé en organe de pression auprès des pouvoirs publics et en représentant des grandes entreprises ayant des politiques volontaires en faveur des personnes handicapées. Il s'est progressivement fait une place au sein du débat sur le projet de loi, en rejoignant les groupes de réflexion au secrétariat d'État aux Personnes handicapées et faisant notamment un contre-lobby par rapport aux associations. En effet, sur le volet emploi, les associations réclamaient largement un durcissement de l'obligation d'emploi et notamment une augmentation des pénalités. De leur côté, les entreprises du Club ÊTRE contestaient la faisabilité du taux de 6 % et, à défaut d'une révision du taux, recherchaient les moyens d'assouplir les modalités de mise en œuvre de l'obligation d'emploi. Le Club ÊTRE a proposé huit amendements le 8 décembre 2004 au député rapporteur de la loi à l'Assemblée nationale. Ceux-ci prévoyaient une extension à la fois du champ d'action de l'obligation d'emploi et des publics bénéficiaires dans les entreprises ou la fonction publique.

Un amendement portait sur la prise en compte du maintien dans l'emploi au même titre que l'insertion et l'embauche directe. Deux autres amendements proposaient de prendre en compte d'autres types d'embauches, telles que les contrats courts à durée déterminée, ou les contrat d'apprentissage ou en alternance. Deux amendements s'attachaient à revaloriser les efforts des entreprises concernant l'accueil d'un salarié ayant un handicap lourd et vis-à-vis du secteur protégé par une modulation de la contribution plus avantageuse au regard des contrats de sous-traitance ou des achats auprès des entreprises adaptés ou des établissements spécialisés d'aide à l'emploi. Le dernier amendement proposait enfin d'étendre le champ des bénéficiaires de l'obligation d'emploi en modifiant l'article L 323-3 du Code du travail prévoyant la prise en compte des « salariés qui ont bénéficié d'un reclassement au cours de leur carrière, à la suite d'une inaptitude définitive, partielle ou totale à leur poste de travail ». Aucun de ces amendements n'a été retenu par l'Assemblée nationale.

L'argumentaire qui sous-tendait ces propositions mettait l'accent sur la reconnaissance des politiques d'entreprises qui sont déjà engagées depuis plusieurs années en faveur des personnes handicapées. Ces amendements visaient à un assouplissement pour prendre en compte les efforts déployés pour approcher le taux d'emploi de 6 %. Étant données les difficultés qu'elles expriment au niveau du recrutement, l'ensemble des revendications des entreprises du Club ÊTRE portent sur l'extension de la prise en compte des actions mises en oeuvre, à tous les niveaux : c'est-à-dire pas uniquement celles portant sur l'embauche et l'insertion mais aussi celles liées au maintien dans l'emploi, à la formation ou encore la sensibilisation et la communication. Dans un texte de propositions sur la réforme des lois concernant les personnes handicapées, les grandes entreprises mettent l'accent sur la « valorisation qualitative des actions de sensibilisation, de formation, de maintien dans l'emploi, de développement de nouvelles technologies de compensation, de sous-traitance ».

En réponse au chapitre sur l'emploi de la nouvelle loi du 11 février 2005, elles ont formulé un certain nombre de réticences et de craintes. Elles ont alerté sur les conditions d'application de leur politique d'accords qui vont se dégrader avec la nouvelle loi.

Leur taux d'emploi, en effet, risque de baisser de façon mathématique en tout cas durant les premières années d'application de la nouvelle loi. C'est la légitimité de cette politique contractuelle qui selon les grandes entreprises risquerait d'être affaiblie. En effet, elles insistent sur le coût financier et surtout matériel de la mise en œuvre d'un accord d'entreprise, car celui-ci demande un effort particulier à l'entreprise. Les chargés de Mission handicap disent pouvoir justifier l'investissement au regard d'un résultat honorable (proche des 6 %). La chute soudaine du taux remettrait donc en cause leur mission engagée depuis plusieurs années dans l'entreprise. C'est pourquoi les chargés de mission alertent sur le risque d'une disparition éventuelle des accords d'entreprise compte tenu de la faible reconnaissance des efforts déployés par les entreprises pour honorer leurs engagements auprès des organisations syndicales et des pouvoirs publics.

Les entreprises rappellent encore leurs difficultés à embaucher des personnes handicapées et la prévalence de l'embauche dans l'atteinte du taux d'emploi.

Elles expriment par ailleurs un sentiment d'injustice qu'elles éprouvent vis-à-vis de la fonction publique et des organismes de tutelle. Le dernier amendement concernant la prise en compte des salariés déclarés inaptes avait pour vocation une harmonisation sur le système comptable de la fonction publique. Les entreprises estiment que leurs actions en direction de ces salariés, pour lesquels le reclassement et le maintien dans l'emploi sont pourtant une obligation légale, devraient être valorisées au titre de la politique du handicap comme des mesures volontaires. À l'égard des tutelles, les entreprises vis-à-vis des commissions d'agrément au sein de l'Agefiph et des Directions départementales du travail qui ne prennent pas suffisamment en compte les problématiques spécifiques liées aux métiers de l'entreprise, au contexte économique ou au bassin d'emploi dans lequel elles se situent.

Par ailleurs, est remis en question tout le traitement des salariés ayant besoin d'aménagements de poste importants du fait de la gravité ou de la « lourdeur » de leur handicap. Les grandes entreprises, qui comptaient parmi leurs salariés handicapés une majorité de personnes ayant une reconnaissance de leur handicap en catégorie B ou C¹⁶⁷, signalent qu'elles n'auront plus aucun intérêt financier à les accueillir compte tenu de la complexité des modalités de reconnaissance de leurs efforts particuliers à leur égard¹⁶⁸. C'est seulement après l'embauche et l'aménagement du poste de travail que la lourdeur du handicap sera reconnue, augmentant ainsi la prise de risque pour l'entreprise. Les entreprises du Club ÊTRE s'accordent à reconnaître l'atout comptable que pouvait constituer l'accueil d'un salarié précédemment reconnu en catégorie B ou C par la Cotorep comme levier d'action. Pourtant, aucune étude ne met en exergue la motivation comptable à l'accueil d'un salarié lourdement handicapé, même

¹⁶⁷ Dans une entreprise comme la SNCF par exemple, parmi les 97 embauches effectuées en 2004, 74 salariés avaient une reconnaissance en catégorie B et 9 en catégorie C.

¹⁶⁸ Ces modalités sont détaillées dans la note de service DGEFP n°2006-22 du 5 juillet 2006 relative à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, des mutilés de guerre et assimilés/Reconnaissance de la lourdeur du handicap. Elle précise qu'il convient désormais d'apprécier l'incidence du handicap sur la capacité de travail d'un travailleur handicapé au regard d'un poste de travail précis, après aménagement optimal de ce dernier. La demande de reconnaissance de la lourdeur du handicap et la décision portent ainsi sur l'analyse du surcoût économique supporté de manière pérenne par l'employeur au-delà de son obligation légale. L'approche n'est plus médicale mais économique.

s'il faut reconnaître que les nouvelles mesures n'apportent pas d'intérêt direct à l'entreprise qui accueille une personne aveugle plutôt qu'une personne allergique à la farine.

Malgré leur participation au débat autour de la mise en œuvre de la loi Handicap 2005, les entreprises du Club ÊTRE, à la parution des décrets d'application, ont eu le sentiment que leurs craintes n'avaient pas été entendues et que leurs efforts avaient été insuffisamment reconnus. Elles reprochent aux pouvoirs publics de n'avoir pas pris en compte l'envergure des actions que la centaine d'entre elles membres du Club avaient réalisées en quantité et en qualité par la mise en œuvre d'accords d'entreprises. La révision de la loi, estiment-elles s'est injustement centrée sur les entreprises qui ne menaient que peu ou pas d'actions en faveur des personnes handicapées.

Dans ce contexte, le Club ÊTRE a poursuivi sa mobilisation afin de faire connaître les problématiques spécifiques des grandes entreprises et permettre un assouplissement de l'application de la loi. Un décret a donc été proposé, par le Club ÊTRE relatif à l'article 27 de la loi du 11 février 2005, prévoyant la possibilité de déduire de la contribution des dépenses supportées par l'entreprise qui concernent indirectement l'insertion professionnelle, telles que l'accessibilité de façon générale (immobilière ou à la formation), la recherche et le développement sur le handicap, le soutien au secteur protégé (formation de l'encadrement par exemple), l'accompagnement, etc. Ce décret a été retenu par le gouvernement dans ces termes : « Les entreprises peuvent désormais déduire de leur cotisation, à hauteur de 10 % de cette dernière, des dépenses qui ne leur incombent pas en application d'une disposition législative ou réglementaire. » Les entreprises ont reçu cette modalité d'application comme une possibilité de valorisation d'actions qualitatives contenues dans leurs accords, malgré le plafond de déduction relativement peu élevé.

En adoptant cette action de lobbying auprès des pouvoirs publics et en alertant sur les conditions de mise en œuvre des accords d'entreprises, les responsables des Missions handicap, avec le soutien du Club ÊTRE, se situent à l'intersection de deux logiques, qui les placent dans une situation d'injonction paradoxale. D'une part, celle de l'entreprise qui souhaite voir dans une certaine mesure limiter la contrainte et les pénalités financières, il s'agit donc de faire pression pour essayer d'obtenir un assouplissement. D'autre part, celle de la légitimité de la mission des responsables de Mission handicap. En alertant sur les difficultés matérielles à s'acquitter de l'obligation d'emploi, à la fois en interne et en externe, ils défendent leur politique et les accords d'entreprise pour lesquels ils doivent honorer les engagements pris. C'est la faible reconnaissance de leurs efforts pour atteindre un taux de 6 % qu'ils contestent dans cette nouvelle loi.

Les responsables de Missions handicap, perdent en partie de vue la dimension obligatoire de l'embauche et le fait que l'accord d'entreprise est dans une certaine mesure, une alternative à l'emploi qui permet d'être exonéré de la contribution volontaire.

2. La mise en œuvre de l'accord d'entreprise

a) Le principe

Le principe de l'accord d'entreprise pose comme obligatoire la négociation avec les partenaires sociaux du texte de la politique en faveur des personnes handicapées. Un des points de discussion est celui de la durée d'application de l'accord. En général, dans les grandes entreprises engagées depuis plusieurs années dans cette politique, la durée de l'accord est de trois ans. Lorsque l'entreprise engage une politique contractuelle, l'ensemble des parties propose en revanche de réduire à un an ou deux la durée d'application afin d'adapter les objectifs en fonction des bilans annuels. A notre connaissance, seule la SNCF a obtenu de la part des syndicats une durée d'application de cinq ans pour leur accord d'entreprise signé en 2003. Le principe est d'inscrire cette politique dans un réel dialogue social perpétuellement réactivé par de nouveaux objectifs à chaque accord. La loi 2005 renforce ce partenariat par l'instauration d'une obligation de négocier annuellement dans les entreprises n'ayant pas d'accord et tous les trois ans au niveau des branches dans les entreprises sous accord¹⁶⁹.

Les partenaires sociaux ne signent pas systématiquement l'accord d'entreprise. La CGT ne signe par exemple jamais l'accord depuis les débuts de la politique contractuelle en faveur des personnes handicapées à EDF. Inversement, à la SNCF, le syndicat Sud Rail, particulièrement en opposition avec la direction, n'a signé qu'un seul accord d'entreprise depuis 2003, celui sur le handicap.

Une fois l'accord négocié et signé, il doit être transmis pour agrément au préfet du département (ou, selon les départements, à la DDTEFP par délégation du préfet) où est situé le siège de l'entreprise. La loi du 11 février 2005 a abrogé la Commission départementale des travailleurs handicapés, des mutilés de guerre et assimilés (CDTH¹⁷⁰), qui siégeait de façon collégiale pour donner un avis sur les règles de conclusion des accords et sur leur contenu. Une nouvelle instance, non encore constituée mais qui le sera par décret, continuera à jouer un rôle consultatif au niveau départemental.

L'administration n'a pas fixé de critères particuliers pour l'agrément, celui-ci étant largement fonction de l'équilibre général de l'accord compte tenu de la situation de l'entreprise et des plans d'action proposés. C'est ce qui explique le sentiment d'injustice éprouvé par un certain nombre d'entreprises ayant des accords à l'égard des exigences formulées par les commissions en fonction des départements.

¹⁶⁹ Article 25 de la loi du 11 février 2005. Cette négociation doit porter notamment sur les conditions d'accès à l'emploi, à la formation et la promotion professionnelle, et sur les conditions d'emploi ainsi que la mise en place d'actions de sensibilisation au handicap à destination de l'ensemble du personnel de l'entreprise. Elle doit s'effectuer sur la base d'un rapport établi par l'employeur, présentant la situation par rapport à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (il s'agit notamment de la question de l'insertion professionnelle et du maintien dans l'emploi).

¹⁷⁰ Article L.323-35 du Code du travail.

Cependant, la circulaire n°93/13 du 25 mars 1993 régissant les accords de branche, d'entreprise et d'établissement en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés suite à la loi de 1987, est toujours en vigueur¹⁷¹. En tout état de cause l'agrément suppose : un état des lieux ; la mise en œuvre d'un programme pluriannuel ; des objectifs précis et quantifiés pour chaque année ; un plan d'embauche, des engagements chiffrés pour la « pesée financière » de l'accord ; en particulier l'administration examinera, outre le plan d'embauche, si les négociateurs ont attaché une importance suffisante à l'état des lieux.

En ce qui concerne les mesures contenues dans l'accord, la circulaire du 25 mars 1993 précise que de « de façon générale, le contenu des accords doit correspondre à une démarche visant à l'obligation de résultats et ne pas se présenter comme un simple "catalogue" de mesures juxtaposées » (*op. cit.*, p. 5). Par ailleurs, la loi indique que l'entreprise doit prévoir la mise en œuvre d'un programme comportant deux au moins des actions suivantes : plan d'embauche en milieu ordinaire et plan d'insertion et de formation, plan d'adaptation aux mutations technologiques, plan de maintien dans l'entreprise en cas de licenciement. Depuis la loi de modernisation sociale n° 2002-73 du 17 janvier 2002, le plan d'embauche en milieu ordinaire est devenu obligatoire. Cette mesure doit renforcer l'obligation d'emploi dans un dispositif contractuel qui laissait trop de place à des mesures alternatives à l'insertion.

Malgré tout, A. Blanc souligne l'indulgence des administrations à l'égard des entreprises. En effet, à notre connaissance et notamment au sein du Club ÊTRE, aucune entreprise n'a vu son accord rejeté. Cela s'expliquerait notamment par le fait que la politique mise en œuvre dans les entreprises suppose de réels efforts à encourager. « Une lecture trop stricte de la règle risquerait de décourager les bonnes volontés » (Blanc, 1998, p. 339). L'administration du travail ne modifie guère les textes proposés par les entreprises et s'attache essentiellement aux objectifs et résultats chiffrés, même si elle n'applique pas de sanction financière en cas de non-respect.

Des chargés de Mission handicap en entreprise critiquent dans certains départements cette approche quantitative notamment en ce qui concerne l'embauche. En effet, ils expriment un sentiment d'injustice face à ces exigences chiffrées qui ne reconnaissent pas leurs efforts dans d'autres domaines de l'accord.

b) Les Missions handicap et leurs correspondants

Conjointement à l'agrément de l'accord d'entreprise, notamment lorsque la politique du handicap est mise en route, apparaît une nouvelle entité dans les entreprises désignée sous le nom de « Mission handicap », « cellule handicap » ou « mission insertion ». Le texte de l'accord doit en effet prévoir les modalités de mise en œuvre de la politique et une partie du budget voté est réservée au fonctionnement de cette cellule. Ce service est en général rattaché de façon plus ou moins directe au

¹⁷¹ Selon la circulaire DGEFP n°2006/06 du 22 février 2006 relative à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, mutilés de guerre et assimilés du secteur privé et du secteur public à caractère industriel et commercial.

service des ressources humaines et la plupart du temps intégré dans les politiques de l'emploi¹⁷² et de la santé au travail¹⁷³. L'objectif d'une Mission handicap est prioritairement de s'assurer de la bonne mise en œuvre de l'accord à tous les niveaux de l'entreprise. Le chargé de Mission handicap se porte garant de l'accompagnement privilégié des salariés handicapés dans l'entreprise et surtout il s'assure du bon suivi de la concertation avec les partenaires sociaux signataires de l'accord ainsi qu'avec les CHSCT. C'est donc une mission-clé pour le dialogue social dans l'entreprise. D'un point de vue comptable, ce service se voit chargé du budget affecté à la politique en faveur des personnes handicapées à la suite de la signature de l'accord¹⁷⁴. Il a pour mission à la fois de constituer un appui technique pour l'accueil et l'accompagnement de salariés handicapés, mais aussi d'assurer la représentation de l'entreprise auprès des organismes extérieurs (administrations, associations ou autres entreprises).

La cellule handicap prend des formes différentes selon les entreprises. On observe une constante : la désignation d'un chargé de mission qui a pour vocation d'animer l'accord d'entreprise. Les variations s'observent au niveau du profil de ce responsable et de la taille de l'équipe qui va le soutenir pour mettre en œuvre les actions prévues dans l'accord. Ainsi le responsable est employé en général en interne et le plus souvent à plein temps. La particularité de ce poste réside dans la diversité du type de professionnels en charge de la mission, cadres ou assimilés. Nous avons rencontré des responsables de mission issus du secteur médico-social, ergonomes, médecins, ou assistantes sociales..., mais aussi des professionnels des ressources humaines (formation, responsables des ressources humaines). Dans une même entreprise - suivie dans le cadre de notre étude sur une période de trois ans - un ergonome puis un ancien professionnel des ressources humaines dans le domaine de la finance ont exercé cette fonction. Le responsable de la Mission handicap est généralement recruté pour sa connaissance de l'entreprise et sa sensibilité personnelle au handicap mais rarement pour ses compétences ou expériences antérieures dans le champ du handicap. L'importance de l'équipe au niveau de la mission centrale ne semble pas liée à la taille de l'entreprise ni à celle du budget affecté à la politique du handicap. Air France, par exemple, qui comptait en 2003 environ 57 000 salariés pour un budget d'environ 4 120 000 euros, comprend une équipe au sein de la mission équivalente à cinq temps-plein. En revanche la SNCF, avec 238 000 agents, dont 175 000 dans la maison mère, possède un budget de 7 890 000 euros pour un accord de cinq ans (2003-2007) et consacre une seule personne à temps plein à la « Mission centrale insertion des personnes handicapées ». La taille des missions semble dépendre de la capacité opérationnelle qu'elle souhaite donner à la politique à tous les niveaux de l'entreprise. En effet, dans les grandes entreprises où la mission comporte un nombre important de personnes, on observe un façonnage progressif, une professionnalisation des processus d'intégration

¹⁷² Nous entendons par 'politiques de l'emploi' celles concernant la gestion prévisionnelle de l'emploi, la politique de formation et de gestion des carrières et de la mobilité, la politique d'intégration de publics spécifiques (jeunes, sportifs de haut niveau, chômeurs de longue durée...).

¹⁷³ Nous entendons par politiques liées à la santé au travail celles touchant à l'action sociale, à la solidarité et à la prévention des risques.

¹⁷⁴ Ce budget est en général calculé *a minima* sur la base de la simulation de la contribution que devrait verser l'entreprise à l'Agefiph dans le cas où elle ne choisirait pas la signature d'un accord d'entreprise.

de travailleurs handicapés au niveau de la mission centrale qui intervient alors comme appui technique ou en conseil sur le terrain. C'est le cas, par exemple, à Air France où plusieurs assistantes sociales se chargent des dossiers problématiques rencontrés sur le terrain par des responsables amenés à gérer un salarié handicapé psychique. De même, l'entreprise EDF qui déploie une mission d'environ six personnes et revendique l'ancienneté de sa politique, a peu à peu constitué différentes expertises dans le champ de l'insertion des personnes handicapées en multipliant les salariés dans l'équipe : une personne est chargée spécifiquement du recrutement, d'autres se sont spécialisées en fonction des types de handicap. Inversement dans de grandes entreprises comme la SNCF ou Total, où le responsable de la mission centrale est seul, sa légitimité professionnelle repose sur sa compétence politique d'animation et de pilotage de l'accord d'entreprise. Ces professionnels sont alors amenés à intervenir ponctuellement sur le terrain.

Les enjeux de ces services spécifiquement tournés vers les travailleurs handicapés se situent à différents niveaux. Tout d'abord, le besoin de créer spécifiquement une mission, un espace de réflexion quant à l'accueil de ces salariés est révélateur d'une démarche volontaire dans le domaine du handicap. Cela signifie aussi que l'accueil de travailleurs handicapés n'est pas, comme il le devrait pourtant, une question de droit commun et d'égalité de traitement entre les salariés, mais doit bien faire l'objet de démarches spécifiques, voire coercitives. Par ailleurs, l'usage répandu du terme de 'mission' laisse étymologiquement entendre qu'il s'agit d'une action limitée dans le temps.

Cette désignation ne contribue pas à légitimer ces politiques dans les entreprises (Le Roy, 2002). Elle inscrit ces politiques dans une contrainte conjoncturelle qui n'aide pas à la prise de conscience par l'entreprise toute entière de la question de droit commun que pose le handicap dans la société et plus particulièrement le monde du travail. Par ailleurs, le bien-fondé de la mission peut paraître contextable en raison de la faible expertise des responsables des missions. Ceux-ci restent rarement plus de trois ou quatre ans en poste sur la mission, à l'exception de quelques-uns particulièrement engagés, et ne peuvent alors développer une connaissance approfondie du sujet. L'isolement et le découragement sont très souvent cités comme des obstacles à la mise en œuvre de la politique. Le Club ÊTRE est né du sentiment de ne pas avoir d'interlocuteur à l'intérieur des entreprises pour participer et contribuer à la mise en œuvre de la politique. Il a fallu créer un espace de questionnement, d'échanges, et de capitalisation dans un domaine où le savoir-faire et la connaissance en étaient à leurs balbutiements. Les chargés de missions expriment souvent l'impression d'avoir un rôle « d'empêcheurs de tourner en rond » difficile à assumer. Paradoxalement, cette mission peut figurer au cœur des préoccupations des dirigeants et être soutenues de façon plus ou moins directe par le PDG en personne. C'est le cas par exemple de Jean-Cyril Spinetta, PDG d'Air France, qui s'implique personnellement dans la politique handicap et soutient de façon directe la mission insertion des personnes handicapées. De même, François Roussely, PDG d'EDF, signataire de l'avant-dernier accord d'entreprise pour la période 2003-2006, avait nommé un conseiller technique à la présidence d'EDF sur les questions liées au handicap. Si la direction ne s'implique pas personnellement, la politique en faveur des travailleurs handicapés peut s'inscrire dans une politique internationale volontaire. C'est le cas chez IBM : la mission a un lien

direct avec le PDG en France et la mise en œuvre de l'accord doit s'inscrire dans une politique internationale liée à la diversité dans l'entreprise¹⁷⁵. Le soutien de la direction et l'appui personnalisé d'un directeur général à la mission sont indispensables pour légitimer une politique parfois considérée comme allant à l'encontre de la logique de production et de performance de l'entreprise (Le Roy, 2002).

L'enjeu majeur des missions chargées de mettre en œuvre l'accord d'entreprise réside dans la diffusion des objectifs définis par l'accord en faveur des personnes handicapées. Etant donné l'ampleur des actions prévues, et notamment les objectifs d'embauche, point crucial de l'accord, la question de l'accueil de travailleurs handicapés touche l'ensemble des entreprises. Or, nous l'avons vu précédemment, les entreprises engagées dans des politiques contractuelles sont généralement de grandes entreprises, voire de très grandes entreprises, qui sont organisées en établissements ou unités réparties sur l'ensemble du territoire et qui comptent une multitude de secteurs et de types de métiers, multipliant à chaque fois les problématiques d'insertion professionnelle. L'enjeu pour les missions handicap est de faire redescendre la politique vers les acteurs de terrain.

Pour cela les entreprises mobilisent un certain nombre d'acteurs internes à l'entreprise ayant des fonctions médicales et sociales, comme nous l'avons analysé dans un chapitre précédent et également identifiés par A. Blanc (1998). Les acteurs sont explicitement cités dans les accords d'entreprise : les médecins du travail et leurs équipes (infirmiers), les médecins conseils pour les personnes accidentées ou atteintes de maladies graves, les ergonomes ou les responsables de la sécurité et des conditions de travail, les CHSCT et les assistants sociaux.

En interne, le partenariat avec la médecine du travail comme interlocuteur privilégié de ceux qui sur le terrain, doivent s'approprier la politique, peut sembler évident. En effet, leur suivi régulier des salariés, leur expertise médicale et leur vocation d'accompagnement en font des acteurs stratégiques pour la politique du handicap. Pourtant, c'est bien cette idée de politique qui pose problème dans un partenariat avec les médecins. On observe de façon presque unanime des difficultés de dialogue entre les médecins et les responsables des Missions handicap. Dans une logique d'autonomie et d'indépendance vis-à-vis de l'entreprise, les médecins du travail revendiquent une liberté et une confidentialité de leurs pratiques dont certaines vont à l'encontre d'un partenariat avec la politique du handicap assimilée à la direction de l'entreprise. Plusieurs entreprises décrivent le conflit professionnel et culturel qui les oppose aux médecins du travail :

« Dans l'entreprise, il y a un gros problème avec les médecins du travail, mais ça je n'en parlerai pas trop. Il y a eu une révolte des médecins du travail, il y a deux ans. En fait, ils veulent avant tout être des médecins du travail et non des collaborateurs de l'entreprise. Ils oublient quand même qu'ils ont un matricule et qu'ils faisaient partie du plan salaire de l'entreprise, et que donc ils ne travaillent pas dans les mêmes conditions qu'à l'extérieur. Ils ont les 35 heures...enfin c'est mon avis. C'est vrai que du

¹⁷⁵ IBM a mis en place depuis plusieurs années un programme mondial de réflexion sur la diversité intitulé *Diversity* et qui vise à l'égalité des chances pour tous, notamment par rapport aux minorités ethniques ou sexuelles, à l'égalité hommes-femmes, et aux personnes handicapées.

coup, ils ne nous aident pas trop. On est associés à la direction et en fait je pense que c'est pas auprès des médecins que l'on peut trouver de l'aide. »

Cette responsable décrit clairement un conflit ouvert avec la médecine du travail sur un thème qui pourtant autorise à supposer un certain consensus.

Même dans des entreprises où le dialogue social avec les médecins est plus paisible, ceux-ci ne sont pas considérés par les missions handicap comme des interlocuteurs privilégiés, même si leur caractère incontournable est reconnu :

« C'est difficile la médecine du travail chez nous. Les médecins du travail ont beaucoup de mal à concevoir un travail en partenariat d'une façon générale et je le dis parce que c'est ce dont se plaignent de multiples intervenants dans l'entreprise. »

Les responsables interprètent cette situation comme un conflit de pouvoir relatif à l'accompagnement des salariés. Lorsque les médecins sont dans une relation de confiance, d'expertise tenue par l'indépendance et le secret médical qui leur permet de protéger le salarié en cas de conflit avec l'entreprise, les responsables des missions handicap sont perçus comme ayant des intérêts divergents et proches de ceux des directions, allant à l'encontre de la santé des salariés. Par ailleurs, les médecins sont souvent évoqués par les responsables des politiques du handicap pour leur méconnaissance du handicap et leur incompétence dans ce domaine de l'insertion professionnelle. Ils sont donc mis, selon certains responsables de mission, en porte à faux par rapport à cette question qui couvre un champ beaucoup plus large que l'approche organique et médicale. Malgré tout les médecins sont des acteurs clairement identifiés dans l'ensemble des accords d'entreprise en raison du rôle essentiel qu'ils jouent auprès des salariés dans le recrutement et le maintien dans l'emploi, le reclassement et les aménagements de poste.

Dans l'objectif de se rapprocher des pratiques de terrain et de faciliter l'application de la politique écrite par la direction, les grandes entreprises ont mis en place des réseaux de correspondants chargés de la relayer dans les différentes unités opérationnelles ou les établissements. Cette mise en œuvre porte essentiellement sur l'embauche et le maintien dans l'emploi ou le reclassement de salariés. Ce sont principalement des professionnels des ressources humaines (RRH, gestionnaires de carrière, responsables formation ou mobilité) et parfois, des assistants sociaux ou des ergonomes en fonction des unités, désignés par les DRH régionaux. Ils ont pour mission de soutenir l'embauche de salariés handicapés et d'assurer leur intégration et leur accompagnement dans l'entreprise avec, si nécessaire, l'aide de la mission centrale.

Ces correspondants sur lesquels repose la bonne application d'une partie de l'accord d'entreprise rencontrent un certain nombre de difficultés. Leur rôle dans la politique du handicap n'est qu'une facette de leurs multiples tâches dans le domaine des ressources humaines. Les objectifs d'accueil de salariés handicapés qui leurs sont fixés sont perçus comme s'ajoutant à leur mission principale. Par ailleurs, ils disent avoir de grandes difficultés à recruter ou suivre les salariés handicapés. Ils expriment leur

sentiment d'incompétence face à la question du handicap (Le Roy, 2002). Dans ce contexte, ils s'efforcent d'appliquer la politique du handicap à partir de leur propre sensibilité, leur expérience personnelle souvent vécue sur le mode de la solidarité et des préjugés plus que sur une connaissance et une réelle compréhension des problématiques d'insertion des personnes handicapées. De plus, leurs actions dans ce domaine sont faiblement valorisées par leurs supérieurs hiérarchiques et peu déterminantes dans leur évolution de carrière.

La question qui se pose pour les missions handicap est celle de la formation et de la sensibilisation de ces correspondants qui se succèdent sur les postes de responsable des ressources humaines.

Dans une logique d'appropriation de la politique du handicap et de diffusion de la volonté de l'entreprise, EDF a choisi de décentraliser les engagements contractuels au niveau de chacune des unités de production. Par la décentralisation et un effet de diffusion, l'objectif est de permettre à l'ensemble des acteurs de terrain de s'approprier la politique du handicap et de responsabiliser l'entreprise à tous les niveaux hiérarchiques et de production sur l'accueil de travailleurs. Ainsi, chaque unité de production doit renégocier à son niveau une sorte d'accord local avec les partenaires sociaux, se fixant ainsi des objectifs quantitatifs et qualitatifs cohérents avec la situation du bassin d'emploi, du territoire ou de l'activité. Cette appropriation par le terrain contribue fortement à la légitimation de la politique du handicap sur l'ensemble du territoire et à tous les niveaux de l'entreprise.

II. Quelle place pour le handicap psychique dans cette politique du handicap

A. Dans les accords

1. La difficile prise en compte du handicap psychique

Nous l'avons évoqué précédemment, l'accord d'entreprise doit comprendre obligatoirement un plan d'embauche en milieu ordinaire, et au moins deux des axes suivants : un plan d'insertion et de formation, un plan d'adaptation aux mutations technologiques, un plan de maintien dans l'entreprise en cas de licenciement. Ces différents axes constituent l'ossature des accords d'entreprise et vont permettre de donner un cadre à la prise en considération des spécificités du handicap psychique.

a) Le plan d'embauche en milieu ordinaire

Le plan d'embauche est le volet incontournable de l'accord d'entreprise depuis la loi de modernisation sociale de 2002. Les DDTEFP, chargées de l'agrément de l'accord, exigent des engagements chiffrés des entreprises soit sous forme de nombre d'embauches, soit sous forme de pourcentage du flux d'embauche de l'entreprise, pendant la durée de l'accord. La SNCF, par exemple, se fixe pour objectif de recruter au minimum 100 travailleurs handicapés par année calendaire sur la période 2003-2008. Quelques rares entreprises ont obtenu qu'un simple engagement de traitement prioritaire des candidatures de personnes handicapées soit reconnu dans leur accord par la DDTEFP. IBM, de son côté, a obtenu de ne s'engager sur des recrutements directs qu'en fonction du flux d'embauche total de l'entreprise, sans engagement chiffré¹⁷⁶.

Le plan d'embauche est le point généralement le plus discuté dans la négociation avec les partenaires sociaux. Jusqu'à la loi de 2005 supprimant le principe des catégories de handicap en fonction de leur gravité, la discussion portait sur la répartition des recrutements, notamment de personnes reconnues en catégories B et C. Aujourd'hui cette exigence est toujours formulée par l'engagement des entreprises à faire un effort particulier en direction des personnes les plus lourdement handicapées. Un autre enjeu est le type de contrat d'embauche proposé aux personnes handicapées. Les organisations syndicales

¹⁷⁶ Le texte de l'accord prévoit que la société tentera d'augmenter son taux d'emploi de 1% dont une moitié consistant en des embauches directes : « la Compagnie s'efforcera de recruter des personnes handicapées, en CDI notamment » (Compagnie IBM France, accord d'entreprise en faveur de l'emploi des personnes handicapées, 2003-2005, p. 3).

multiplient les pressions pour qu'il s'agisse de CDI et, dans les entreprises publiques, au sein du « cadre permanent »¹⁷⁷ afin de pérenniser l'insertion.

Le recrutement de personnes handicapées est complexe à différents niveaux. Il peut constituer un vivier de main-d'œuvre embauchée sur des contrats précaires (type « contrat emploi solidarité » ou mise à disposition du secteur protégé) et limités dans le temps, qui finalement se substitue à une autre population pas nécessairement handicapée (Blanc, 1998). D'un point de vue global, les embauches sont limitées par un contexte économique marqué par des restrictions budgétaires et de réduction des effectifs. Cette conjoncture n'est pas favorable aux personnes handicapées candidates à l'emploi, excepté dans de grandes entreprises qui ont obtenu en interne des autorisations exceptionnelles d'embauche pour des travailleurs handicapés. Les entreprises expriment par ailleurs en permanence leurs difficultés à rencontrer des candidats handicapés ayant des profils pertinents. Elles justifient leurs médiocres résultats en matière d'embauche par la pénurie de candidats. L'entreprise dit effectuer un traitement égalitaire des candidatures, que la personnes soit handicapée ou non, avec pour priorité l'embauche de compétences. En réalité, le recrutement des personnes handicapées, se fait généralement par un canal dissocié. C'est soit la Mission handicap, soit une cellule particulière du service recrutement qui traite les candidatures et les propose ensuite à tous les niveaux de l'entreprise. L'entreprise pratique une dissociation destinée compenser les réticences des acteurs de terrain face à l'accueil d'un salarié handicapé. Dans cette logique, le handicap psychique est considéré comme totalement invisibilisé dans le cadre d'une embauche. Plusieurs responsables de missions avouent que dans le cadre de politiques de recrutement, les profils de personnes handicapées psychiques sont écartés par crainte des incertitudes liées à la pathologie. Elles considèrent qu'un recrutement suppose une « *prise de risque trop important pour l'entreprise*¹⁷⁸ ».

Un chargé de mission évoque le stigmata associé à ce handicap du fait de ces incertitudes dans le cadre d'une embauche :

« Il y a un discours stéréotypé des dirigeants sur le thème : il n'y a rien de plus dure que le handicap psychique. On ne peut pas embaucher puisqu'on a déjà nos propres handicapés. Il y a une angoisse particulière par rapport à ce handicap. De quoi vient celle là, je ne sais pas trop. Moi ce que je sais c'est qu'au niveau de notre entreprise c'est comme ça. »

Une responsable du recrutement explique très clairement que lorsque les tests d'embauche révèlent des troubles du comportement ou des difficultés psychologiques, la candidature est immédiatement écartée. En réalité, les recrutements de personnes handicapées psychiques passent essentiellement de façon anonyme dans les parcours de recrutement. Une même responsable précise :

¹⁷⁷ On parle de « cadre permanent » dans une entreprise comme la SNCF pour désigner les salariés embauchés sous un statut particulier spécifique aux agents de la SNCF et qui comprend notamment un contrat en CDI mais aussi un certain nombre d'avantages en nature (protection sociale, accès au CE...) dont ne bénéficient pas pleinement les salariés contractuels.

¹⁷⁸ Nous reprenons ici les termes utilisés par un responsable de Mission handicap d'une entreprise.

« Heureusement, il y a un certain nombre de personnes qui passent entre les mailles du filet dans les procédures de recrutement et qui ne déclarent pas leur handicap. »

b) Le plan de formation et d'insertion/intégration

Presque toutes les entreprises prévoient dans leurs accords un volet concernant l'accueil des travailleurs dans l'entreprise et leur formation. Elles détaillent la mobilisation de tous les acteurs de l'insertion pour préparer et accompagner l'arrivée du salarié (médecins, assistants sociaux, les correspondants handicap...), et parfois un tuteur chargé suivre l'intégration du salarié dans l'entreprise. Par ailleurs, ce volet prévoit la formation des personnes handicapées. Cette disposition est avant tout un droit de tous les salariés de l'entreprise. Dans ce contexte, les accords prévoient généralement une disposition prioritaire d'accès à la formation pour les salariés handicapés. De même, en cas de reconversion ou de reclassement, la prise en charge d'une formation, même longue, est généralement assurée par la Mission handicap.

Ces dispositions sont adaptables à chaque type de handicap dans la mesure où elles concernent le droit commun et le parcours individuel du salarié. L'enjeu par rapport au handicap psychique est malgré tout l'attitude que ces dispositions supposent de la part du salarié. En effet, pour bénéficier de ces droits, il faut que le salarié ait une reconnaissance administrative de son handicap et qu'il puisse formuler une demande, voire une revendication par rapport à son handicap. Ces dispositions ne semblent pas caractériser les personnes handicapées psychiques qui ont plus de difficultés à reconnaître leur handicap et qui sont généralement dans une position de repli et de « *non-demande*¹⁷⁹ ».

c) Le plan de maintien dans l'emploi

Au départ, le volet « maintien dans l'emploi » prévoyait des mesures plus protectrices pour les salariés handicapés, mais seulement dans le cas de licenciements collectifs. En ce qui concerne les obligations de reclassement en cas d'inaptitude, que nous avons développées dans un chapitre précédent¹⁸⁰, ce volet de l'accord est généralement traité de façon indépendante par l'ensemble des entreprises, mais de façon plus ou moins approfondie. Certaines ne font qu'évoquer les efforts supplémentaires à fournir pour maintenir dans l'emploi un salarié devenu inapte tandis que d'autres entreprises développent un dispositif spécifique d'accompagnement lorsque le salarié devient handicapé dans l'entreprise quelle que soit son aptitude au poste.

¹⁷⁹ Nous reprenons ici les termes de l'Unafam pour caractériser le handicap psychique.

¹⁸⁰ Article L. 122.24.4, L. 122.32.5 et L. 241.10.1 du Code du travail relatifs aux lois du 31 décembre 1992 et du 6 décembre 1976.

L'entreprise a tout intérêt à maintenir un salarié dans son emploi.. C'est en effet pour elle une façon de se déculpabiliser vis-à-vis de ses salariés des contraintes et des conditions de travail (accidents du travail, stress, maladies professionnelles...) qu'elle impose. Dans la politique de maintien dans l'emploi, figurent toutes les mesures de prévention et de surveillance des conditions de travail ainsi que celles prévoyant le reclassement du salarié et l'adaptation de son poste de travail. Par ailleurs, les mesures de maintien dans l'emploi d'un salarié s'accompagnent généralement de recommandations concernant son statut de handicapé. Ainsi, l'entreprise voit son taux d'emploi augmenter sans embauche spécifique. De plus, ce volet lui permet de valoriser des actions qui sont de fait obligatoires de part le devoirs de reclassement en cas d'inaptitude. Certaines entreprises, notamment dans le secteur automobile, ont atteint des taux d'emploi de 10 % de personnes handicapées uniquement grâce au reclassement de salariés devenus inaptes sur leur poste de travail.

Le maintien dans l'emploi est un domaine important de discussion avec les partenaires sociaux lors de l'écriture de l'accord d'entreprise. Il est mis en avant par les Missions handicap comme une façon de préparer le dispositif d'embauche, un premier espace de concrétisation de la politique qui doit préparer au dispositif d'embauche. L'entreprise, en quelque sorte, se fait la main avec le maintien dans l'emploi avant de s'attaquer à la « vraie » politique, celle du recrutement.

Deux responsables de mission opposent d'ailleurs le recrutement au maintien dans l'emploi :

« Nous on essaie déjà de bien faire avec les personnes qui sont dans l'entreprise et une fois que l'on pourra dire que l'on a été capables de les maintenir dans l'emploi de façon correcte, alors on se posera la question de l'embauche. »

« Moi, je me fie à ce que je connais, aux expériences que j'ai eues. À la fois de gens qui disjonctaient au cours de leur parcours professionnel et pour lesquels j'estime aujourd'hui que nous ne faisons pas du bon boulot pour les maintenir dans l'emploi, donc tant que je pense qu'on ne fait pas du bon boulot, je ne vois pas pourquoi on devrait en prendre plus, puisqu'on ne fait déjà pas du bon boulot, donc je me sens un peu responsable. »

C'est la principale question qui est posée par le handicap psychique, qui se déclare généralement une fois que la personne est déjà embauchée dans l'entreprise. Par ailleurs, les organisations syndicales sont tiraillées entre une position qui viserait à protéger l'emploi des salariés et donc à promouvoir le maintien à tout prix, et l'idée que celui-ci dans une certaine mesure, vient concurrencer l'embauche directe de salariés handicapés.

En ce qui concerne le handicap psychique, la plupart des mesures d'accompagnement et d'insertion s'inscrivent dans cet axe de la politique, le volet « maintien dans l'emploi ». La difficulté réside alors dans les possibilités de reconversion ou d'adaptation de poste, compte tenu de la faible connaissance des entreprises dans le domaine de ce handicap. Alors que les mesures d'adaptation de poste ou de reconversion pour un salarié devenu inapte suite à des problèmes de mobilité, par exemple, peuvent être évaluées de façon relativement évidente avec l'aide d'un ergonomiste, celles concernant l'adaptation de poste pour une personne ayant des troubles du comportement sont plus incertaines.

Deux autres axes sont développés dans l'ensemble des accords signés par les entreprises et font l'objet de mesures spécifiques et volontaires : le plan d'adaptation aux nouvelles technologies et le plan de communication/sensibilisation. Ni l'un, ni l'autre ne semblent prendre en compte les particularités du handicap psychique.

d) Le plan de communication / sensibilisation

Ce plan vise à faire connaître en interne comme en externe la politique de l'entreprise en faveur des personnes handicapées. Au regard des préjugés et réticences à l'égard du handicap dans la société et dans les entreprises, le dispositif de l'accord d'entreprise est à la fois l'occasion de sensibiliser au devoir de solidarité et d'équité vis-à-vis des personnes, mais également de faire connaître l'engagement de l'entreprise. Dans les très grandes entreprises cela signifie d'assurer la diffusion de l'accord dans l'ensemble des unités sur tout le territoire, mais aussi de former et sensibiliser les correspondants handicap et les acteurs des ressources humaines. Ainsi EDF déploie depuis plusieurs années des modules de formation sur le handicap en lien avec les experts de la santé au travail. D'autres entreprises s'appuient sur des supports de communication spécialisés tels que la revue *ÊTRE Handicap Information* pour apporter des témoignages d'accueil de travailleurs handicapés. Cette démarche vise à la fois à informer à l'extérieur sur la politique de l'entreprise mais aussi à inciter les différents acteurs en interne à s'approprier la politique du handicap par un effet d'émulation et d'entraînement. Cette communication passe également par des campagnes d'affichage sur le handicap.

Le handicap psychique, pour sa part, ne fait pratiquement jamais l'objet d'une communication ou d'une sensibilisation spécifique, encore moins lorsque celle-ci s'appuie sur des supports visuels. Tous les témoignages d'embauches de salariés handicapés dans les entreprises présentés tous les deux mois dans une des rubriques de la revue *ÊTRE Handicap Information* portent sur des salariés ayant des troubles moteurs, sensoriels ou mentaux. Lorsque Air France organise un séminaire d'une demi-journée en 2005 sur le thème du handicap psychique dans l'entreprise avec l'ensemble des acteurs de l'insertion (responsables des ressources humaines, médecins, assistants sociaux et organisations syndicales), c'est la première fois que l'on évoque de façon explicite la problématique particulière du handicap psychique vis-à-vis de l'emploi et du maintien dans l'emploi. L'évocation de la folie et ses représentations négatives associées à la dimension insaisissable des troubles psychiques en font dans une certaine mesure un handicap peu photogénique dans le plan de communication de l'entreprise.

e) Le plan d'adaptation aux nouvelles technologies

Cet aspect de l'accord d'entreprise est le plus obscur. Les entreprises le développent la plupart du temps par des engagements sur l'aménagement des postes et leur accessibilité. Cette accessibilité touche en réalité tous les registres du handicap, c'est-à-dire à la fois l'accessibilité physique mais aussi sensorielle ou mentale. Par ailleurs, c'est le dispositif qui permet de légitimer le recours au télétravail avec la mise à disposition de toutes les innovations informatiques et de télécommunication. Les entreprises se sont emparées de ce volet de l'accord pour développer des matériels et logiciels adaptés aux besoins des personnes handicapées. Ainsi, toute une partie de l'activité de la Mission handicap d'IBM, le CISPH¹⁸¹, réside dans la diffusion et la mise au point de solutions techniques informatiques (matériels et logiciels) pour les personnes handicapées. Cette approche du handicap par la technologie rejoint la vision organique et médicale du handicap que l'on peut compenser par différentes formes de prothèses, les outils technologiques devenant un appareillage de la déficience pour des difficultés essentiellement motrices ou sensorielles. Face aux troubles spécifiques au handicap psychique, une réponse en termes de solutions informatiques semble inappropriée. Un des registres pertinents pour permettre à des salariés handicapés psychiques de se maintenir dans l'emploi est celui du télétravail. C'est le cas d'un ingénieur informatique salarié chez IBM que nous avons rencontré. Pour lui permettre de conserver son emploi suite à un syndrome d'épuisement professionnel, son manager lui a proposé d'équiper son domicile en outils informatiques afin de pouvoir continuer son travail d'ingénieur chez lui tout en ayant les moyens de communiquer efficacement avec ses collègues et collaborateurs. La fatigue occasionnée par son traitement ne lui permettait pas de reprendre son poste à temps plein et d'emprunter les transports tous les jours pendant plus d'une heure. Cette formule lui a permis de gérer son travail à son rythme en fonction de son état.

Cependant, dans une certaine mesure, le télétravail est une manière pour l'entreprise de prendre de la distance avec la problématique d'insertion professionnelle. Ce processus d'externalisation s'effectue en réalité à tous les niveaux de l'accord en ce qui concerne le handicap psychique.

2. L'externalisation du handicap psychique

L'un des aspects soulevés par A. Blanc (1998) dans son analyse des accords d'entreprise en faveur des personnes handicapées est celui de « l'externalisation des actions, donc du problème » (*op. cit.*, p. 342). En effet, un volet important de la politique consiste à participer à l'insertion professionnelle et à la formation de salariés à l'extérieur de l'entreprise et pas nécessairement dans le but de leur permettre d'intégrer l'entreprise. Ces actions concernent essentiellement ce que l'on nomme le « secteur protégé », c'est-à-dire toute la population de personnes handicapées embauchées dans des Esat ou des EA et présentes dans les centres de formation professionnelle spécialisés. Il s'agit par exemple

¹⁸¹ Centre d'information et de solutions pour personnes handicapées.

d'accueillir en stage des salariés du secteur protégé ou de financer en partie ces organismes. On note aussi des efforts pour former l'encadrement de ces établissements par le transfert de compétences de l'entreprise vers le secteur protégé. Certaines entreprises mettent également du matériel à la disposition de ces établissements (notamment informatique).

C'est la passation de contrats de sous-traitance avec le secteur qui occupe la part la plus importante de la politique tournée vers l'extérieur de l'entreprise. En réalité cette collaboration avec les Esat et les EA n'était au départ pas prévue comme pouvant entrer dans le cadre de l'accord. Elle constitue en soi, depuis la loi de 1987, une modalité à part entière d'exonération de l'obligation, mais limitée à 50 % du taux de 6 %. De fait, les directions du travail ont accepté que les entreprises intègrent cette mesure dans l'accord. Depuis la loi de 1987, le volume de la sous-traitance au secteur protégé ne cesse d'augmenter et il est édifiant de noter, par exemple, que dans l'accord de la SNCF pour la période 2003-2008 le poids financier de ce volet s'élève à 37 % du budget total de l'accord. C'est le premier poste de dépenses, bien avant l'adaptation matérielle des postes de travail qui pourtant est une mesure lourde financièrement.

D'une certaine façon, les entreprises, en achetant aux EA et Esat des fournitures telles que la papeterie ou des services comme l'entretien des espaces verts ou la restauration, participent de façon indirecte à l'insertion professionnelle de personnes handicapées, mais à l'extérieur de l'entreprise, alors que l'accord concerne en principe la politique de gestion en interne des salariés handicapés.

Même si la question du handicap psychique n'est pas explicitement nommée dans les accords d'entreprise, ces volets semblent les concerner plus particulièrement, comme en témoignent les exemples suivants.

Un chargé de Mission handicap :

« Et donc pour terminer ce que je voulais dire... Il ouvre l'accord d'entreprise et lit : 'Actions menées avec des associations spécialisées : soutenir leurs activités, et la possibilité de soutenir des associations accueillant des personnes souffrant de problèmes psychiques' et ce qui n'est pas écrit parce qu'on ne peut pas les recruter. C'est notre façon de dire... Vous connaissez IF Formation¹⁸², on avait essayé de prendre des stagiaires mais ça avait été...

La deuxième chose c'est que toutes nos candidatures spontanées sont traitées par la Sotres¹⁸³ et croyez moi on en est très très très contents. Donc tout ça on la sous-traité à la Sotres, toutes nos réponses à candidatures. Mais on a jamais accueilli de stagiaires, on nous avait proposé... ils nous disent 'on a un type super, tu pourrais le recruter' mais ils n'ont pas la vision de ce qui se passe en entreprise. Souvent ils nous ont envoyé plusieurs CV mais on est loin des recrutements. »

Les Esat et EA accueillent plus particulièrement la population atteinte de troubles mentaux ou psychiques. L'entreprise considère alors que dans une certaine mesure les achats au secteur protégé

¹⁸² Centre de formation spécialisé en région parisienne.

¹⁸³ Entreprise d'insertion par l'économie qui accueille plus spécifiquement une population handicapée psychique (voir le chapitre 4 sur le thème des représentations du travail).

participent à l'insertion professionnelle de cette population qui est considérée comme inadaptée au recrutement.

Des mesures d'accueil de stagiaires handicapés psychiques pourraient avoir pour vocation de les préparer au recrutement. Cette modalité est envisagée dans l'ensemble des entreprises. L'entreprise IBM reçoit régulièrement des salariés de la Sotres en stage pendant quelques semaines afin de les familiariser avec le milieu ordinaire de travail. Il s'avère que ces stagiaires sont en réalité accueillis dans le microcosme particulièrement sensible au handicap du CISPH et que ces stages n'ont jamais abouti à une quelconque embauche, même à durée limitée.

Par ailleurs, les entreprises financent directement des associations extérieures qui participent à des degrés divers à l'insertion professionnelle des personnes handicapées. Ces associations reçoivent généralement un type de population handicapée qu'elles forment à des métiers spécifiques. Rares sont les centres de formation réservés aux personnes handicapées psychiques, tel le centre de formation de la revue *ÊTRE Handicap Information*. Celle-ci accueille une quarantaine de personnes tous les ans, auxquels elle propose une formation en bureautique. Quelques entreprises comme EDF, Axa ou Total participent au financement direct de cette structure depuis plusieurs années.

En réalité la question du handicap psychique ne semble ni totalement envisagée à l'intérieur de l'entreprise, ni totalement prise en compte dans les actions tournées vers l'extérieur de l'entreprise. Les accords et les missions handicap ne semblent pas s'être emparées de la problématique spécifique à cette population. La participation de grandes entreprises à une recherche sociologique sur ce thème est révélatrice des interrogations des Missions handicap à l'égard de ce handicap. Une des mesures spécifiques prises par un certain nombre d'entreprises pour ce handicap, est de recourir à une association se consacrant au maintien dans l'emploi et à l'accompagnement en milieu ordinaire de personnes handicapées (par exemple, à Paris, le club Arhim¹⁸⁴). Cette association intervient ponctuellement dans le cas de suivi d'un salarié pour lequel l'entreprise n'a pas de réponse évidente pour assurer son maintien dans l'emploi.

3. L'efficacité relative des accords d'entreprise

L'accord d'entreprise est une modalité de réponse à l'obligation d'emploi qui invite l'entreprise à une démarche volontaire et engagée. Elle permet d'inscrire la politique dans une démarche de dialogue social et de diversité des dispositifs. Cependant, malgré la signature d'un accord, les difficultés liées à l'emploi des personnes handicapées persistent. L'accord d'entreprise ne semble pas suffire à surmonter les difficultés liées au faible niveau de formation des personnes handicapées, les réticences des équipes de travail et la difficulté à sensibiliser et former à la question du handicap des acteurs de terrain qui ne cessent de se renouveler dans l'entreprise.

¹⁸⁴ Voir le chapitre 4 sur les représentations du travail pour une description du Club Arhim.

En conséquence, les mesures prévues dans les accords d'entreprise semblent bénéfiques et positives aux salariés de l'entreprise, mais d'une portée limitée pour ce qui est de l'intégration de nouveaux salariés handicapés. L'externalisation des actions prévues dans l'accord contribue à maintenir la population handicapée dans un réseau spécifique fonctionnant sur le registre de la solidarité et de l'assistance et lui ferme les portes du milieu ordinaire.

En plus de l'externalisation de l'emploi se constate également le déplacement des mesures d'insertion professionnelle vers des mesures qui touchent la personne elle-même. En effet, une des problématiques des entreprises est celle de l'accessibilité des locaux. Nombre d'entre elles souhaiteraient voir entrer dans l'accord d'entreprise les coûts liés à la mise en accessibilité qui sera obligatoire dans tous les établissements recevant du public en 2015.

Cette disposition est en partie reconnue depuis la loi de 2005 qui autorise les entreprises à déduire à hauteur de 10 % du montant de leur contribution des actions qui ne sont pas directement liées à l'insertion professionnelle. La mise en accessibilité des locaux peut être valorisée dans ce cadre au même titre que le financement d'associations ou les aides aux personnes. Le risque est grand de voir se déplacer des politiques contractuelles engagées en vue de l'emploi vers des mesures directement tournées vers la personne ou le client. Certaines entreprises prévoient déjà en dehors de l'accord d'entreprise un certain nombre de dispositions en direction de la clientèle handicapée (c'est le cas notamment de toutes les entreprises de transport), ou des actions de solidarité vis-à-vis les personnes handicapées et de leurs familles (aides au logement, financement des études des enfants, financement des loisirs...). Ces mesures, tout en participant indirectement à l'insertion professionnelle par la stabilité sociale qu'elles permettent, ne doivent pas pour autant se substituer à une réelle politique d'emploi.

B. La conjoncture politique : des avancées pour le handicap psychique ?

Deux événements politiques majeurs vont avoir un impact plus ou moins direct sur la vie des personnes atteintes de troubles psychiques : la loi Handicap 2005 et le plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008. Quelles sont les ouvertures et les avancées possibles par rapport à ces textes dans le champ de l'insertion professionnelle ?

1. La loi 2005 reçue par la psychiatrie

La publication de la loi de 1975 concernant l'orientation des personnes handicapées¹⁸⁵ avait vu naître une violente polémique au sein des professionnels de la psychiatrie. Bernard Durand, actuel président

¹⁸⁵ Loi n° 75-534 du 30 juin 1975.

de la fédération Croix Marine, détaille dans une intervention à un colloque sur le thème « Handicap et enjeux de société¹⁸⁶ » les raisons d'une rencontre en psychiatrie et handicap qu'il qualifie d'« étincelante ». La psychiatrie n'avait, semble-t-il, pas été associée à l'élaboration de cette loi, ce que les professionnels ont perçu comme une atteinte à la dignité de leurs patients. Bernard Durand explique que « c'était tellement violent à l'époque que l'on parlait de 'lois scélérates' et de boycott des commissions ». Le handicap n'était pas défini dans la loi de 1975 tout en classant les personnes selon leur déficience. Dans l'usage, la notion de handicap ne répondait pas aux grilles de classification des déficiences de la CIH et la crainte de voir réduire l'individu à un statut administratif stigmatisant était bien réelle.

Par ailleurs, les professionnels envisageaient à l'époque la prise en charge du patient tout au long de sa vie au regard du caractère chronique de certaines pathologies. L'approche par le handicap était perçue à la fois comme menaçant le soin auquel elle venait se substituer et entretenant un clivage entre le sanitaire et le social. Le principe d'assistance contenu dans la loi sur le handicap venait concurrencer le soin.

Aujourd'hui la loi de 2005 sur le handicap est au contraire défendue par tout un volet de la psychiatrie, notamment sociale, comme nous l'avons abordé dans un précédent chapitre, au regard notamment du mouvement des Croix Marine. Deux numéros de la revue *Pratiques en santé mentale*, affiliée à cette fédération, illustrent leur appui à la nouvelle loi sur le handicap : un numéro de février 2005 intitulé « Maladie mentale et situations de handicap » et un numéro d'août 2006 intitulé « Pratiques de l'accompagnement : les ouvertures offertes par la loi du 11 février 2005 ». Par ailleurs, l'ouverture par Patrick Gohet, délégué interministériel aux Personnes handicapées, des journées nationales des Croix Marine en septembre 2006 à Paris est éloquente. La politique du handicap est désormais considérée comme indissociable d'une réflexion sur la pratique professionnelle au quotidien dans le champ de la psychiatrie. C'est bien le message que la fédération souhaite faire passer. Durant ces trois jours de colloque, la référence à la politique du handicap a été omniprésente même si certains ont rappelé la méfiance de la psychiatrie à l'égard du risque d'étiquetage. Une table ronde portait également sur les dispositifs d'accompagnement des personnes dans la loi de 1975.

On observe un revirement de la psychiatrie qui tente de s'approprier la loi de 2005 comme une possibilité de diversifier les formes d'accompagnement. Ainsi, loin d'être perçue comme une menace pour leurs pratiques, des psychiatres envisagent cette loi comme une ouverture. Beaucoup d'espoirs portent sur le principe de la compensation individualisée énoncé dans la loi. Croisée avec la reconnaissance explicite non pas du handicap psychique mais de l'entrave à la participation à la vie en société que peut causer une affection psychique, le principe du droit à compensation des conséquences du handicap devrait mieux répondre aux besoins des personnes atteintes de maladies mentales ou de troubles psychiques.

¹⁸⁶ Centre de ressources en SMS d'Ile-de-France, colloque Handicap et enjeux de société, janvier 2006. Discours visible en ligne sur le site : <http://www.ac-creteil.fr/sms/idf>.

L'élargissement des bénéficiaires de la loi et la simplification des démarches au sein des Maisons départementales du handicap sont également perçus comme des ouvertures pour un accès simplifié et banalisé des patients au dispositif d'aide en faveur des personnes handicapées. Les espoirs les plus grands portent sur les Groupes d'entraide mutuelle (GEM) prévus par la loi. Ils sont considérés avec intérêt par certains psychiatres comme étant une possibilité pour les patients de devenir acteurs de leur insertion qui va dans le sens d'une forme de compensation non personnalisée et totalement indépendante de la reconnaissance du statut de personne handicapée. Dans la lignée des clubs thérapeutiques¹⁸⁷, ce sont des lieux de rencontre, d'échange, des lieux de lien social pour des patients, gérés par eux-mêmes et parfois aidés par des professionnels compte tenu de leur vulnérabilité. Ces lieux sont perçus comme l'occasion de faire des patients non pas seulement des prestataires de soins mais aussi des acteurs de leurs soins et de création de leur lien social. La particularité des GEM tient au volontariat des personnes qui y participent et à leur totale liberté d'accès. Le GEM est à la fois un moyen de prévention et un élément de compensation des conséquences du handicap. Il doit mieux répondre à la particularité du handicap psychique :

« Outil d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale de personnes en situation de grande fragilité, le groupe d'entraide mutuelle peut contribuer à assurer un meilleur accompagnement des personnes en souffrance psychique. Le dispositif mis en place doit être suffisamment souple pour s'adapter dans le temps et à chaque instant aux besoins des personnes handicapées psychiques dont les troubles se caractérisent par une grande variabilité¹⁸⁸. »

Encadré XIV : Les GEM

Les Groupes d'entraide mutuelle ont été évoqués dans la loi du 11 février 2005 et repris dans le Plan psychiatrie santé mentale. Des structures expérimentales avaient été initiées sous le nom de clubs par des associations telles que l'Unafam, la Croix Marine et la Fnep Psy. Sur l'ensemble du territoire, ces clubs offrent aux personnes handicapées psychiques dans le cadre d'un accueil de jour la possibilité de retisser le lien social par le biais de rencontres, d'activités culturelles, de loisirs ou sportives. Les GEM proposent de prolonger ces initiatives et d'assurer leur développement.

C'est pourquoi une enveloppe de 20 millions d'euros, en provenance de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a été dégagée afin de conforter et d'aider au développement de 200 à 300 structures destinées aux adultes souffrant de troubles psychiques sur l'ensemble du territoire.

Le dispositif de conventionnement et de financement des groupes d'entraide a vocation à s'appliquer aussi bien à des structures existantes qu'à des structures qui se créent, sous réserve que l'ensemble de ces structures respectent un certain nombre de conditions d'organisation et d'accueil des personnes. À cet effet, un cahier des charges précisant les objectifs et les conditions qui doivent être

¹⁸⁷ Les clubs destinés aux personnes souffrant de troubles psychiques trouvent leur origine dans la pratique de la psychothérapie institutionnelle qui a contribué à susciter l'implication active des patients. Les « clubs thérapeutiques » sont encadrés par les soignants et s'intègrent dans le projet de soins des patients du ou des secteurs qui les mettent en oeuvre ; ils ont leur place dans la palette des instruments de prévention, de soins et d'insertion sociale du secteur, pour soutenir les patients dans la reconstruction de leurs liens sociaux et leur insertion sociale.

¹⁸⁸ Circulaire DGAS/3B n°2005-418 du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques.

respectés pour qu'un club ou groupe d'entraide mutuelle existant ou en projet soit conventionné et bénéficie d'un financement par l'État est annexé à la circulaire du 29 août 2005.

Ce sont des ouvertures en termes de souplesse de l'accompagnement et de reconnaissance de la singularité du handicap psychique qui sont proposées. Bernard Durand décrit même les GEM comme « une innovation dont nous n'avons pas encore pris toute la mesure, car ils présupposent un nouveau regard sur les personnes soignées en psychiatrie (...) Je suis convaincu que leur création constitue un moment fort de ce changement de regard et qu'ils peuvent contribuer à la destigmatisation des troubles mentaux » (*op. cit.*, 2006, p.,20).

2. La politique de santé mentale

La politique de santé mentale, par les réponses collectives à la fois cliniques, médico-sociales et sociales qu'elle apporte aux personnes atteintes de troubles psychiques, constitue le cadre d'intervention des professionnels de l'insertion. Ces dernières années, deux textes ont plus particulièrement donné la tonalité de la politique : le plan « Santé mentale, l'usager au centre d'un dispositif à rénover », de novembre 2001 et le plan « Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 » proposés respectivement par les ministères de l'Emploi et de la Solidarité, ministère délégué à la Santé, et le ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille, monsieur Philippe Douste-Blazy.

Sur le thème de l'insertion professionnelle ces textes sont particulièrement évasifs. Ils portent essentiellement sur la formation et le rôle des professionnels de la santé mentale, sur la diversité, l'offre de soins en psychiatrie et la protection des malades et de leurs proches.

Malgré tout, l'un des huit axes proposés dans le plan santé mentale de 2001 était de « favoriser l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées du fait de troubles mentaux ». Ce texte intégrait donc déjà l'idée que les troubles psychiques pouvaient être à l'origine d'un handicap et que la réponse n'était dès lors pas uniquement médicale. Dans une logique d'accompagnement complémentaire aux soins, ce volet du plan visait à soutenir les initiatives locales menées par des associations en faveur de l'insertion sociale et à mieux mesurer les besoins spécifiques à cette population. Il proposait ainsi une mission d'étude et de recherche sur la situation des personnes souffrant de handicap du fait de troubles psychiques qui a abouti à la publication du rapport Charzat¹⁸⁹ en mars 2002. C'est le premier texte parlementaire qui alertait sur la problématique spécifique d'insertion des personnes atteintes de troubles psychiques, et sur leur positionnement incertain dans le champ du handicap. Par ailleurs, une étude sur les CAT avait été confiée au CTNERHI afin de mieux connaître le secteur et le potentiel dynamique de ces établissements médico-sociaux. Enfin, plus particulièrement sur le thème de l'insertion professionnelle, ce plan santé mentale a soutenu le projet

¹⁸⁹Charzat, M., « Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches », rapport à la ministre déléguée à la Famille, à l'Enfance et aux Personnes handicapées, mars 2002, 138 p.

Galaxie, financé dans le cadre du programme Equal du Fond sociale européen qui vise à prendre en compte les personnes atteintes de maladie mentale dans les dispositifs d'insertion socio-économique. En plus de la dynamique des échanges au sein du réseau, ce collectif a développé depuis 2001 une compétence approfondie dans le domaine du handicap psychique. Il a organisé un colloque en décembre 2004 à Paris et a publié des documents de synthèse portant sur l'accompagnement des personnes, la compensation du handicap psychique en milieu de travail et les processus d'évaluation et d'aide à l'insertion socioprofessionnelle.

Encadré XV : le réseau Galaxie

Sont à l'origine du réseau Galaxie un certain nombre de constats réalisés à la fin des années 90. En premier lieu, la maladie mentale intéresse peu et l'insertion professionnelle de personnes handicapées psychiques est souvent jugée utopique, dans le sens où les entreprises considèrent souvent que cela constitue un risque pour leur bon fonctionnement. En outre, les cadres de droit commun relatifs à l'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques sont peu adaptés aux spécificités du public. Enfin, il existe d'épaisses cloisons entre les secteurs médical, social ou de l'insertion professionnelle.

En 2000, des structures professionnelles d'origines très diverses décident de se regrouper, mettant en place d'importants travaux et la mise en commun de leurs expériences face à la population de personnes handicapées psychiques. Le réseau compte aujourd'hui 13 structures membres.

Les objectifs de Galaxie sont d'abord scientifiques. Il s'agit de mutualiser les pratiques, de développer l'expérimentation et disséminer de bonnes pratiques. Le deuxième type de d'objectif est d'ordre politique : sensibiliser les administrations et participer, avec d'autres fédérations et associations à une meilleure prise en compte du public concerné par l'insertion professionnelle.

Le réseau Galaxie s'inscrit depuis 2001 dans le programme Equal du Fond social européen qui travaille à réduire toutes les formes de discrimination et d'inégalité dans la sphère du travail et de l'emploi.

Le projet Galaxie s'est fixé plusieurs objectifs :

- un objectif de mutualisation visant à améliorer les pratiques existantes plus particulièrement sur les thèmes de l'évaluation, la transition vers l'emploi et le maintien dans l'emploi,
- un objectif de recherche et d'action,
- un objectif de sensibilisation, d'information et de communication auprès des professionnels et des pouvoirs publics,
- un objectif d'aide et de conseil auprès des structures qui travaillent dans le secteur de l'insertion professionnelle.

La connaissance de la problématique de l'insertion professionnelle apportée par le réseau Galaxie est décisive pour le développement de structures d'appui aux entreprises accueillant des salariés handicapés psychiques.

Actuellement, le plan Psychiatrie et santé mentale pour la période 2005-2008 vise à répondre aux attentes exprimées par les acteurs du monde psychiatrique. Quatre axes y sont proposés de façon prioritaire :

- Relancer l'hôpital psychiatrique en réinvestissant dans les murs de l'hôpital et en confirmant le moratoire sur la fermeture de lits et de places en hôpital psychiatrique.
- Augmenter les moyens humains par la création de postes médicaux et non médicaux.

- Améliorer de la formation des infirmiers et des infirmières à la psychiatrie par un dispositif d'accompagnement et de tutorat pour compenser la suppression de cette spécialisation.
- Développer l'offre sociale et médico-sociale par l'aide à l'accompagnement à domicile, l'ouverture de places en établissements médico-sociaux afin d'enrichir la prise en charge en externe.

Ce dernier volet a été pensé en partenariat avec le secrétariat d'État aux Personnes handicapées et dans la perspective de la refonte de la loi de 1975. Dans une certaine mesure, la question de l'insertion sociale des personnes suivies en psychiatrie est reléguée au sein de la politique en faveur des personnes handicapées. La seule référence faite à l'emploi dans ce plan se trouve dans l'axe intitulé « une prise en charge décloisonnée ». Celui-ci fait référence à l'accompagnement et invite à une « mobilisation des dispositifs de travail protégé ». Le plan se donne pour objectif de « conforter le rôle des dispositifs de travail protégé et toute la gamme de leurs interventions » (Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Famille, 2005, p. 33). Deux mesures sont prévues pour atteindre cet objectif : la création de 8 000 places nouvelles en Esat permettant d'accueillir notamment des travailleurs présentant un handicap psychique, et de prendre en compte les besoins spécifiques de ces personnes dans le secteur protégé au moyen de cahiers des charges et d'outils de bonnes pratiques sur la base d'un recensement, et d'une évaluation des initiatives déjà existantes et des expériences innovantes en matière d'insertion professionnelle.

Le milieu ordinaire de travail ne fait pas l'objet de mesures spécifiques et est simplement évoqué comme une modalité envisageable de l'insertion professionnelle. À ce propos, le plan réaffirme simplement la mission des Cap emploi qui assure l'accompagnement des personnes handicapées dans l'emploi sans pour autant prévoir de moyens spécifiques pour permettre, entre autres à ces structures de répondre de façon pertinente à la population handicapée psychique.

Encadré XVI : Le réseau Cap emploi

Le réseau Cap emploi est composé de 119 organismes de placement spécialisés, répartis sur l'ensemble du territoire. Présents dans chaque département, ils apportent un service de proximité aux entreprises et aux personnes handicapées pour toutes les questions liées au recrutement et au parcours vers l'emploi. Financé par l'Agéfiph, le réseau comporte un millier de professionnels.

Le réseau agit en complément de l'action des ANPE, avec des compétences distinctes plaçant au cœur de sa mission la personne handicapée dans son projet d'intégration professionnelle. Il privilégie un accompagnement individualisé basé sur une approche contractuelle.

Les services des Cap emploi s'adressent donc aux personnes handicapées engagées dans une démarche active d'accès ou de retour à l'emploi en milieu ordinaire de travail et aux employeurs privés ou publics, quel que soit leur effectif, dès lors que leurs salariés relèvent de l'Unedic. Ils assurent la médiation entre l'entreprise et la personne handicapée qu'ils amènent vers l'emploi en fonction de ses compétences et aptitudes.

En 2005, les 119 Cap Emploi ont accueilli 82 132 personnes handicapées et permis 46 029 recrutements. La majorité des contrats signés sont des contrats durables (CDI et CDD de plus de 12

mois). Par ailleurs, la moitié des placements sont réalisés au sein d'entreprises de moins de vingt salariés, pourtant non soumises à l'obligation légale d'emploi.

L'observation de ces dispositions législatives met en évidence l'absence notoire de mesures spécifiques à l'insertion professionnelle. Le cadre politique de l'accompagnement des personnes vulnérables du fait de troubles psychiques représenté par la loi de 2005 et le plan Psychiatrie et santé mentale ne considère pas l'accès à l'emploi en milieu ordinaire comme un axe prioritaire. De fait, les mesures et propositions contenues dans ces textes ne rapprochent pas le handicap psychique et l'emploi, et parfois font l'inverse. Nous sommes bien loin des contraintes liées à la mise en œuvre d'un accord d'entreprise en faveur des personnes handicapées et du maintien dans l'emploi des personnes handicapées par des troubles psychiques.

Et pourtant, la fédération Croix Marine voit ces nouvelles politiques comme une avancée dans le champ de la réinsertion professionnelle. Elle propose, dans un cycle de formation continue sur « l'insertion par le travail réhabilitation, réadaptation : nouvelles avancées, nouvelles expériences », d'analyser les ouvertures que les textes permettent en matière de pratiques d'insertion. Ses arguments sont les suivants : « Les nouvelles avancées proposées par l'État (loi du 11 février 2005, Plan Psychiatrie et santé mentale, circulaire DGAS du 29 août 2005, réforme des établissements et services d'aide par le travail, des entreprises adaptées, réforme du régime des mesures de protection) concourent à promouvoir un travail plus souple, plus humain, plus adaptatif, visant à maintenir la personne dans son environnement, ses repères, à favoriser la complémentarité entre le médical et le social, et à ce que soient assurés, autant que nécessaire, des soins maintenus dans le temps. Ces textes créent des territoires communs aux professionnels des champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux et ce cycle propose d'explorer plus particulièrement ce qui permettra aux personnes handicapées psychiques d'accéder, de revenir ou d'être maintenues dans la cité et/ou en milieu ordinaire de travail.¹⁹⁰ »

Ce développement qui peut paraître au premier abord idéaliste, voire naïf au regard des propositions faites par l'État, est révélateur d'une appropriation de la question du handicap par la psychiatrie et de la prise en compte des conséquences du handicap dans le domaine de l'insertion professionnelle.

¹⁹⁰ Avant programme du cycle de formation continue de la Fédération d'aide à la santé mentale Croix Marine, visible en ligne sur le site <http://www.croixmarine.com>.

Chapitre 6 : Une question de l'entreprise dans sa globalité

En interrogeant le maintien dans l'emploi et l'insertion professionnelle, indirectement la question de l'attitude du monde du travail et de la société à l'égard des personnes handicapées psychiques se pose. Or le constat est celui assez négatif de nombreuses réticences et freins à l'intégration dans l'entreprise d'une personne atteinte de troubles psychiques.

La place faite aux personnes handicapées dans la société ne peut être abordée uniquement du point de vue du comportement individuel et du profil de la personne dans un environnement donné. C'est une question sociale 'totale', pour reprendre les termes utilisés par M. Mauss à propos de l'objet sociologique dans un article en collaboration avec P. Fauconnet (1901), dans la mesure où elle concerne l'ensemble du corps social dans sa capacité à créer des liens et à façonner le tissu social. Les représentations sociales sont une des façons d'approcher la dimension globale et totale de l'enjeu de l'insertion professionnelle. C'est parce que le maintien dans l'emploi d'un salarié handicapé psychique se situe au sein d'un groupe social identifié qu'est l'entreprise qu'il devient un phénomène social. Ce groupe produit du social par les interactions qui s'y produisent, elles-mêmes portées par des représentations que les individus relaient. L'objet social représenté par le maintien dans l'emploi d'une personne handicapée psychique devient une production du collectif (Mauss, 1950). Il est déterminé par l'ensemble des jeux sociaux qui régissent le groupe, en l'occurrence l'entreprise. Il faut donc repérer les représentations qui vont guider les comportements et agissements à l'égard du handicap psychique pour identifier les 'mondes sociaux' dans lesquels le maintien dans l'emploi se déroule et ainsi comprendre le poids déterminant du collectif sur un parcours individuel dans l'entreprise.

Les apports récents de l'histoire (Duby, 1978), de la sociologie (Bourdieu, 1982), de l'anthropologie (Augé, 1979) reconnaissent et explicitent la fonction de la représentation dans la constitution des ordres et des rapports sociaux, l'orientation des comportements collectifs et la transformation du monde social. Les représentations sociales sont déterminantes dans les processus d'insertion des personnes handicapées et elles participent à la dynamique de rencontre entre la personne et le groupe qui se joue lors d'un retour à l'emploi.

Dans un premier temps, nous verrons l'importance des représentations dans les mécanismes d'intégration et d'insertion des personnes handicapées dans la société. Trois registres de représentations peuvent être identifiés : celui des représentations du handicap, celui des représentations de la maladie mentale et de la santé mentale, celui des représentations du handicap psychique dans l'emploi.

L'approche par les représentations permet également de remettre au centre de la question de l'insertion les problématiques spécifiques des milieux au sein desquels celle-ci est mise en œuvre. Nous

examinerons ainsi dans un deuxième temps la façon dont les représentations du handicap psychique dans l'emploi s'inscrivent dans l'entreprise. L'entreprise est un monde social à part entière contributrice de représentations à partir de valeurs, d'une histoire et d'une organisation de la santé mentale, au travail et au handicap. Pour cela, nous approfondirons plus particulièrement les réponses apportées par les entreprises de notre étude à la singularité du handicap psychique au regard de leur vécu des salariés atteints de troubles psychiques. Nous verrons dès lors que cette question dépasse largement la simple rencontre entre le salarié handicapé et le collectif de travail mais qu'une multitude d'éléments sociaux entre en jeu et font de la question de l'insertion professionnelle un « phénomène social total ». En effet, « la représentation n'est pas un simple reflet de la réalité : elle est une organisation signifiante qui intègre les caractéristiques objectives de l'objet, les expériences antérieures du groupe – son histoire – et son système d'attitudes, de normes et de valeur. Cela permet de définir la représentation comme une vision fonctionnelle du monde qui permet aux individus et aux groupes de donner un sens à leurs conduites et de comprendre la réalité » (Abric, 1996, p. 13).

I. L'importance des représentations sociales dans l'insertion professionnelle

A. Les représentations du handicap

1. Définition

Les représentations sociales sont considérées par nombre d'observateurs et de professionnels comme le principal obstacle à l'insertion des personnes handicapées. Dans leur modèle sur les facteurs déterminant l'attitude à l'égard des personnes handicapées dans l'entreprise, D. Stone et A. Colella mettent en exergue la prédominance des mécanismes de catégorisation et des préjugés sur le handicap, intrinsèques à la construction de représentations communes par rapport à d'autres facteurs tels que les contraintes législatives ou les caractéristiques de la personne handicapée (1996).

Une recherche québécoise sur l'insertion socioprofessionnelle des personnes connaissant des problèmes de santé mentale visait à mettre en relief des difficultés rencontrées lors de l'insertion dans une emploi (Mercier *et al.* in Corbière *et al.*, 2002). Les résultats de l'enquête par questionnaire révèlent six types d'obstacles : les « préjugés » sont uniformément reconnus comme le principal obstacle à l'insertion. « Ces préjugés se traduisent par la discrimination et l'exclusion, une non-reconnaissance des compétences, l'incompréhension, l'étiquetage (on ne voit que le malade et non la personne) et le peu d'ouverture des employeurs » (*op. cit.*, p. 199). Ces résultats semblent concorder avec ceux obtenus par des études similaires effectuées dans d'autres pays (Bachrach, 1991 ; Basset *et al.* 2001 ; Braitman *et al.*, 1995 ; Hill *et al.*, 1998 ; May et Vieceli, 1983 ; Mac Crohan *et al.*, 1994 ; Rutman, 1994, in Corbière *et al.*, 2002) et concluent au caractère prépondérant de la stigmatisation parmi les obstacles majeurs à l'insertion.

Ces préjugés attribués à une méconnaissance des personnes et de leurs difficultés contribuent à l'élaboration de représentations collectives et vont nuire aux possibilités d'insertion professionnelle.

C'est E. Durkheim qui, dès 1898, introduit l'idée de représentation collective et attribue à la psychologie sociale la tâche d'étudier les représentations sociales (1989). Il révélera le rôle déterminant de ces dernières dans l'ordre social. La psychologie cognitive a mis en évidence les propriétés structurales de la représentation, mais ses modèles basés sur l'intelligence artificielle (traitement de l'information, stockage...) coupent le processus mental de sa base sociale, psychique et corporelle.

En France, S. Moscovici pose les bornes d'un vaste champ de recherche articulé sur les représentations sociales. Dans ses différents ouvrages (1961, 1984), il démontre le rôle des représentations sociales dans l'institution d'une réalité consensuelle, leur fonction socio-cognitive dans l'intégration de la nouveauté, l'orientation des communications et des conduites. Il montre également

que les représentations sociales peuvent être étudiées globalement comme des contenus dont les dimensions (informations, valeurs, opinions...) sont coordonnées par un principe organisateur (attitudes, normes...) ou de manière focalisée comme structure de savoir organisant l'ensemble des significations relatives à l'objet concerné. Cette deuxième approche est à mettre en parallèle le concept « d'organisateur central » élaboré par S.E. Aschen en 1954 lors de ses recherches sur la formation des impressions.

D. Jodelet pose la question de savoir comment les représentations orientent les processus d'insertion dans son étude sur les malades mentaux (1989). Elle s'appuie sur une définition dynamique du concept de représentation sociale : « Le concept de représentation sociale désigne une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale. Les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal. En tant que telles, elles présentent des caractères spécifiques au plan de l'organisation des contenus, des opérations mentales et de la logique. Le marquage social des contenus ou des processus de représentation est à observer en se référant aux conditions et aux contextes dans lesquels émergent les représentations, aux communications par lesquelles elles circulent, aux fonctions qu'elles servent dans l'interaction avec le monde et les autres » (1984, p. 357).

J.-C. Abric qui a participé à la valorisation des représentations sociales dans les questions d'exclusion et d'insertion par la publication d'un ouvrage collectif intitulé *Exclusion sociale, insertion et prévention* (1996) rappelle la définition synthétique proposée par D. Jodelet du concept comme forme de connaissances implicites : ce sont « des formes de connaissances socialement élaborées et partagées, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social » (*op. cit.*, p. 7). À partir de la proposition de D. Jodelet il insiste sur la dimension symbolique des représentations et de leur rôle dans le processus d'appropriation d'une réalité. Il parle ainsi d'intériorisation des représentations sociales : « Elles sont les visions du monde que développent les groupes sociaux ; visions du monde qui dépendent de leur histoire, du contexte social dans lequel ils baignent et des valeurs auxquelles ils se réfèrent » (*ibid.*).

En quelques mots, ces définitions regroupent les deux registres du social mobilisés dans la problématique collective du maintien dans l'emploi : celui des pratiques et celui du consensus collectif.

En ce sens, les représentations deviennent décisives à l'égard de l'accueil d'une personne handicapée dans le monde du travail. Elles vont non seulement déterminer le comportement et l'attitude face au salarié, mais aussi donner un sens au déploiement de mesures, dispositifs ou outils pour lui permettre le retour dans l'emploi, ces mesures s'inscrivant elles-mêmes dans des discours de justification des actions.

J.-C. Abric rappelle à ce propos que « toutes les pratiques sociales – et celles concernant l'exclusion et l'intégration sociale peut-être encore plus – sont des systèmes d'action socialement déterminés à la fois par des enjeux sociaux concrets et par leur inscription dans une symbolique sociale, de systèmes de

mentalités et de représentations sociales » (Abric, 1996, p. 7). Les représentations sociales ont ainsi trois fonctions essentielles : 1. Une fonction identitaire, en déterminant comment un groupe social donné se perçoit et perçoit les autres groupes avec lesquels il est en interaction. 2. Une fonction justificatrice, permettra de justifier à priori mais surtout à posteriori certaines pratiques sociales. 3. Une fonction d'orientation des pratiques.

L'existence de représentations sociales permet ainsi à chaque groupe de disposer des outils essentiels à la maîtrise de son environnement et à la détermination de ses actions recensées comme suit par J.-C. Abric :

- un système de catégorisation sociale qui lui permet de mettre de l'ordre, de qualifier et de hiérarchiser l'environnement social ;
- un système d'interprétation de la réalité correspondant à son mode d'appréhension et à ses valeurs ;
- un système d'anticipations et d'attentes, qui favorise son décodage de la réalité et prédétermine ses relations aux autres groupes (*op. cit.*, 1996).

C'est la traduction des représentations sociales dans nos manières d'agir et de nous comporter face à une personne handicapée qui influent sur la mise en œuvre des possibilités d'insertion professionnelle. Reprenant les propos de D. Jodelet, « insister sur le rôle des représentations sociales développées par les acteurs sociaux de l'intégration et de l'insertion permet certes d'éclairer des phénomènes qui rendent compte de certaines des difficultés rencontrées dans leur réalisation. Cela permet aussi de rappeler la part qui revient à la dimension symbolique dans le maintien et la restauration du lien social que supposent les notions d'insertion et d'intégration. Cette dimension symbolique joue également un rôle dans la réussite de l'insertion et de l'intégration (*op. cit.*, 2003, p. 113).

2. Des représentations stigmatisantes

La première question est donc celle du repérage des représentations collectives du handicap. Malgré le statut singulier du handicap psychique dans ce champ, elles constituent le premier cadre symbolique auquel une personne n'ayant pas développé de réflexion particulière dans le domaine, se réfère face à une personne atteinte de troubles psychiques.

L'approche par les représentations du handicap a été inaugurée notamment par le sociologue américain E. Goffman, qui a montré, dès les années soixante la symbolique négative associée au stigmaté. Il est l'auteur qui a étudié le plus en détail les dynamiques relationnelles en jeu dans le lien social, dans son ouvrage sur les usages sociaux du handicap (1975). Il a mis en évidence l'importance de l'identité sociale apparente à partir de laquelle se structurent nos interactions lors d'une première

entrevue avec un inconnu. Si une personne possède un attribut spécifique, on dit alors qu'elle possède un stigmate assimilé à un discrédit.

Le stigmate n'existe pas en soi, mais il naît de la relation entre les attributs personnels et les stéréotypes. À partir de caractéristiques visibles ou perceptibles, l'auteur montre comment se construit ce qu'il nomme une idéologie, mais qui peut s'apparenter à un système de représentations invitant à une attitude de dépréciation de la personne. Lorsqu'une personne possède un stigmate, celle-ci est 'discréditable', puis discréditée une fois que celui-ci est révélé. Il repère trois types de stigmates : 1. les monstruosité du corps ; 2. les tares de caractère ; 3. les caractéristiques tribales (au sens large).

E. Goffman montre à quel point les attitudes et comportements à l'égard de la personne stigmatisée s'apparentent à de la discrimination, réduisant par là même les chances de la personne. Une idéologie fabriquée (prêtant un certain nombre de propriétés généralisables à la personne) se construit autour du stigmate pour justifier une attitude de mise à l'écart.

Il prend ainsi l'exemple des associations de déficiences que nous attribuons à une personne aveugle : « Chez certains, il peut exister une hésitation à toucher ou à guider les aveugles, tandis que chez d'autres cette constatation d'une privation de la vue peut se généraliser pour former une perception globale d'inaptitude, si bien que ces personnes s'adressent aux aveugles en criant, comme s'ils étaient sourds, ou essayent de les soulever, comme s'ils étaient infirmes. Il est fréquent que, face aux aveugles, les gens présentent toutes sortes de croyances ancrées dans le stéréotype » (Goffman, 1977, p. 16).

La problématique du stigmate est encore d'actualité selon une étude récente menée par Rohmer et Louvet (2002 in Houillon, 2004) qui montre qu'un homme handicapé serait perçu comme handicapé, alors qu'un homme valide serait considéré comme un homme. L'étiquette catégorielle « handicapé » apparaît singulièrement prégnante, à tel point qu'il semble impossible de faire abstraction de la déficience dans notre perception des personnes handicapées (en tout cas sur un plan physique, dans le cas de ces travaux).

Les travaux de E. Goffman ont approfondi cette observation largement répandue que la rencontre entre une personne handicapée et une personne non handicapée est fortement déterminée par des représentations collectives construites autour du handicap, perçu au sens d'attribut lié à une faiblesse ou un déficit mettant la personne « au rang d'individu vicié, amputé » (*op. cit.*, p. 12). Il se situe bien au niveau du système de valeurs et de jugements à partir desquels l'individu va justifier et organiser son comportement face à une personne qui est considérée à partir de son infraction aux normes identitaires.

Dans cette logique d'identité sociale et de catégorie d'appartenance que l'on attribue à la personne pour la juger, une étude citée par V. Houillon (Paicheler *et alii*, 1987 in Houillon, 2003) révèle très clairement les ensembles d'attributions associés à une personne handicapée : dans la représentation qu'ils se faisaient d'une personne « clouée sur un fauteuil roulant » ou aveugle, les sujets associaient à la carence physique ou sensorielle un profil de personnalité lui aussi problématique ou carrément pathologique (anxieux, introverti, inadapté...).

L'analyse de l'histoire des mentalités notamment à propos des représentations du handicap, proposée par H.-J. Stiker reprend également cette hypothèse du caractère central des systèmes de pensée dans le rapport des personnes non handicapées aux personnes handicapées (1982). Il propose une histoire globale du rapport des sociétés à l'infirmité, aux personnes handicapées, au corps déviant ou diminué. Il montre ainsi à quel point la différence que représente le handicap conduit à la peur, au rejet qui nous pousse à nous protéger en excluant la personne concernée pour surmonter la panique ou le malaise d'être face à la personne marquée du sceau du handicap. De l'ère chrétienne jusqu'à 1975, il montre comment les systèmes de représentations ont guidé les modes d'organisation sociale et les réponses apportées aux infirmes, notamment à partir des modes d'affiliation religieux. L'analyse d'H.-J. Stiker s'appuie sur les points de rupture dans l'histoire vis-à-vis des infirmes finalement perpétuellement enfermés dans une négation de leur différence. Il fait le constat sombre que « les sociétés n'ont jamais réussi à intégrer la différence en tant que telle. Ou bien le groupe social l'intègre pour la faire disparaître, ou bien il l'intègre partiellement en excluant davantage certaines formes, ou bien il l'exclut assez radicalement tout en se donnant une certaine représentation de l'intégration » (*op. cit.*, 1982). Cette conclusion générale nous parle du malaise et de la crainte de la différence portés par des représentations de la personne handicapée comme déviant par rapport à une norme bio-psychique.

Les travaux d'A. Giami à partir de deux études effectuées à 10 ans d'intervalle sur les représentations sociales du handicap s'inscrivent dans la continuité de la thématique par rapport à la norme proposée par H.-J. Stiker (1997). Ils révèlent également le thème de l'exclusion sociale associée au terme de handicap (Giami, 1988, 1996).

La première étude fait apparaître une organisation du système de représentations qui oppose la figure du « monstre » à celle de « l'enfant malade ». À ces deux pôles sont associées des conduites oscillant entre l'élimination à la naissance ou à la surprotection et au soutien thérapeutique et éducatif. À des pulsions agressives et destructrices répondent des exigences morales de protection d'un être perçu malgré tout comme une surcharge et une souffrance.

La deuxième étude met en évidence des représentations de l'ordre de la normalité sociale. En premier lieu, le handicap renvoie à des ensembles de « problèmes », d'« atteintes » et de « dysfonctionnements » de différentes natures regroupés sous forme d'états ou de situations, ainsi qu'à des personnes perçues dans leur singularité ou sous la forme d'un groupe (Giami, 1998, p. 70). Ces représentations entraînent gêne et peur, voire fascination et bienveillance face aux groupes ou personnes porteurs de ces atteintes. Les représentations sont également structurées autour d'une distinction entre les atteintes congénitales ou héréditaires et les atteintes apparues au cours de l'existence, ces dernières étant perçues comme des drames de la vie ne pouvant être « compensés ». Enfin l'étude révèle des représentations particulièrement négatives des « composantes mentales du handicap » (*op. cit.* p. 71) à l'opposé des « composantes physico-sensorielles » (*ibid.*). Les premières sont perçues comme la menace d'une atteinte fondamentale et globale de perte de contrôle susceptible

d'atteindre les personnes interrogées et entravant la communication et les interactions par la gêne, l'anxiété et la peur ressenties.

A. Giami met en perspective ces représentations du handicap avec l'idée de perte d'emploi comme rupture de socialisation. L'un comme l'autre sont « métaphorisés » comme une catastrophe, un événement qui introduit une rupture dans l'existence (Giami, 1998).

Que ce soit dans le registre de la rencontre et des interactions, par rapport à la prise en considération au niveau de la société, ou dans une logique d'écart à une norme bio-psychique ou sociale, le handicap continue à être perçu comme la remise en cause d'une situation ou d'un état considéré comme la référence. Ces représentations légitiment les mécanismes d'exclusion, de discrimination et de mise à l'écart des personnes handicapées par l'ensemble des groupes sociaux et des sociétés.

B. Les rapports de la société à la folie

1. Le rapprochement impossible

Les représentations et les systèmes de pensée auxquels elles s'intègrent touchent la société toute entière dans son rapport à la folie. Quelles sont les représentations de la folie qui vont présider à la place que la société va faire aux malades, aux personnes atteintes de troubles psychiques ?

La place de l'individu dans la société moderne s'est construite sur l'idée que l'homme pouvait se définir par ses droits, son autonomie, et donc par sa citoyenneté. R. Demonet et L. Moreau de Bellaing montrent, dans un ouvrage central sur les représentations du handicap, avec pour point de départ le rapport entre citoyenneté et folie, à quel point cette association a d'abord paru audacieuse, voire incongrue (*op. cit.*, 2000). L'étude des rapports entre citoyenneté et folie est en fait une lecture des rapports qu'une organisation sociale entretient avec les hommes qui la composent, à partir des systèmes de pensées qui façonnent nos représentations.

À ce propos, un détour par l'analyse de la folie dans les différentes théories du contrat social est édifiant. À partir des discours sur la citoyenneté et la folie, faits par les représentants majeurs de la théorie du contrat social comme Thomas Hobbes, John Lock et Jean-Jacques Rousseau, dégagent les bases d'une distinction entre raison et folie qui va conduire à faire de la folie le négatif de la citoyenneté. Pour T. Hobbes, la société est un corps et la folie est un dérèglement d'un des membres. Les hommes se craignent les uns les autres et c'est pour cela qu'ils s'organisent en société. On observe alors une rupture entre citoyenneté et folie dans la mesure où la société civile fondée sur le contrat trouve son ancrage dans la raison. Celle-ci devient le moyen de différencier l'homme de l'animal. La raison

s'oppose à la folie par l'incapacité des individus appartenant à ce groupe d'être acteurs dans le champ social ; ici la parole de l'insensé est niée dans son existence propre.

Avec J. Lock, père de l'individualisme libéral, ce sont les droits qui font de l'homme un citoyen qui peut vivre dans une société où les hommes sont égaux et se gouvernent par consentement mutuel. J. Lock parle d'égalité entre les hommes, dont il précise les limites en considérant la folie comme le lieu d'une citoyenneté impossible. Malgré tout, l'issue n'est pas nécessairement l'exclusion, mais il pose les bases d'une intégration par la ségrégation. Il faut que la société s'occupe de la folie, mais cette dernière doit être traitée à partir de processus spécifiques. C'est dans le discours de J. Lock que se trouvent les prémisses de l'argumentation concernant la prise en charge de la folie par la société et le développement de la psychiatrie.

Pour J.-J. Rousseau, l'état de nature est pour l'Homme un état de paix et la société l'a dépravé. Ce qui marque la naissance de l'humanité est le contrat social qui se fonde sur l'égalité entre tous les hommes, mais malgré tout, selon lui, « la folie ne fait pas droit » (Rousseau, 1973, p. 66 in Demonet, 2000, p. 61). Il dénonce l'acte par lequel un individu renonce au pacte social et se met sous la coupe d'un autre. Le contrat social ne dépend ni du divin, ni d'un monarque, mais du lien social. C'est la perte du lien social qui caractérise la troisième des distances qui se marque entre citoyenneté et folie. Comme le fou est mis hors du droit, donc en dehors de la citoyenneté, il ne peut pas participer à l'intérêt commun.

Ces trois penseurs du contrat social légitiment dans leurs discours une première mise à distance de la folie à l'extérieur de la société qui voit apparaître les premiers questionnements sur le rejet des individus auxquels on attribue un impossible accès à la raison.

Tout comme les représentations du handicap ont un rôle déterminant dans la dynamique sociale qui se joue autour de l'insertion de personnes atteintes de troubles psychiques, les représentations de la folie et de la maladie mentale vont être omniprésentes dans les interactions sociales et les possibilités d'intégration à la société.

L'important travail de D. Jodelet sur le rapport de la société à la folie s'appuie sur l'analyse du placement familial de malades mentaux dans des familles, dites nourricières, réalisé depuis le début du XX^{ème} siècle à Ainay-le-Château dans l'Allier (*op. cit.*, 1989). C'est ce qui s'appelait alors une « colonie familiale » : un hôpital psychiatrique ouvert, dont les patients vivent en liberté dans la communauté rurale environnante où ils résident chez l'habitant, et les familles qui les accueillent en placement reçoivent une rétribution pour l'hébergement, l'entretien et la surveillance de leurs « pensionnaires » (Jodelet, 2003, p. 107). Elle voit dans cette expérience une introduction à l'étude des représentations sociales de la folie et du fou qui sont la « clé pour comprendre aussi bien les manières de traiter, placer socialement les malades mentaux que la construction de l'altérité » (*ibid.*, p. 37).

Dans une période de transformation des politiques psychiatriques et d'ouverture des asiles, cette démarche vise à replacer le fou au cœur de la collectivité et non à le maintenir dans les franges de la société. Malgré le malaise de la communauté d'accueil et son intéressement économique à l'accueil de

« pensionnaires », le groupe social se montre capable de faire preuve d'acceptation, de tolérance et on observe une forme d'imprégnation liée à la proximité avec les malades qui donne l'apparence d'une intégration.

En ouvrant, notamment la porte du travail aux malades comme condition d'accès à un état de santé stabilisé, permettant une intensification des liens avec les membres du groupe, la communauté maintient le malade dans un statut inférieur à celui des membres du groupe. Le malade, même lorsqu'il travaille, est considéré comme étant dans « un état de nature radicalement différent de celui de l'homme normal » (Jodelet, 2003, p. 111). Il est maintenu dans une condition de non-reconnaissance de ses aptitudes qui est justifiée par « l'observation d'une absence de contrôle cérébral » (*ibid.*). Ce qui est particulièrement intéressant dans l'analyse développée, c'est que ces représentations se construisent autour de la volonté de réduire les chances d'accès des pensionnaires à un statut d'égalité dans la communauté, or ils pourraient les revendiquer. « Les représentations s'articulent alors à la défense de l'intégrité sociale locale » (*ibid.*). C'est la figure de l'altérité symbolisée par la présence du pensionnaire qui est rejetée du fait du stigmate de la pathologie et de l'institution psychiatrique.

D. Jodelet montre bien l'ambiguïté des positions adoptées à l'égard des personnes handicapées psychiques à partir de l'exemple du travail : d'un côté, le travail est l'indice d'un état mental rassurant et favorise l'insertion des malades travailleurs, comme le montre leur régime de vie dans les foyers d'hébergement. D'un autre côté, le besoin de les maintenir dans un statut d'extériorité et d'exploitation donne prégnance aux aspects de la représentation qui cristallisent leur handicap en différence de nature. « L'interaction entre le modèle représentatif et les situations créées par l'intérêt des nourriciers concourt à une biologisation du social qui renforce l'altérité du handicapé mental et rend encore moins concevable son entrée en citoyen libre et égal dans la communauté » (*op. cit.*, p. 112). C'est le malade considéré comme étranger à la communauté qui devient une menace pour le groupe et qui doit donc être maintenu en dehors.

Quelle que soit l'attitude de la société à l'égard de ses fous et de la place qu'elle leur donne, c'est comme si la nature même de la personne atteinte de troubles en faisait un être distinct de l'homme normal. Qu'il soit au centre du collectif, à la marge où totalement à l'écart (enfermé), il ne peut accéder à un statut égal dans la société.

R. Bastide synthétise cette ambivalence des représentations que la société se fait de la folie et de son attitude à l'égard des malades : « À la fois fête, mystère et menace, la folie a toujours gêné la société. Cette gêne et cette maladresse justifient les continues oscillations de l'attitude collective entre la tolérance et la réprobation, le libéralisme et le renfermement ; le psychiatre est souvent apparu dans cette perspective à l'opposé de ces attitudes : austère pour nier la fête, féru de science pour nier le mystère, philanthrope pour nier le danger. La relation dialectique n'est pourtant que trop évidente entre les attitudes collectives et celles du psychiatre » (*op. cit.*, 1965, p. 237)

2. Entre peur et fascination

Les représentations dans le champ de la santé mentale s'inscrivent à la fois, dans les interactions et les attitudes vis-à-vis d'une personne malade que l'on est amené à fréquenter dans ses relations personnelles, familiales ou professionnelles.

Les travaux sur les représentations partagées de la citoyenneté, de la folie, du travail et du handicap de M. Maudinet (1997)¹⁹¹ révèlent un champ spécifique attribué à la folie. À partir de l'évocation du mot *folie*¹⁹², l'auteur a observé les termes qui y sont associés et cités de manière récurrente. Ceux qui apparaissent le plus souvent sont ceux faisant référence à la *folie* en tant que *maladie*, dont la *démence* est le représentant dominant. « Maladie égarement de l'esprit dans la démence qui, dans cet ordre de représentation, nécessite le recours à un traitement dans un lieu spécialisé, l'hôpital » (*op. cit.*, 1997, p. 78). L'affinement de l'analyse des résultats confirme l'inscription de ces représentations dans le registre de la pathologie et du médical avec l'idée que les individus sont *aliénés* dans un *délire*. C'est qui explique par la suite l'idée que la personne est considérée dans un état hors de la norme.

Une fois de plus, l'étude des représentations laisse apparaître des stratégies d'extériorisation de la condition de la personne d'une dimension liée à la raison, à la norme ou à l'humain.

La prégnance de l'inscription médicale de la folie observée par M. Maudinet est étudiée de manière approfondie dans les travaux de l'enquête Santé mentale en population générale (Bellamy, 2004¹⁹³). Cette enquête avait pour objectif d'évaluer la prévalence des principaux troubles mentaux et interrogeait les personnes sur leurs représentations de la maladie mentale. Deux sphères de représentations, proches mais distinctes se dessinent, à partir de l'identification de « personnages mythiques » (Defromont, 2004, p. 47) : celui du « fou », ou le cauchemar de la conscience humaine, et celui du « malade mental ». Alors que le fou est perçu comme en dehors du monde du fait d'un décrochage avec notre principe de réalité, le malade mental est considéré à partir de son trouble organique et de son handicap. Le fou est associé à une perte de maîtrise de soi, à une inconscience qui le rend presque irréel, auquel on ne peut attribuer de sens. Le malade mental, de son côté, doit pouvoir dans une certaine mesure être traité et la cause organique de ses troubles est localisée au niveau du cerveau. Une troisième figure est apparue au cours cette étude, celle du dépressif. Les caractéristiques qui lui sont attribuées font appel à un ensemble de représentations qui touchent davantage à la notion de souffrance morale, à la tristesse, au pessimisme et au retrait. Ces représentations semblent, selon

¹⁹¹ Ces travaux ont été publiés dans l'ouvrage auquel nous avons précédemment fait référence, sous le nom de R. Demonet (2000). Cet article reprend plus spécifiquement les résultats de l'enquête de terrain de Marc Maudinet dans le cadre de sa thèse qui s'appuie sur la technique des associations de mots.

¹⁹² Nous faisons apparaître en italiques les termes textuellement utilisés dans cette enquête reposant sur une analyse lexicale.

¹⁹³ L'enquête « Santé mentale en population générale » réalisée par le centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a été réalisée auprès de 36 000 personnes âgées de 18 ans et plus en France métropolitaine, entre 1999 et 2003.

l'étude basées sur l'idée que la population se fait de la dépression qui n'est pas nécessairement celle reconnue cliniquement, et surtout sur la notion banalisée de la déprime.

Un des éléments omniprésents dans l'analyse des représentations dans le champ de la santé mentale est celui de la violence. C'est d'ailleurs peut-être ce qui les distingue le plus clairement des représentations du handicap. Les résultats de l'enquête publiée par la Drees sont explicites à ce propos. Les termes de « fou » et de « malade mental » sont plus souvent que celui de « dépressif » associés à l'idée de meurtre. 45 % des personnes interrogées pensent que commettre un meurtre est associé au fait d'être « fou » et 30 % au fait d'être un « malade mental ». D'autres attitudes violentes comme le viol ou l'inceste sont par contre liées à l'image du « malade mental » plus qu'à celle du « fou » : pour 46 % des personnes, quelqu'un qui commet un viol ou un inceste est un « malade mental » et un peu moins de deux personnes sur cinq pensent que ces actes sont le fait de « fous ». Ainsi les attitudes les plus violentes (commettre un inceste, un viol, battre sa famille...) sont selon les personnes interrogées, associées à la folie et à la maladie mentale. Ces représentations très négatives sont par ailleurs relayées par une information sur la psychiatrie qui se limite parfois au récit de drames exceptionnels¹⁹⁴. Il est intéressant de noter que ces représentations varient d'un pays à un autre. Ainsi, les comportements agressifs qui en France sont majoritairement associés à l'image du « malade mental » et ailleurs à celle du « fou » ou du « malade mentale » ne le sont pas ailleurs. À l'île Maurice, par exemple, quelqu'un qui commet un inceste ou un meurtre est majoritairement considéré comme ni « fou », ni « malade mental », ni « dépressif » (Caria, Roelandt, 2004).

L'observation de D. Jodelet dans la colonie familiale rapporte également le sentiment de dangerosité et la peur suscitée par la maladie mentale (1989).

Cependant elle nuance ce rapport à la violence et la peur qu'elle suscite par la crainte de la contamination. Les représentations de la folie se jouent en effet dans un rapport de proximité particulier. La crainte d'une agressivité incontrôlée est bien présente, mais c'est surtout l'idée de contagion des troubles liée à une trop grande proximité qui est le plus souvent évoquée et qui justifierait des attitudes de protection et d'évitement. La maladie mentale est représentée comme un fluide ou un liquide corporel qui pourrait se transmettre au contact de la personne. Le contact physique permettrait alors à la maladie de se répandre, mais c'est aussi, semble-t-il, souvent l'idée que côtoyer trop souvent des personnes atteintes de troubles psychiques pourrait soit réveiller en chacun ses propres fragilités psychiques, soit déteindre sur l'entourage. K. Sausse analyse cette peur, comme « la peur de l'atteinte de l'intégrité que représente le handicap et qui me renvoie une image intolérable de l'humanité, et par conséquent de moi-même. Peur de l'anormalité et de l'étrangeté qui me révèle, comme dans un miroir brisé, ma propre étrangeté que je veux ignorer. (...) Peur de devenir comme lui, par un phénomène de contamination, car le handicap suscite un fantasme de contagion » (*op. cit.*, 2001, p. 42 in Houillon, 2004, p. 99).

¹⁹⁴ Nous pensons par exemple à la couverture médiatique sur la violence en psychiatrie nourrie par le drame de Pau où une personne souffrant de schizophrénie a commis un double meurtre au sein de l'hôpital psychiatrique dans la nuit du 18 décembre 2004.

Par ailleurs, l'enquête Santé mentale en population générale à travers les représentations associées à la dépression montre que la proximité et la familiarité avec ce type de troubles véhicule des considérations moins négatives en termes d'évolution et de contagion. Le « dépressif » est considéré comme ayant plus facilement accès à la guérison, même sans médicaments. La perception de la dépression ne s'inscrit pas dans une fatalité, une dimension incurable ou intrinsèque à la personne (Bellamy, 2004). Cette attitude moins stigmatisante vis-à-vis de la dépression peut en partie s'expliquer par la banalisation du terme et son usage systématique pour décrire toutes sortes de difficultés psychologiques.

Dans un registre contraire, les représentations dans le champ de la santé mentale touchent à la valorisation de la partie subjective de l'homme, à l'espace d'expression des sentiments, lieu de l'affectif et de la création. L'étude de M. Maudinet sur les associations de mots montre en effet qu'au registre médical de la folie succèdent des représentations qui trouvent leur origine du côté de la raison. L'espace de la folie devient alors un lieu d'expression dans lequel le *rire* devient la source de l'énergie nécessaire à la *vie* (*op. cit.*, 1997). Le champ de représentations et de sens de la folie est caractérisé par des références au spectacle de la folie à celui qui donne à voir la folie créative qui procure *joie* et *plaisir*. Celle-ci est symbolisée par l'image du génie créateur de l'artiste. Selon Marc Maudinet, c'est un « univers de sens de la folie, dans lequel la *passion* et *l'amour* trouvent leur place en tant que représentants de cet état singulier, qui inscrit les hommes hors de la raison (*ibid.*, p. 80).

Ces représentations moins péjoratives de la santé mentale sont véhiculées par la référence à des personnages célèbres à la fois pour leurs œuvres et leur folie, tels qu'Antonin Artaud qui a passé plus de dix ans de sa vie en hôpital psychiatrique, John Nash, prix Nobel d'économie et diagnostiqué schizophrène ou encore Vincent Van Gogh qui a peint une grande partie de ses tableaux au sein de l'institution asilaire¹⁹⁵.

Ce que révèlent ces différentes études sur les représentations dans le champ de la santé mentale est la diversité des registres associés à la folie, la maladie et les troubles psychiques. L'usage des termes utilisés dans le domaine de la psychiatrie semble déterminant par rapport aux représentations collectives plus ou moins stigmatisantes.

Malgré tout, certains éléments sont constants, tels que la dangerosité associée à la maladie mentale, entraînant la peur et l'évitement. Le terrain est alors propice à toutes les formes d'exclusion et de mise à l'écart, de différenciation et de distanciation. Alors que les représentations de la santé mentale évoluent dans le sens d'une banalisation, et en même temps d'une déstigmatisation avec l'introduction de la psychologie dans l'ensemble des sphères de la vie (école, hôpital, entreprise...), la psychiatrie reste malgré tout marquée du stigmate de l'infamant, du drame humain et de l'insaisissable honteux.

¹⁹⁵ Un grand nombre de personnages célèbres pourraient être cités chez lesquels ont probablement existés différents types de maladies (des peintres, des musiciens, des hommes politiques...).

Dans ce contexte, quelle place prennent les représentations de la « folie » dans l'insertion des personnes handicapées psychiques ? Dans quelle mesure ces représentations constituent-elles objectivement un obstacle tangible à une prise en compte des personnes atteintes de troubles psychiques et de leurs besoins ? Ces représentations sont-elles les mêmes par rapport à l'emploi et dans le monde du travail ? Peut-on dépasser ces représentations pour éviter l'exclusion et la marginalisation ?

C. Les représentations du handicap psychique par rapport au travail

1. Un salarié perçu comme moins compétent

Au croisement des représentations du handicap en général et de la santé mentale émergent des représentations spécifiques au handicap psychique, notamment par rapport au travail et à l'emploi. L'étude menée par Alain Giami sur l'évolution des représentations du handicap (1998) montre très clairement comment celles-ci sont passées de représentations centrées sur un écart à une norme bio-psychique à une vision à partir de la rupture du lien social. Le handicap est perçu comme l'intrication de difficultés physiques, psychiques ou sociales, au plan individuel ou collectif, dont l'expression va être associée à la perte d'emploi (*op. cit.*, 1998). D'emblée, le handicap est représenté par rapport à une mise à l'extérieur du monde du travail. La catégorie de handicapé, au niveau administratif, est née de la reconnaissance d'une inaptitude au travail des mutilés de guerre¹⁹⁶, et dès 1898 une loi sur les accidents du travail portait les prémises de la construction des représentations du handicap dans un rapport d'inadaptation au travail.

Les préjugés concernant les troubles psychiques dans le monde du travail sont particulièrement présents dans la construction de représentations collectives de la santé mentale. Celles-ci apparaissent autour de l'idée d'une antinomie avec le travail en milieu ordinaire. Une publication du World Health Organization et du Bureau international du travail (2000) distingue cinq types de « mythes » attribués aux problèmes de santé mentale dans l'emploi :

- « La maladie mentale est la même chose que le retard mental »
- « Il n'est pas possible de guérir de la maladie mentale »
- « Les personnes malades ou stabilisées ont tendance à être des employés de seconde zone »
- « Les personnes qui ont un handicap psychique ne peuvent supporter le stress au travail »
- « Les personnes malades ou stabilisées sont imprévisibles, violentes et dangereuses ».

¹⁹⁶ Nous faisons ici référence à la loi du 17 avril 1916 qui prévoit la création d'emplois réservés dans les administrations pour les mutilés et victimes de guerre, ainsi qu'à la loi du 26 avril 1924 qui impose l'obligation d'emploi de 10 % de mutilés de guerre, de veuves et orphelins de guerre ou de victimes civiles dans les effectifs des entreprises.

Le caractère à la fois négatif, menaçant et fataliste de ces observations, malgré le manque de nuances et une approche amalgamée et confuse, participe de la construction de représentations collectives du handicap psychique comme antinomique avec le travail.

En approfondissant la façon dont le monde du travail envisage le handicap psychique dans l'emploi, c'est le rapport à la productivité et à la performance qui est mis en perspective. D. Jodelet avait bien observé que la personne malade, dans les colonies familiales, n'était jamais considérée comme responsable et que son activité ne pouvait que se limiter qu'à l'inculcation et la reproduction d'habitudes et devait être surveillée, d'où une vision restrictive des aptitudes au travail (*op. cit.*, 1989). Cette observation est d'autant plus ancrée que celle-ci s'observe quelle que soit l'activité effective du pensionnaire, même lorsque les familles reconnaissent d'importantes capacités de travail.

L'idée de moindre performance est associée au handicap psychique quelle que soit la nature des troubles. Un responsable d'une Mission handicap pourtant particulièrement ouvert sur la question de l'insertion professionnelle en milieu ordinaire présente le salarié handicapé psychique comme un salarié ayant nécessairement une participation différente au système de production :

« Moi je dis que je ne peux pas avoir un double discours dans l'entreprise : je ne peux pas à la fois dire aux managers de cette boîte que l'intégration professionnelle, c'est l'ouverture à la différence mais dans la compétence, c'est-à-dire 'oui je vous demande d'embaucher des salariés handicapés mais je vous demande avant tout d'embaucher des gens compétents et après tout si ils sont handicapés pourquoi pas, et s'il faut aménager on va s'en occuper et après on va oublier et on va tous bosser de la même manière'. Je ne peux pas leur dire ça et parallèlement dire : 'là on va embaucher quelqu'un qui disjoncte de temps en temps, qui ne va pas avoir la même productivité que les autres, qu'il va falloir accompagner, sur lequel il va falloir avoir un œil particulier'. Là, plus personne ne va comprendre mon discours. »

Or, comme l'explique ce responsable, la légitimité, dans ces grandes entreprises, de la politique en faveur de l'embauche de travailleurs handicapés se construit sur un discours de la compétence et de l'efficacité. Le handicap psychique n'est pas perçu comme pouvant s'inscrire dans cette logique d'incorporation de la politique du handicap. En effet, la moindre productivité est non seulement perçue comme systématique et évidente, mais en plus elle est représentée comme n'étant pas compensable par un aménagement ou une adaptation de poste.

Les employeurs réduisent également le salarié handicapé psychique à une incompétence du fait des représentations associées aux problèmes relationnels avec les collègues ou supérieurs hiérarchiques. Une étude sur les réactions des chefs d'entreprise à l'égard de l'emploi des personnes handicapées psychiques en 1993 (Verry, 1996) montre que les employeurs, qu'ils aient ou non effectivement embauché des personnes handicapées, signalent en premier lieu les problèmes relationnels comme une entrave à l'insertion dans leur entreprise. Selon V. Verry les deux groupes s'appuient soit sur des préjugés, soit sur des constats. Cette étude révèle également que pour les « employeurs virtuels »,

c'est-à-dire ceux qui n'emploient pas de personnes handicapées, la deuxième difficulté citée est celle du manque de qualification. Nous retrouvons l'idée que le salarié handicapé psychique est nécessairement perçu par rapport à une moindre compétence, qualification ou moindre productivité. Cette difficulté n'est citée qu'en quatrième position pour les employeurs réels (*op. cit.*).

L'étude d'A. Blanc (1996), qui s'inscrit dans la lignée des travaux de V. Verry, révèle que l'efficacité de la main-d'œuvre handicapée psychique est remise en question par la diminution des capacités intellectuelles du fait de la maladie ou des traitements. Il repère ainsi clairement une main-d'œuvre identifiée pour des « capacités limitées » (*op. cit.*, p. 29). Ces limites se révèlent par l'observation de difficultés de compréhension. D'autre part, ces observations s'ajoutent au thème de la lenteur de ces salariés. Ces thèmes semblent systématiquement évoqués soit sous l'angle des capacités mentales, soit sous celui des capacités physiques.

Le questionnaire que nous avons fait circuler dans les entreprises révèle aussi largement l'idée que la productivité des salariés handicapés psychiques est nécessairement moindre. Les personnes interrogées (encadrement ou travailleurs sociaux) considèrent majoritairement comme juste ou pertinent la phrase suivante : « les troubles psychiques entravent nécessairement le niveau de production du salarié », et ce, qu'il s'agisse de professionnels de l'encadrement (responsables des ressources humaines) ou de professionnels du médico-social (assistants sociaux ou médecins).

2. Entre défi et réticences

Dans ce contexte de représentations du salarié handicapé psychique comme étant fortement éloigné de l'exigence de productivité du milieu ordinaire de travail, la question de l'insertion professionnelle et du recrutement est présentée comme un challenge et les réticences et craintes sont nombreuses.

L'exemple le plus explicite est celui de la position de l'Agefiph¹⁹⁷ à l'égard du handicap psychique. L'Agefiph a pour mission de sensibiliser, accompagner, soutenir les entreprises dans leurs efforts d'embauche de travailleurs handicapés. Pour cela elle met à leur disposition un certain nombre d'outils, études et livrets pour leur permettre de mieux connaître les difficultés propres à chaque type de handicap. Par ailleurs, elle soutient financièrement les associations et centres de formation qui accompagnent vers l'emploi les personnes handicapées en réinsertion professionnelle.

La façon dont se positionne l'Agefiph par rapport au handicap psychique est singulière. Elle trouve son origine dans le rapport sur « les aides financières spécifiques versées aux personnes handicapées et leurs effets sur l'insertion en milieu ordinaire de travail » de l'Inspection générale des affaires sociales publié en 1996 (Agefiph, 1999). Celui-ci soulignait la faible présence des malades mentaux dans les dispositifs d'insertion et invitait l'Agefiph à faire connaître l'action des associations et des structures

¹⁹⁷ réf. encadré XI.

innovantes en ce domaine. Pierre Blanc, alors directeur technique de l'Agefiph, précisait dans un entretien accordé à la revue *ÊTRE Handicap Information* (1999, p. 56) que les personnes handicapées psychiques¹⁹⁸ ne représentaient que 3 % des bénéficiaires d'aides alors que la part de la maladie mentale est estimée entre 15 et 20 % dans l'ensemble de la population handicapée. Entre 1990 et 1999 l'Agefiph a apporté son concours au développement d'actions en faveur de l'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques. En neuf ans, 15 000 d'entre elles ont bénéficié de ces interventions. Entre 1 000 et 1 500 personnes ont été chaque année concernées, soit à titre individuel soit à titre collectif, par des actions de formation professionnelle, de rapprochement ou de sortie du milieu protégé, de soutien et de suivi ou encore par l'insertion directe ou l'alternance. Si l'on compare ces chiffres aux seules actions de formation menées spécifiquement à l'intention des personnes handicapées en 2004, soit plus de 40 000 actions tous handicaps confondus (Agefiph, 2005), le bilan de l'Agefiph, en 2000, concernant les personnes handicapées psychiques est maigre.

Pour relancer ses interventions directement auprès des personnes handicapées psychiques, l'Agefiph a publié un guide de la collection « Point de repères » sur le thème *Maladie mentale et emploi* (1999). L'Agefiph présente ce guide comme un document de capitalisation « vivante » et de mutualisation d'expériences destiné à constituer une base de réflexion pour le travail en partenariat. Il s'adresse à tous les acteurs qui accompagnent vers ou dans l'emploi, les personnes handicapées psychiques. Les précautions prises en introduction de ce document sont évidentes. En effet, il y est précisé en première page que « le sujet abordé est difficile, la bibliographie restreinte et les écueils nombreux » (Agefiph, 1999, p. 5). De même, la présentation du guide par A. Blanc est qualifiée de « challenge collectif » dans son interview à la revue *ÊTRE Handicap Information*. Dans cette introduction, il est précisé que ce document vise à répondre de manière efficace aux « problèmes particulièrement complexes que pose l'emploi des personnes handicapées psychiques » (*ibid.*). Autour du handicap psychique, dans le secteur de l'insertion professionnelle, se construit le stigmate de la complexité, qui distingue le handicap psychique des autres types de handicap, et qui est d'ailleurs repris par les grandes entreprises. Celles-ci peuvent alors légitimement exprimer leurs réticences face à l'embauche de ces travailleurs, puisque les organismes de tutelle contribuent eux aussi à la stigmatisation du handicap psychique dans l'emploi. Un responsable de Mission handicap se montre très clair à ce sujet :

« Êtes vous prêts à embaucher des personnes handicapées psychiques ?

Pour les formations qualifiantes que je mène, oui. Pour les contrats à durée indéterminée, je vous dis tout de suite, non. C'est clair, c'est impensable. Si vous voulez nous quand on recrute dans l'entreprise, vous y restez. Et ça la direction l'a bien compris. Si vous voulez, nous on recrute des gens pour des carrières. Pas pour un poste, donc on s'entoure de précautions, on veut être sûrs que la personne va pouvoir faire carrière en interne, que la personne va pouvoir évoluer.

Moi si vous voulez, je vais être très direct. Autant je suis d'accord pour l'intégration des personnes handicapées mais le handicap psychique c'est pas le rôle d'une entreprise. On ne sait pas faire, on est

¹⁹⁸ À cette époque, l'usage voulait que l'on parle de handicap par maladie mentale qui depuis la loi de 2005 est désigné sous la terminologie de handicap psychique. Pour plus de clarté et de cohérence dans nos propos nous utilisons systématiquement le terme de handicap psychique.

pas outillés pour, on n'a pas le temps. Moi je pense que tout peut être envisageable dans le cadre de formations mais pas dans le cadre de recrutements. L'entreprise en 2004 n'est pas prête à ça. »

Le handicap psychique est perçu comme nécessitant un savoir-faire spécifique et supplémentaire par rapport aux autres types de handicap. L'embauche est alors considérée comme un risque sur le long terme pour l'entreprise. Ce risque est renforcé par les représentations véhiculées à propos de l'instabilité, de la non-fixité du handicap et de son évolution dans le temps. Le titre d'un article paru dans le cadre d'un colloque organisé à Nancy sur la santé mentale illustre l'effort qu'exige la pensée d'embaucher d'un travailleur handicapé : « Santé mentale au travail : un cap à franchir¹⁹⁹ ».

Le guide de l'Agefiph relaie cette notion de risque par les précautions qu'elle invite les professionnels de l'insertion à prendre. Ainsi la stabilisation de la maladie est présentée comme un « préalable nécessaire » à l'insertion (Agefiph, 1999, p. 7). Elle doit permettre de répondre à la dimension 'impalpable' du handicap qui est particulièrement dérangeante pour le monde du travail attaché à l'évaluation et au respect de procédures.

Il est frappant de constater qu'un chapitre entier de ce document traitant du handicap psychique, vise à reconnaître les freins formulés par les entreprises à l'égard des salariés handicapés psychiques. L'idée selon laquelle l'entreprise n'est pas un lieu de soin ou un lieu thérapeutique, que les exigences du monde du travail vis-à-vis des salariés (polyvalence, adaptabilité, sens relationnel...) sont incompatibles avec le handicap psychique devient légitime. Ces observations sont tempérées par l'idée qu'une dynamique de solidarité existe dans les entreprises et qu'elle constitue le levier essentiel de l'accueil de ces salariés. Lorsque les guides sur l'embauche de travailleurs handicapés mettent l'accent sur la compétence des travailleurs handicapés, les avantages qu'ils peuvent apporter à la production de l'entreprise ou à la cohésion sociale dans le groupe, ils s'appuient sur la solidarité et l'approche humanitaire. Ce à quoi les entreprises répondent par une incompatibilité.

Un chargé de Mission handicap :

« Tant qu'on travaillera sur des recrutements à long terme, des gens pour faire carrière à mon avis ce sera très très difficile. Quand je suis arrivé j'avais fait passer en cabinet de recrutement des jeunes femmes anorexiques, soit disant guéries, on avait tout le temps des avis réservés, voire défavorables. La direction elle veut voir des gens opérationnels, bien dans leur tête, bien dans leur peau... Nous, on est pas des entreprises d'humanitaires. Je suis peut-être un peu dur, mais on ne sait pas faire, on ne peut pas faire. »

L'analyse de D. Stone et A. Colella fait apparaître que le handicap psychique fait l'objet d'une stigmatisation, particulière dans l'organisation, du fait de l'attribution de comportements dangereux et imprévisibles associés à ce handicap (1996, p. 366). Ces auteurs posent la question du lien de causalité entre des représentations associées à une forme de danger et l'impossible accès à des postes à responsabilités ou exigeant une autonomie particulière.

¹⁹⁹ Le Républicain lorrain, 18 mars 2003, p. 12.

Même au niveau des professionnels de l'insertion, la question du handicap psychique dans l'emploi ne semble pouvoir se poser que dans le registre de la complexité et des difficultés ou de celui de la solidarité, de l'acte volontaire et dans une certaine mesure charitable.

3. La confrontation avec les valeurs de l'entreprise

Malgré l'écart creusé par des représentations du handicap et du travail qui mettent les personnes handicapées psychiques à distance de l'entreprise, des recherches sur les discriminations en matière d'embauche montrent qu'une fois dans l'emploi, les travailleurs handicapés sont perçus de manière favorable (Louvet et Rohmer, 2000, *in* Houillon, 2004). Cette étude ; par exemple, fait ressortir des jugements portant sur les qualités professionnelles des travailleurs handicapés. Elles montrent que l'évaluation des travailleurs handicapés se construit sur des dimensions globalement positives. En effet, cette main-d'œuvre est perçue comme motivée, consciencieuse, travailleuse et intelligente (*op. cit.*, p. 103). De même, V. Houillon fait référence à des résultats expérimentaux (Bailey, 1991 *in* Houillon, 2004) mettant en relief le fait qu'un individu qui réussit dans différentes tâches proposées dans une situation de coopération est jugé de manière équivalente, qu'il soit valide ou handicapé. En revanche, si elle échoue, la personne valide sera jugée significativement moins compétente, moins intelligente et moins motivée que la personne handicapée. La population handicapée est, quant à elle, toujours jugée positivement, cela, indépendamment de ses résultats. L'auteur en conclut que « tout se passe donc comme si, concernant la personne handicapée, il n'était pas tenu compte des performances de l'individu, mais plus des règles sociales qui nous imposent de ne pas mal juger une catégorie perçue comme défavorisée » (*ibid.*).

Nous pouvons prolonger cette observation : les capacités que démontrent les personnes handicapées surinvesties dans leur emploi pour compenser le handicap sont souvent évoquées et valorisées dans le monde du travail. Ainsi, une personne sourde aurait de plus grandes capacités visuelles, alors que l'on attribue instinctivement des qualités d'écoute supérieures à un aveugle, d'où compétences supposées dans le graphisme pour les uns et l'apprentissage des langues pour les autres. En réalité, c'est à partir de représentations du handicap vécu comme nécessairement défavorisant que se construit ce discours lié au dépassement de celui-ci. Une fois dans l'emploi, le salarié handicapé est jugé de façon positive par rapport au courage dont il a dû faire preuve pour accéder à l'emploi et à ses capacités de dépassement de sa déficience pour s'intégrer. Cet imaginaire déployé autour du handicap dans l'emploi est renforcé par les campagnes de communication, notamment dans le sport. C'est le registre où le handicap est associé à l'idée d'exploit ou de performance. Plusieurs grandes entreprises soutiennent de façon intensive la Fédération française de handisport et accueillent dans leurs effectifs des sportifs de haut niveau handicapés auxquels elles permettent de conjuguer emploi et entraînement à la compétition.

Cette image du « handisportif » dans l'entreprise rejoint l'analyse d'A. Ehrenberg sur le culte de la performance et la valorisation du dépassement de soi inhérents aux sociétés individualistes contemporaines (1991). Il montre en effet le changement de paradigme opéré autour de la revalorisation de la compétition est symbolisé par trois figures imaginaires : le chef d'entreprise comme emblème de l'efficacité, le consommateur comme individu épanoui et non plus aliéné ou passif, et enfin le champion sportif comme symbole d'excellence sociale (*op. cit.*, p. 14).

Un responsable de Mission handicap analyse sans détours la façon dont l'entreprise valorise cette idée de performance et de dépassement de soi :

« Toujours est-il que l'on est dans les stéréotypes et que l'on aide une personne qui s'aide déjà. Mais ça ne fonctionne pas pour la personne handicapée psychique ; c'est quelqu'un qui va pas bien, qui est pas courageux, qui a perdu sa volonté et le jour où elle se surpasse, elle n'est plus handicapée.

Et c'est vrai que le correspondant handicap c'est quelqu'un dont on valorise l'action, le courage. Alors on est pas dans le même registre peut être. On est beaucoup plus mal à l'aise. Sans compter nos propres peurs, tous les lieux communs. On a peur de voir une personne déprimée que ça va être contagieux... Oui, c'est toujours angoissant de voir des gens qui ne vont pas bien. »

Cette question du dépassement de soi et de la performance est mise à mal par le handicap psychique, perçu comme le signe d'une faiblesse psychologique, de laisser-aller, d'abattement. Le questionnaire transmis aux responsables de l'encadrement et aux professionnels du secteur médico-social est sans ambiguïté à ce propos. Sur les 86 questionnaires remplis, 65 attribuent la cause des troubles psychiques d'un salarié à une fragilité psychologique. L'individu est responsable de ses troubles et son handicap est le fait de sa responsabilité individuelle. Comme si le handicap psychique, contrairement aux handicaps sensoriels ou moteurs, trouvait son origine et sa cause dans la nature même de la personne. Il serait le fruit d'une élaboration individuelle, tandis que les autres types de handicap sont généralement attribués à la fatalité, à un destin malchanceux. La personne handicapée psychique est mise au centre de son handicap, elle porte en elle son étiologie et son évolution. Les autres types de handicap sont au contraire perçus comme le résultat de phénomènes extérieurs à l'individu (accident, transmission génétique, problèmes durant la grossesse...), même si l'étiologie révèle des dysfonctionnements organiques évidents. La représentation du handicap psychique rend la personne responsable de son état, d'où les réflexions courantes relatives aux troubles psychiques : un « laisser-aller », « un luxe », le signe d'un manque de volonté.

Sur les 86 personnes ayant répondu au questionnaire, seules cinq d'entre elles attribuent la cause des troubles psychiques à un problème organique. La deuxième cause attribuée relève de la sphère privée et est liée à des événements de la vie (problèmes personnels, accident, parcours de vie douloureux). Ce résultat, même s'il attribue une cause extérieure à l'individu dans l'étiologie de ses troubles, montre tout de même à quel point dans le monde du travail, le handicap psychique est perçu comme une affaire individuelle et personnelle, relevant de la responsabilité du salarié. Dans cette logique, des

conditions de travail difficiles, par exemple, ne sont perçues que comme des révélateurs d'une faille individuelle.

Devant l'individualisation de la responsabilité dans le monde du travail et des images négatives de la folie, A. Bozza propose une réflexion sur le dépassement de ce qu'il nomme les « barrières mentales à l'insertion professionnelle ». Elle consiste en une déconstruction des représentations négatives et une élaboration de nouvelles représentations de la personne, en tant que « producteur d'une différence, source d'apport positif » (*op. cit.*, 1996, p. 39). Il propose la présence d'un accompagnant qui pourrait déjouer les mécanismes de construction des représentations qui focalisent sur la personne handicapée psychique les angoisses liées à la folie et à des peurs primitives. Il propose d'établir un nouveau mode de communication qui permette de construire une relation avec l'aide d'un accompagnant. L'approche psychologique d'A. Bozza est particulièrement remarquable dans notre observation des systèmes de représentations dans le monde du travail en raison de la place qu'il va redonner à la personne handicapée et à sa reconnaissance en tant qu'individu. En effet, pour lui, la condition à une possible revalorisation de la maladie mentale dans le monde du travail doit passer par l'accès au langage de la personne. Il faut que celle-ci devienne « l'interlocutrice privilégiée dans les communications avec ses partenaires dans le travail » (*op. cit.*, 1996, p. 42). Il propose finalement, pour réduire les réticences liées à des représentations négatives de la folie, d'adopter les valeurs de responsabilisation individuelle. Le salarié handicapé est alors remis au centre des interactions afin de lui permettre une reconstruction identitaire qui passe à la fois par la capacité de la personne à faire valoir sa spécificité et par les jeux d'identification et de reconnaissance (Sainsaulieu, 1986). La proposition est ainsi de faire se rencontrer les valeurs de l'entreprise, et les représentations du handicap psychique dans un espace commun valorisé qui est la reconnaissance identitaire de l'autre à la fois comme identique et différent.

C'est lorsque le salarié s'inscrit dans une logique de responsabilité et de conscience que son insertion professionnelle peut être envisagée. L'exemple suivant donné par un chargé de mission est explicite :

« C'est bien, j'ai reçu ce garçon. Le cabinet de recrutement qui a donné un avis favorable avec réserves expliquant qu'effectivement il y avait des réserves. Il se trouve que je n'ai pas réussi à le recruter, mais je ne désespère pas de le faire. Donc je contredis peut-être un petit peu ce que je vous ai dit avant, mais c'est un garçon extrêmement conscient de ses possibilités, donc je suis prêt à parier sur lui. D'autant plus ouvert qu'il avait totalement conscience qu'il ne pouvait pas tenir un poste de cadre. (Il ouvre son dossier). Vraiment intelligent, avis plutôt favorable, très argumenté. C'est une candidature car il était intérimaire en contrôle de gestion. »

Ce qui autorise l'entreprise à envisager l'embauche du candidat est sa lucidité et la conscience de ses limites. Or, nous l'avons vu précédemment le travail d'acceptation, de distanciation par rapport aux troubles est particulièrement compliqué dans le cas de la maladie mentale, souvent caractérisée par un déni de la réalité.

Il faut cependant présenter deux objections à cette remarque. La première concerne l'identification aux déficiences héréditaires ou congénitales, et celles apparues au cours de la vie. Les atteintes physico-

sensorielles de naissance sont perçues comme pouvant être compensées, voire surcompensées (Giami, 1998). Leur capacité attribuée à « composer leur handicap » maintient les personnes ayant une déficience à la naissance dans le cadre de la performance sociale à laquelle chacun peut s'identifier (Ehrenberg, 1991). La distinction principale entre un handicap de naissance et un handicap apparu au cours de la vie, repose sur l'identification aux victimes d'accidents au cours de la vie. Les atteintes résultant de ces accidents sont représentées comme ayant des effets plus dramatiques que si elles étaient d'origine congénitale ou héréditaire. Or les troubles psychiques et la maladie mentale sont des affections qui apparaissent au cours de la vie et sont vécus comme des drames de l'existence avec lesquels on doit composer plus que les dépasser.

Par ailleurs, A. Giami montre à quel point les composantes « mentales » du handicap sont perçues de façon totalisante et globalisante par rapport aux atteintes physico-sensorielles. Ce qu'il nomme les « ruptures de l'intégrité psychique^o » (*op. cit.*, 1998, p. 72) concentrent un ensemble de dimensions qui contribuent à donner aux composantes mentales du handicap une centralité de signification. « Elles apparaissent aussi bien comme cause que comme conséquence de l'ensemble des ruptures » (*ibid.*). Dans ce contexte les ruptures de l'intégrité psychique sont perçues à la fois comme irréversibles et non susceptibles d'être compensées.

L'attribution des causes des troubles psychiques à la responsabilité de la personne enferme finalement le salarié dans un statut d'infériorité et de déviance, dont il ne peut sortir du fait de la valorisation des valeurs individuelles dans l'entreprise.

Dans une certaine mesure, les valeurs du monde du travail et les représentations du handicap psychique sont perçues comme incompatibles. Ces deux registres du lien social qui sous-tendent les interactions autour du maintien dans l'emploi semblent s'opposer terme à terme. La question qui se pose dès lors est celle de la construction d'un espace commun où ces deux univers puissent se rencontrer. Dans le cas du handicap moteur ou sensoriel, la valorisation du dépassement de soi et de la cohésion d'équipe autour du salarié handicapé marque cette zone de réconciliation entre les valeurs de compétitivité de l'entreprise et les représentations négatives de la production des personnes handicapées.

Pour le handicap psychique, cet espace n'existe pas et la question se pose à l'extérieur de l'entreprise (comme nous l'avons développé dans le détail des politiques d'entreprise). Cette mise à distance trouve sa légitimité dans deux dimensions des représentations du handicap psychique : l'imprégnation médicale du handicap psychique et son caractère toxique pour le milieu professionnel.

Comme nous l'avons traité dans un chapitre précédent sur le recours à la médecine du travail, la réponse que l'entreprise pense la plus adéquate face à un salarié qui déclare des troubles psychiques dans l'entreprise est médicale. Ainsi, même si notre questionnaire révèle une étiologie du handicap psychique prioritairement attribuée à des difficultés psychiques ou personnelles, la première réaction de l'environnement professionnel est d'orienter le salarié vers le soin (54 réponses sur 86). On retrouve l'importance des représentations de la folie en tant que maladie qu'observe M. Maudinet dans son

étude (op. cit., 1997, p. 79). Cette identification des troubles psychiques à la sphère médicale est une façon pour l'entreprise d'extérioriser le problème. En effet, cela corrobore les discours qui rappellent que l'entreprise n'est pas un lieu thérapeutique ou de soins. Ce discours est repris entre autres par l'Agefiph : « L'entreprise n'est pas un lieu thérapeutique et n'a pas de vocation sociale, il convient ici de le réaffirmer (op. cit., 1999, p. 7). La responsabilité de l'accompagnement du salarié n'est plus celle de l'entreprise, puisqu'elle n'a pas de compétences particulières dans ce domaine.

Par ailleurs, alors que la présence d'une personne handicapée dans une équipe de travail est perçue comme un élément d'implication et d'intensification des relations avec une dimension humaine forte (par exemple, la sensibilisation à la langue des signes) qui peut générer une certaine fierté, le maintien ou l'insertion d'une personne handicapée psychique est perçu comme une entrave à la dynamique de production : « la présence d'un travailleur handicapé par la maladie mentale pose le problème de la cohésion de l'équipe de travail, donc de ses performances et des jugements, parfois négatifs que ses membres posent sur le travailleur handicapé : en effet, ce dernier peut apparaître comme un frein, du moins comme un perturbateur » (Blanc, 1996, p. 28). La présence d'un salarié handicapé psychique demande une forte implication et une disponibilité importante qui ne sont pas nécessairement valorisés ou pris en considération, ce qui contribue à un sentiment d'incompréhension ou à une situation conflictuelle ou problématique.

L'analyse d'un responsable de Mission handicap illustre tout ce qui précède et montre comment se creuse un fossé entre la problématique d'insertion professionnelle du salarié handicapé psychique et celle de l'accueil et de l'intégration de la diversité dans l'entreprise compétitive :

« Sur le handicap psychique ou mental, l'écrit ne suffit pas parce qu'on est sur quelque chose de beaucoup plus fluctuant, de beaucoup plus subjectif. Un problème de mal-être dans un service n'a rien à voir avec un micro qui n'est pas accessible ou une étagère qui n'est pas à la bonne hauteur. J'exagère un peu mais c'est quand même ça. La grosse différence qu'il y a c'est la durée, et c'est sans doute le premier point sur lequel l'entreprise achoppe d'une façon générale. Elle n'aime pas ce qui dure quand ça ne va pas, et elle a peur de ce qu'elle ne connaît pas. Alors si elle met un nom sur une maladie...évidemment avec les chefs de service on ne met pas de nom, on ne dit pas 'elle a une sclérose en plaques', mais d'abord ça se voit. La personne ne voit pas, ça se voit, elle n'entend pas, ça se voit, elle a du mal à marcher, ça se voit, elle yoyotte dans sa tête ça ne se voit pas. Par contre ça se ressent et c'est insupportable pour l'entourage. On le sait à titre personnel. Pour ne parler que de la dépression, même quand on est préparé à ça, moi je pense l'être plutôt de par mon métier et mon quotidien, je dis haut et fort que c'est une maladie. Il m'est arrivé d'être confronté à des amis dépressifs et d'avoir un ras le bol total et d'avoir envie même si je ne le fais pas car le professionnel reprend le dessus mais de dire « secoue toi ». Donc nous qui sommes un tout petit peu formés et préparés à ça, déjà on a du mal, alors les autres... »

Le salarié handicapé psychique dans une équipe de travail n'est pas considéré comme un élément fédérateur mais plutôt comme un élément perturbateur.

L'analyse des représentations du handicap psychique dans l'emploi montre clairement l'obstacle et le frein qu'elles peuvent constituer pour maintenir des salariés dans l'emploi ou pour les embaucher. Un ensemble de systèmes de pensée et de discours s'élabore de façon légitime à partir de ces représentations pour maintenir le salarié et le handicap psychique à l'écart de l'entreprise.

La question de l'intériorisation de ces représentations antinomiques du handicap psychique et de l'emploi en milieu ordinaire se pose alors pour les personnes elles-mêmes concernées. La personne handicapée psychique, pour se conformer à la pensée dominante, pourra adopter des comportements qui viendront confirmer ces représentations.

L'importance des représentations dans la dynamique du groupe et dans la construction du lien social devient décisive. Au regard du constat que nous venons de faire, celui de la confrontation entre des univers de représentations qui s'ignorent ou s'évitent, approfondissons les systèmes sociaux dans lesquels ils s'inscrivent dans les grandes entreprises de notre étude afin d'envisager les espaces de réconciliation et les fenêtres d'évolution possibles dans l'optique d'une prise en compte du handicap psychique au même titre que n'importe quel handicap.

II. L'entreprise, un monde social à part entière

A. Le monde social de l'entreprise

1. Un espace de production du lien social

La mise en perspective du handicap psychique dans une problématique de maintien dans l'emploi a fait apparaître la singularité de ce handicap dans une démarche d'insertion professionnelle, et les différents registres sociaux dans lesquels elle s'inscrit : l'expérience individuelle, les interactions, les politiques, les représentations. L'entreprise est le cadre où sont représentés et se confrontent ces différents registres. La question sociale que pose le handicap s'y rencontre dans sa complexité. C'est le terrain d'émergence du handicap intrinsèque à la situation de travail. L'entreprise détermine les jeux de pouvoir dans les systèmes d'interactions qui se mettent en place autour du salarié handicapé. L'entreprise incorpore également des contraintes légales et réglementaires autour desquelles se dégage un espace commun de représentations du handicap et de la santé mentale.

Sans prétendre rendre compte de façon exhaustive de la totalité complexe des entreprises étudiées dans leur rapport au handicap psychique, une première approche globale de cette question est envisageable à différents titres. L'entreprise ne se limite pas à un espace de rationalité purement économique et financière. Elle est non seulement un lieu privilégié de construction du lien social mais c'est aussi une institution du jeu social au sens large.

À l'instar d'autres institutions comme la famille ou l'école, les organisations économiques constituent un creuset au sein duquel se tisse le lien social. Dépassant les premières formes de conceptualisation sociologique du lien social autour du travail, la sociologie des organisations a émergé de l'École des relations humaines, dans les années trente, aux États-Unis. La pensée sociologique est née de l'étude des liens sociaux et des transformations sociales dans une logique de rationalisation des conduites et de modélisation des dynamiques sociales autour des notions de communauté, de société, de solidarité (Durkheim, 1893, Tönnies, 1887 et Weber, 1922 in Lallement, 2003). Dans ce contexte de pensée sociologique, les organisations (entreprises et administrations) ont été appréhendées dans une logique techniciste de rationalisation du travail. Elles reposaient sur les modèles du taylorisme, du fordisme et de la bureaucratie.

Avec l'École des relations humaines a été mis en avant le rôle essentiel du facteur humain et relationnel dans la détermination de la productivité économique. L'école réintroduit, sous la figure d'Elton Mayo

(1880-1949)²⁰⁰, les facteurs psycho-sociaux au cœur de l'analyse organisationnelle, laissant ainsi le champ ouvert à l'application des méthodes issues de l'analyse sociologique. Par la suite, la sociologie des organisations, centrée sur les rapports sociaux et les dynamiques organisationnelles, s'est émancipée en privilégiant de deux axes : l'un mettant l'accent sur la dynamique interne à ces organisations, l'autre proposant une lecture du lien social au regard de l'environnement dans lequel se situe l'organisation (école de la contingence).

Dans ces approches, l'entreprise constitue un foyer de socialisation privilégié qui a été analysé de différentes façons. L'école socio-technique du Tavistock Institute de Londres étudie à partir des années cinquante le lien entre les systèmes techniques et humains. Elle revalorise la prise en compte des facteurs humains et de l'environnement lorsque s'opère des changements technologiques de l'organisation. L'école systémique va s'inscrire en prolongation des travaux de cette école. E. Friedberg et M. Crozier vont conceptualiser dans les années soixante-dix leur vision du lien social dans l'entreprise autour de l'analyse stratégique (1977). L'individu est au centre de l'organisation et détermine la structure par ses comportements dictés par des intérêts individuels qui vont nourrir les interactions, donc le collectif. La théorie de la régulation sociale donne pour sa part, la priorité à la négociation et aux règles comme faits sociaux centraux. Ce courant développé par A. Strauss aux États-Unis (1963) a été en partie repris en France par D. Reynaud qui place, lui aussi, la négociation des règles au cœur de la dynamique des organisations et de la constitution des identités collectives. L'ordre social n'est plus statique, il est envisagé comme un ordre négocié et dynamique.

L'angle de vue adopté par R. Sainsaulieu, dans son ouvrage sur *L'identité au travail* (1988), est celui d'une analyse de l'organisation à partir de la culture et des identités au travail, plus que les règles et les relations de pouvoir. Il a ainsi identifié quatre modèles de dynamiques identitaires en entreprise : la fusion (identité de classe typique des ouvriers spécialisés), la solidarité démocratique (identités caractéristiques des ouvriers de métier et des cadres), le séparatisme (identité promotionnelle repérable chez les autodidactes en mobilité sociale) et le retrait (identité du hors-travail propre aux immigrés, à certaines jeunes employés occupant des postes peu qualifiés...).

De leur côté, les théories de la contingence, dans la continuité de l'école socio-technique étudient l'influence des variables de contexte sur les caractéristiques des organisations. H. Mintzberg (1982), son principal représentant, affirme que la structure organisationnelle est liée à la nature de l'environnement, mais qu'elle ne l'est pas de manière mécanique et déterministe. La structure dépend également des buts que se fixent les dirigeants. En fait, les mécanismes régulateurs internes d'une organisation doivent être aussi variés que l'environnement avec lequel elle doit composer.

Outre leurs divergences d'approche et de conception de l'organisation, l'ensemble de ces courants de sociologie des organisations a contribué à reconnaître la capacité de production du lien social au sein des organisations. La considération de l'entreprise au regard de conceptions paternalistes, tayloriennes,

²⁰⁰ La majorité des recherches d'Elton Mayo sur le comportement au travail ont été faites au sein du département de psychologie industrielle à l'Université de Harvard entre 1926 et 1947, dont la plus connue est celle menée durant cinq ans à l'atelier d'Hawthorne de la compagnie Western Electric, une usine de fabrication de téléphones, dans la partie ouest de Chicago.

bureaucratiques, professionnelles et sociales qui s'étaient antérieurement articulées sur les modes d'organisation rationnelle du travail a ainsi été dépassée pour faire apparaître la dynamique collective et sociale qui s'y joue. I. Francfort *et alii* évoquent d'ailleurs la centralité de la capacité de l'entreprise à construire en son sein une véritable société civile de production pour bénéficier de capacités associatives, d'imagination créatrices et d'évaluation des résultats des objectifs nécessaires à la constitution d'une vraie dynamique collective de production (1995). Par ailleurs, les évolutions de la sociologie des organisations ont révélé la diversité des formes du lien social dans l'entreprise, entérinant par là même les idéologies du « one best way » et rendant compte de la complexité des dynamiques collectives en jeu.

Ainsi la question du handicap psychique dans l'emploi ne peut être dissociée des entreprises concernées en tant qu'espaces de construction du collectif autour de la singularité de l'intégration.

2. Un acteur du jeu social

L'organisation devient également un acteur légitime du jeu social. En tant que lieu de socialisation identifié, les entreprises participent de façon déterminante aux enjeux d'intégration et de cohésion sociale des sociétés. Les entreprises ont dès lors une responsabilité sociale d'intégration qui les invite à ne pas s'abstraire de la question de l'emploi des personnes handicapées.

Les entreprises ont un rôle à jouer dans l'effort collectif de démocratisation et de modernisation (L'État, les collectivités locales, les associations, les organismes de formation) concernant l'emploi des personnes handicapées. La sociologie des organisations permet d'inscrire la question du handicap dans le système social total de l'entreprise.

La réflexion de R. Sainsaulieu sur la responsabilité de l'entreprise dans le domaine de l'insertion en général constitue un cadre d'approche globale de l'entreprise dans son rapport aux salariés handicapés (1998). Il montre entre autres, comment la question de l'insertion professionnelle des personnes handicapées peut être posée du point de vue de la sociologie des organisations autour de trois conceptions divergentes de l'intégration qui, malgré tout, se rejoignent sur la base du principe de discrimination positive.

L'entreprise de type paternaliste, centrée sur la cooptation des proches, des veuves de salariés et des enfants de collègues au nom d'une recherche de fidélité à base familiale et locale construira à priori une discrimination familialiste dans l'intégration des personnes handicapées. Les proches seront d'abord choisis pour être admis à concourir dans les procédures normales d'admission, créant de ce fait une discrimination négative pour les autres.

La seconde culture de gestion du personnel renvoie également à une très ancienne et très puissante tradition des milieux industriels, celle de la gestion des professions et de leurs parcours d'apprentissage des compétences. Ici une discrimination positive ne portera pas à priori sur les appartenances sociales mais sur les capacités d'apprentissage des nouveaux arrivants, sur leur aptitude à vivre des parcours

professionnels parfois difficiles, sur leurs capacités d'adaptation au milieu social du métier. En ce sens, selon R. Sainsaulieu, « des personnes handicapées définies par une compétence technique, un désir d'apprendre et une capacité de relation suffisante ne devraient avoir aucun mal à s'intégrer à un milieu de travail » (*op. cit.*, 1998, p. 453).

Enfin, dans le contexte d'une culture bureaucratique et rationnelle de la sélection de l'orientation et de la promotion des personnels, la discrimination positive sera théoriquement organisée sur le mode du quota, de la détermination des aptitudes par la visite médicale et les tests, et aussi par la mise en place de postes adaptés aux déficiences, d'emplois dits réservés aux personnes handicapées. Cette discrimination peut facilement basculer du côté négatif autour des principes et critères de promotion considérant l'histoire des personnes handicapées qui intervient négativement dans la définition des critères d'avancement face à de jeunes recrues détentrices de formations plus récentes et des potentiels plus prometteurs (Sainsaulieu, 1998).

Par le jeu de la discrimination positive, les entreprises issues du passé industriel et des périodes de rationalisation organisationnelle de la croissance d'après-guerre sont impliquées et responsable quant à leurs capacités d'intégration des personnes handicapées. Ce qu'observe cependant R. Sainsaulieu, c'est bien la réinterprétation de la discrimination devenant négative soit à l'entrée (pour la culture paternaliste) soit par la suite dans la culture professionnelle qui entretient une compétition visant à l'excellence et valorise la sélection, ou dans la culture bureaucratique dont les critères égalitaristes d'évolution de carrière finissent par jouer contre les chances des personnes handicapées. Les capacités d'intégration de l'entreprise sont alors paradoxalement mises en difficulté par les effets secondaires de la discrimination positive.

3. Un monde complexe et intégré

La sociologie des organisations nous aide à penser le handicap non plus dans une logique individuelle, mais bien comme une question qui touche la globalité de l'entreprise et de ses registres sociaux.

Ce que nous apporte également la lecture de R. Sainsaulieu (1998), c'est bien l'idée que pour éclairer et mieux comprendre le problème de l'insertion professionnelle des personnes handicapées, il faut s'appuyer sur de nouvelles cultures des rapports humains au travail et dépasser les anciennes cultures d'entreprise qui, de façon indirecte, génèrent de la discrimination négative.

L'enjeu se situe au niveau de la légitimité de la politique du handicap, qui ne peut passer que par une vision commune intégrant quatre orientations de base : la logique de défense communautaire, la logique professionnelle de métier, la logique de parcours et la logique de projets personnels (Francfort *et alii*, 1995).

Ces logiques s'inscrivent dans des contextes de développement social de l'entreprise qui donnent le ton aux ouvertures possibles quant à l'insertion. L'entreprise est un univers social complexe dont on ne peut détacher la question pointue du handicap.

Le travail colossal mené par I. Francfort, F. Osty, R. Sainsaulieu, et M. Uhalde, Marc, *Les mondes sociaux de l'entreprise*, (1995), pour rendre compte des différentes formes de développement économique et social des entreprises en France est un outil précieux pour comprendre la complexité de l'entreprise. Cette recherche a le mérite de rassembler les apports et outils de différents mouvements de la sociologie des organisations (sociologie du travail, des organisations, des relations professionnelles et des cultures d'entreprise) pour proposer une méthode globale d'analyse des organisations. Le modèle théorique retenu pour cette recherche « définit l'entreprise comme l'expression d'un système complexe de variables structurelles, culturelles et gestionnaires, qui la constitue en mode d'action collective visant la performance économique » (*op. cit.*, p. 20).

En présentant les entreprises comme des mondes sociaux nourris des interactions qui s'y jouent et des apports de leurs environnements, c'est la pluralité des réalités organisationnelles que ces chercheurs ont mise en valeur.

Encadré XVII : les « mondes sociaux de l'entreprise »

L'expression « mondes sociaux » a été empruntée au vocabulaire de la sociologie interactionniste américaine. Elle présente un double avantage. Elle emporte d'abord avec elle une représentation ouverte des organisations. Plus que jamais, et en raison notamment des multiples mouvements d'externalisation, les frontières entre une entreprise et son environnement sont difficiles, pour ne pas dire impossibles à dessiner (Lallement, 2003). Evoquer les mondes sociaux invite également à mettre en évidence la pluralité des réalités organisationnelles contemporaines. Dans un travail qui puise dans un matériau empirique abondant, I. Francfort, F. Osty, R. Sainsaulieu et M. Uhalde (1995) recensent cinq réalités.

Les **entreprises duales**, les premières, reprennent à leur compte tout en les renouvelant, les modes anciens de division du travail. En leur sein s'opposent des cadres à statut et fortement impliqués dans l'entreprise et des non-cadres en situation beaucoup plus précaire. Les **entreprises bureaucratiques** forment le second type idéal organisationnel. Prédominantes dans le service public, elles héritent des lourdeurs d'hier : rigidité, gestion par les statuts et en faible prise sur les réalités de terrain. Mais une évolution de fond est bien notable. Non seulement l'esprit de service public s'est renforcé mais, pour améliorer les relations avec les usagers, certains agents bénéficient désormais de nouvelles marges d'action. L'**entreprise modernisée**, troisième modèle, gère le passage d'une situation industrielle traditionnelle vers une configuration dont l'adaptation à la nouvelle donne technologique, la réactivité, la maîtrise du process sont devenues les maîtres mots. La flexibilité productive, l'allégement des lignes hiérarchiques et de nouvelles pratiques de gestion des ressources humaines sont alors autant de leviers favorables à la mutation. L'**entreprise en crise**, quatrième cas de figure, peine bien davantage à passer le cap du changement. Dépositaire d'identités hier fortement structurantes, la recomposition s'avère douloureuse en raison du déclin des valeurs communes, de l'épuisement du fait syndical ou encore de la fragmentation sociale. Le modèle de l'**entreprise communauté**, enfin, concerne pour l'essentiel des organisations de petite taille, confrontées à des marchés dynamiques et qui peuvent parfois revendiquer une longue histoire industrielle (dans le bâtiment, le commerce...). Dans ces ensembles peu formalisés, l'attachement personnel et la forte mobilisation au service de la cause économique ne sont efficaces qu'en vertu d'un contrat tacite qui assure aux salariés une

reconnaissance identitaire réelle (promotion, professionnalisation, faible distance sociale entre dirigeants et salariés).

Cette approche est l'aboutissement de notre réflexion sur le handicap dans l'entreprise comme processus social global jouant à la fois dans l'expérience individuelle au travail et dans les interactions et les représentations que l'on se fait du handicap, et enfin dans la position globale de l'entreprise à l'égard du handicap psychique.

L'outil proposé par I. Francfort *et alii* doit nous permettre de pénétrer la complexité des entreprises étudiées dans leur rapport au handicap psychique et cette dimension globale de l'entreprise dans son rapport au handicap psychique qui peut alors être examinée.

Si nous reprenons l'outil proposé dans *Les mondes sociaux de l'entreprise* (Francfort *et alii*, 1995), la légitimité de l'insertion de travailleurs handicapés psychiques au regard de la totalité complexe de l'entreprise se pose à plusieurs niveaux : la structure, la culture et les interactions. Dans le cas de l'insertion des personnes handicapées, l'analyse que nous avons faite dans un précédent chapitre doit s'inscrire dans une dimension plus générale de régulation des jeux d'acteurs. Nous mettons en perspective de la légitimité de ces interactions dans le registre social de la gestion des hommes dans l'entreprise.

L'impact de la structure d'entreprise

La structure de l'entreprise symbolise son ossature, sa construction, sa colonne vertébrale. C'est la part de rationalité de l'organisation du travail qui fait l'objet d'une organisation structurée en réponse à la taille de l'entreprise.

C'est essentiellement sur le dispositif en faveur de l'insertion des personnes handicapées que la structure va déterminer la manière dont elle peut accueillir les personnes handicapées psychiques. Trois domaines organisationnels la caractérisent : 1. la longueur de la ligne hiérarchique ; 2. le degré de centralisation des décisions ; 3. le système de planification.

Selon leur intensité, on va considérer que la structure va plus ou moins contraindre, inciter ou réglementer l'appropriation de la politique par les acteurs de terrain. Au quotidien, les responsables de l'encadrement ont, selon les différentes structures, des degrés d'autonomie de décision, et une souplesse dans l'organisation de la production variables (planification et contrôle de résultat).

Ainsi une entreprise possédant structure lourde, une logique de décentralisation et une forte planification doit nécessairement déployer un dispositif complexe, réglementé et décentralisé de politique du handicap (système de correspondants, signature d'accords locaux). Au quotidien, l'appropriation par l'encadrement des objectifs de la politique (notamment l'embauche et le maintien

dans l'emploi) se fait sous la contrainte et est freinée par des procédures complexes (procédures de reclassement, procédures d'aménagements de postes).

Inversement, une structure légère ayant une ligne hiérarchique courte et une forte centralisation des décisions va avoir un impact quant au mode d'adaptation à la production, au cas par cas. Les contraintes réglementaires et les procédures sont limitées et l'accueil d'une personne handicapée est régi par un bon sens partagé ou une volonté de la direction. La politique est relayée par des engagements individuels dans l'entreprise.

La structure va déterminer une plus ou moins grande proximité de l'entreprise avec la politique du handicap et la mise en œuvre d'un dispositif spécifique et dissocié. Elle va organiser le processus de décentralisation et d'appropriation de la politique du handicap à tous les niveaux de l'entreprise.

L'impact de la culture d'entreprise

L'usage de la notion de culture d'entreprise consiste à poser qu'un système d'entente, de compréhension, de valeurs existe entre les individus d'une même entreprise. En ce qui concerne la politique du handicap et l'accueil d'un salarié handicapé psychique, l'approche par la culture est double :

- tout d'abord, il s'agit de l'appropriation de la politique autour de valeurs communes de solidarité, de non-discrimination, d'égalité considérés comme des outils de renforcement du lien social permettant d'intensifier la mobilisation collective sur les enjeux économiques et sociaux de la politique du handicap ;
- ensuite, la culture est vue comme un espace de production d'identité professionnelle et de rationalité des acteurs dans l'organisation (référence à une mémoire collective, à des cultures de métiers, à l'existence de rites) qui vont servir ou desservir la participation à une mobilisation en faveur de l'insertion d'un salarié handicapé psychique.

Ainsi la culture va à la fois déterminer un degré d'intensité du lien social avec un impact sur le degré d'implication de l'environnement de travail dans l'accueil d'un salarié, mais également représenter un socle de référence pour légitimer les actions des individus. C'est à partir de la culture que s'ancre la légitimité des actions d'accompagnement, de suivi et de solidarité à l'égard des personnes handicapées.

Le mode de gestion des hommes

Le mode de gestion des hommes est ici appréhendé sous l'angle de la mise en œuvre de la politique du handicap autour de la politique sociale et de ressources humaines dans les grandes entreprises. C'est à la fois la gestion des parcours professionnels, des relations hiérarchiques, de l'intégration des salariés

et de la santé au travail qui constituent tous ensemble le mode de gestion des hommes dans l'entreprise autour notamment de la régulation des interactions induites par les politiques.

La signature d'accords d'entreprise en faveur des personnes handicapées s'inscrit principalement dans une politique de gestion des ressources humaines et de gestion de l'emploi. Elle détermine deux axes d'analyse de nos organisations :

- celui du dispositif humain d'animation de la politique du handicap (correspondants, expertise, légitimité des acteurs du dispositif et modes d'intervention) ;
- celui des outils de la gestion des hommes (gestion des carrières, encadrement/motivation...) et de leur réglementation (plus ou moins rationalisée, plus ou moins souple).

Au travers de l'analyse de la gestion des hommes, la légitimité de la politique en faveur des salariés handicapés est mise en perspective à travers les outils et les moyens humains disponibles dans l'entreprise. Cette légitimité détermine les possibilités d'intégration, l'implication des salariés et la prise en compte de la singularité. C'est l'inscription du handicap dans un registre professionnel, et non humanitaire, qui se joue.

Les diagnostics de nos cinq entreprises ont été réalisés au croisement de ces trois registres, en mettant en perspective le poids de chacun dans le processus de légitimation de l'insertion des personnes handicapées psychiques. Toujours sur le modèle proposé par I. Francfort et R. Sainsaulieu (1995), a été intégrée la notion d'environnement comme élément de contingence déterminant la dynamique sociale de l'entreprise.

B. Les « mondes sociaux » d'entreprises face au handicap psychique

En proposant ici des diagnostics partiels des entreprises étudiées apparaît la diversité des processus de légitimation de cette question. Chaque entreprise s'inscrit dans une logique distincte et complexe dans son rapport à la santé mentale et au handicap. Sans jugement de valeur ou volonté de les mettre en concurrence, cette analyse vise à montrer que les points d'entrée de cette question se situent à différents niveaux. Les logiques sont multiples et pas nécessairement interchangeables, étant donnée l'hétérogénéité des mondes sociaux que chacune des entreprises représente au regard du handicap psychique.

Sans avoir la prétention de rendre compte de la totalité complexe de nos entreprises, le travail de terrain effectué au cours de cette recherche a permis de pénétrer les mondes sociaux qu'elles représentent. Mettons en perspective l'analyse globale faite antérieurement comme réalité sociale totale et complexe dans le monde de l'entreprise.

1. Air France

Contexte

Malgré un contexte économique et social précaire dans le transport aérien depuis les événements du 11 septembre 2001, la santé financière de l'entreprise semble solide. C'est en tout cas la perception qu'en ont les salariés. Dans ce contexte, la participation d'Air France à l'alliance Skyteam et la fusion avec KLM (2004), tout en générant une incertitude consubstantielle au changement, est vécue de façon positive et dans une atmosphère relative de « paix sociale ». Cette confiance représente un support incontestable à la légitimité d'une politique en faveur des personnes handicapées.

Structure

D'un point de vue structurel, l'entreprise se caractérise par une ligne hiérarchique relativement longue mais qui observe une décentralisation des prises de décision. Les unités de production ont donc une autonomie qui leur permet de produire leurs propres normes de travail. Ce sont les entités professionnelles qui centralisent le pouvoir et dictent leurs propres règles d'organisation.

La structure pèse peu sur la politique du handicap, et l'on observe une certaine souplesse organisationnelle en ce qui concerne l'aménagement de postes en fonction des spécificités des unités de production.

Culture

L'entreprise Air France développe une politique sociale audacieuse reposant sur une culture professionnelle fortement intégratrice. Il en résulte un sentiment d'appartenance à l'entreprise (fierté) caractérisé par l'attitude solidaire des salariés entre eux. La politique du handicap est vivement soutenue par la direction, qui régulièrement affirme son engagement pour le développement d'actions allant dans le sens d'une meilleure prise en compte.

Par ailleurs, la culture du métier de navigant et toutes les spécificités liées à cette activité professionnelle ont apporté des valeurs de prise en compte de la santé mentale au travail et d'attention à l'impact des conditions de travail sur les salariés.

Mode de gestion des hommes

À l'articulation d'une gestion statutaire des ressources humaines et d'une gestion individualisée des parcours, l'entreprise a développé un certain nombre d'outils de formation, de participation, de promotion sociale et de mobilité. Ces outils forment une palette diversifiée pour maintenir dans l'emploi les personnes handicapées psychiques qui nécessitent généralement un temps de formation, d'évaluation et de bilan professionnel.

Ce mode de gestion est relayé au niveau de la politique du handicap par un dispositif de correspondants handicap reposant essentiellement sur les assistantes sociales.

Analyse croisée

Il résulte de ce dispositif un accompagnement individualisé et professionnalisé pour les salariés handicapés psychiques. Les assistantes sociales sont omniprésentes dans le suivi des salariés au niveau professionnel et personnel. Par ailleurs, l'entreprise est parfois amenée à faire appel à des professionnels extérieurs de l'accompagnement (psychologues, psychiatres...). Les représentations de la maladie mentale sont moins stigmatisantes et la participation de l'environnement de travail est acquise autour de l'attachement à la politique du handicap et à des valeurs de solidarité.

La structure professionnelle limite cependant l'aménagement des postes de travail lorsque la personne est en situation de handicap professionnel. Le risque est grand de créer des postes « artificiels » de solidarité pour maintenir le salarié dans l'emploi afin de ne pas déstabiliser l'unité de production et son univers professionnel. On voit apparaître des « niches » protégées où le salarié est suivi par le secteur médico-social, toléré par l'environnement professionnel sensible à la proximité avec le salarié, mais où la question se pose de la réelle intégration en termes de participation professionnelle.

Enfin, la professionnalisation de l'accompagnement de salariés handicapés psychiques crée des conditions propices au désengagement de l'encadrement du salarié quant à la réflexion sur l'aménagement du poste de travail (horaires, temps partiels, modes relationnels...). En effet, étant donné l'ancrage médico-social des acteurs du système, les responsables hiérarchiques et professionnels des ressources sont tentés de se déresponsabiliser en exprimant leur incompetence face à ces situations. C'est l'intégration de la politique du handicap à la gestion des ressources humaines qui est alors en jeu.

2. EDF

Contexte

La période actuelle (2004-2006) pour l'entreprise EDF est marquée par des changements fondamentaux. L'entreprise doit faire face non seulement à l'ouverture du marché européen de l'électricité, mais également aux questions liées au rapprochement avec Gaz de France. Cela se manifeste par une restructuration autour des activités de production et des activités de commercialisation. C'est l'organisation tout entière qui est touchée par ces évolutions : culture des métiers, politique d'emploi, restructurations de services. Les salariés (notamment les plus âgés) expriment des craintes par rapport à leurs acquis sociaux, le deuil douloureux qu'ils doivent faire de « *l'entreprise [qu'ils ont] connue lors de leur embauch*²⁰¹ », une incertitude sur leur avenir professionnel.

²⁰¹ Nous reprenons ici en italique les termes utilisés par des salariés interrogés lors de l'enquête de terrain.

Structure

En réponse à la taille de l'entreprise (plus de 150 000 salariés), EDF s'appuie sur une structure hiérarchico-fonctionnelle, c'est-à-dire une organisation où les décisions sont fortement centralisées, les lignes hiérarchiques longues et les procédures de planification incontournables.

La politique du handicap est fortement intégrée à la ligne hiérarchique par un dispositif largement déployé au plan national au niveau des ressources humaines. C'est tout un réseau de correspondants handicap qui se porte garant de la mise en oeuvre des objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'accord en faveur des personnes handicapées. L'enjeu structurel pour EDF est donc que tous les niveaux hiérarchiques de l'entreprise s'approprient la politique par la déclinaison de l'accord national au moyen d'un système de renégociation avec les partenaires sociaux et une redéfinition des objectifs au niveau local.

Culture

Malgré les différences culturelles internes liées à l'étendue géographique et à la diversité des métiers de l'entreprise, l'attachement à la mission de service public dans toute sa dimension communautaire et solidaire est omniprésent. L'appartenance à l'entreprise représente un socle identitaire qui dépasse la dimension professionnelle. La reconnaissance des pairs, des collègues crée un lien social fort malgré la taille de l'entreprise. Ces valeurs portent la politique du handicap.

L'expérience du handicap et des troubles psychiques est ainsi vécue sur le mode de la proximité dans un système paternaliste où le salarié est pris en charge dans toutes les sphères de sa vie (personnelle et professionnelle).

Mode de gestion des hommes

Le mode de gestion des hommes tend vers une gestion individualisée des parcours, mais il porte encore le poids d'une organisation fortement réglementée et procédurière où les régulations professionnelles et les parcours des hommes sont planifiés. La règle est perçue comme une protection contre l'arbitraire et la garantie d'une égalité de traitement caractéristique des grandes entreprises publiques françaises.

En ce qui concerne la politique du handicap, cette gestion s'appuie essentiellement sur les acteurs des ressources humaines, contraints d'intégrer la problématique d'insertion professionnelle dans des réglementations statutaires peu appropriées au besoin de souplesse organisationnelle des personnes handicapées psychiques.

Analyse croisée

La forte implantation politique de l'accord d'entreprise en faveur des personnes handicapées constitue un étayage technique, réglementaire et culturel déterminant pour l'accompagnement de salariés handicapés psychiques. Les aides sociales au maintien dans l'emploi, notamment, offrent un choix important d'outils de gestion des ressources humaines (formation, mutations, statuts spécifiques...) et

donc de possibilités d'aménagements de postes. Par ailleurs, l'entreprise dispose d'une expertise médicale nécessaire à la professionnalisation du dispositif (médecine conseil, psychiatre).

Du fait de la prédominance des ressources humaines dans le dispositif et d'une réglementation contraignante, l'insertion se déplace parfois sur un mode d'assistantat, avec une fragilité de l'expertise sur le handicap. L'accueil d'un travailleur devient alors le fait d'un engagement volontaire d'un responsable personnellement concerné par la question du handicap et qui se porte garant de l'insertion. Pour ce qui est du handicap psychique, on observe des systèmes d'aménagement de poste où le médico-social est peu impliqué, le maintien du salarié étant uniquement géré par un responsable hiérarchique qui risque de s'épuiser lorsque la situation du salarié ne s'améliore pas.

3. IBM

Contexte

L'entreprise IBM se distingue fortement des quatre autres entreprises partenaires par sa nationalité américaine et sa dimension internationale. Après une longue période de développement de la production d'outils informatiques, l'activité de l'entreprise a connu de profonds changements et s'est tournée essentiellement vers le conseil et les technologies de l'information. Pour les salariés, cette évolution s'est traduite par une pression plus importante sur la productivité du fait de restrictions budgétaires et de restructuration.

Structure

Sur un modèle entrepreneurial américain, l'entreprise se présente selon une structure matricielle. Il s'agit d'un modèle aplati où les lignes hiérarchiques sont relativement courtes. Il se caractérise par un éclatement à la fois des productions et des implantations géographiques.

Cette structure est dynamisée par la priorité donnée au contrôle de résultat et non à la planification. Les processus de décision y sont décentralisés.

En ce qui concerne la politique du handicap, elle est largement développée sur sa dimension commerciale mais ne s'inscrit pas dans un dispositif spécifique fortement planifié et réglementé par le biais de correspondants. La politique est donc directement relayée par les managers sur le terrain et dans le même temps très centralisée sur la Mission handicap comme cellule d'appui technique.

Culture

Autour de valeurs fortes d'entreprise de hautes technologies en expansion, IBM a développé une culture intégratrice de type professionnel. Les salariés s'y situent autour d'identités professionnelles qui les intègrent dans une logique communautaire. On observe donc un fort sentiment d'appartenance à une communauté de production. Ces valeurs permettent de s'impliquer dans la politique du handicap par le biais de la reconnaissance professionnelle.

Par ailleurs, un vaste programme international (« Diversity ») communique des valeurs de non-discrimination et de valorisation de la diversité qui constituent le moteur de la politique du handicap. À cela s'ajoute la prise en compte de la santé mentale dans la politique de management au moyen de mesures visant la gestion du stress dans l'entreprise.

Mode de gestion des hommes

La structure de l'entreprise étant décentralisée et associée à une valorisation de l'identité professionnelle, ce sont les managers qui vont être les acteurs centraux du mode de gestion des hommes dans l'entreprise. Le management participatif soutient une politique de contrôle de résultat où sont valorisées les performances individuelles et les innovations managériales. Il en résulte une grande souplesse quant à la politique de gestion des hommes et la responsabilisation des salariés quant à leur évolution professionnelle et leur parcours dans l'entreprise.

Pour ce qui est du maintien dans l'emploi d'un salarié handicapé psychique, la gestion des ressources humaines est donc assurée en premier lieu par le manager avec une participation indispensable du salarié. La médecine du travail et les services médico-sociaux n'interviennent qu'en appui technique directement auprès du salarié.

Analyse croisée

Du fait de sa grande souplesse structurelle et du mode de gestion des hommes, l'entreprise IBM offre au salarié handicapé psychique et à son manager un environnement propice à l'innovation en termes d'aménagement de poste et de maintien dans l'emploi. Cependant cette insertion et ce maintien seront conditionnés par une participation effective du salarié au système de production ce qui peut se révéler contraignant pour des personnes atteintes de troubles psychotiques plus handicapants. Le monde social de l'entreprise IBM est porté par des valeurs de performance et de compétition relayées par une responsabilisation des salariés dans leur parcours professionnel. Chacun est responsable individuellement de sa production, son évolution et sa participation dans l'entreprise.

Par ailleurs, l'entreprise ne dispose pas de dispositif professionnalisé au regard de la maladie mentale du fait de la faible intégration du médico-social. Elle conditionne donc le maintien dans l'emploi à la sensibilité et la bonne volonté d'un manager prêt à prendre des risques professionnels pour permettre au salarié d'occuper un poste adapté. Le risque est donc grand voir un salarié handicapé psychique se mettre en situation de retrait ou d'attente passive, prélude à la désinsertion.

4. SNCF

Contexte

Contrairement à EDF, la SNCF n'est pas en phase de privatisation. En revanche, pour tenir sur le marché concurrentiel des transports, notamment face à l'aérien, l'entreprise a entamé une phase de

modernisation et de restructuration à la fois de ses activités et de son organisation. Les salariés de l'entreprise expriment donc parfois une souffrance face aux nouvelles exigences de production et de restructuration des services, malgré la reconnaissance de leur protection salariale.

Structure

Une fois de plus, nous sommes face à une entreprise publique très structurée du fait de son implantation géographique et du nombre important de ses salariés.

À l'image de l'entreprise, la politique du handicap s'articule sur un dispositif centralisé (correspondants en central, en région), avec une planification des actions et de la mise en œuvre de la politique (procédure de maintien dans l'emploi, objectifs de recrutement, règles d'aménagement de poste).

Culture

Équilibrant la structure mécaniste caractéristique des grandes entreprises publiques françaises, la culture de la SNCF est fortement communautaire, voire paternaliste, notamment dans les cœurs de métiers de l'entreprise (métiers de la voie). À travers la fierté d'appartenir à une mission commune de service public, on observe une identification importante à l'entreprise. Il en résulte un attachement fort à l'équipe de travail, à la solidarité entre pairs, et des liens qui dépassent parfois les liens professionnels. Ces valeurs constituent les points d'appui de la mobilisation de l'encadrement face à un salarié handicapé psychique. Dans le même temps, des valeurs de performance et de compétitivité se font jour dans certains secteurs de l'entreprise, remettant en question l'approche du handicap sur le mode de la solidarité pour l'inscrire dans une logique professionnelle de production.

Au-delà des contraintes liées à l'activité de l'entreprise, la culture de la sécurité constitue un obstacle fort à l'accueil de salariés handicapés psychiques.

Mode de gestion des hommes

La taille de l'entreprise et la diversité de ses métiers font que l'outil de gestion des hommes s'est construit sur un mode statutaire et réglementaire. C'est sur cette base que les correspondants handicap et les responsables des ressources humaines procèdent à l'insertion de travailleurs handicapés.

Il en résulte une grande diversité d'outils de gestion et d'accompagnement des salariés dans leurs parcours professionnels (formation, statuts particuliers, congés spécifiques...). Par ailleurs, la diversité des intervenants dans l'accompagnement des salariés (assistantes sociales, cellules médico-psychologiques, psychologues...) constitue une grande richesse quant à l'accueil de salariés en raison de l'expertise qu'elles représentent.

Cette gestion statutaire freine cependant la réflexion sur la souplesse organisationnelle nécessaire à l'accueil d'une personne handicapée psychique.

Analyse croisée

La SNCF dans le domaine de sa politique du handicap et plus particulièrement vis-à-vis salariés handicapés psychiques, a pour caractéristique le poids de sa structure. L'entreprise vit une tension

organisationnelle à l'articulation d'une culture solidaire et volontaire de prise en compte de la santé et plus particulièrement de la santé mentale, et d'une culture fortement contraignante et normative en ce qui concerne la mise en œuvre d'actions d'insertion professionnelle.

Sur le terrain, les salariés handicapés psychiques vont bénéficier de mesures d'accompagnement à la fois par les acteurs du médico-social et de l'encadrement. Cependant ces mesures d'accompagnement les maintiennent parfois dans une situation d'assistance qui peut épuiser à la fois le salarié et l'environnement de travail.

Il en résulte que handicap psychique constitue un défi à relever pour la politique en faveur des personnes handicapées en général. L'enjeu a donné lieu à la signature d'une Charte de la Diversité par la direction. Cet engagement de l'entreprise amorce l'évolution d'une politique du handicap jusque-là inscrite dans la solidarité, voire l'assistanat, vers une prise en compte de la diversité dans une stratégie de politique d'emploi, de gestion des ressources humaines et de responsabilité sociale de l'entreprise.

5. Total

Contexte

D'un point de vue organisationnel, l'entreprise Total vient de traverser une longue période de changement. Le rapprochement avec PetroFina puis Elf Aquitaine durant l'année 2000 a généré une réorganisation structurelle exigeant une grande adaptation de l'ensemble des salariés. Dans ce contexte, un certain nombre de personnes, fragiles psychiquement, ont difficilement supporté l'incertitude liée au changement et ont préféré bénéficier de plans de départs volontaires.

Total se distingue des autres entreprises de notre étude par le caractère récent de sa politique contractuelle en faveur des personnes handicapées (Total a signé son premier accord en 2003).

Structure

À l'image des grandes entreprises industrielles publiques françaises, Total s'inscrit dans un modèle structurel de type « mécaniste », c'est-à-dire avec une ligne hiérarchique longue et une planification des actions permettant de centraliser les décisions. Au sein de cette structure s'intègre une politique du handicap dotée d'un dispositif de correspondants, mais encore en voie de formation et de professionnalisation.

Par ailleurs, d'un point de vue structurel, avec les changements intervenus récemment, des activités liées aux fonctions supports de l'entreprise (services d'accueil, de courrier, de surveillance, de restauration) ont été externalisées. Or ces services constituaient des lieux d'insertion prioritaires pour les personnes handicapées.

Culture

C'est autour de sa tradition culturelle que l'entreprise développe sa politique du handicap depuis 1989. Les valeurs de solidarité et de protection sociale de l'entreprise communautaire ont conduit à penser

l'accueil de personnes handicapées sur le mode de la « proximité », du sentiment d'appartenance à l'entreprise et de reconnaissance de la part de ses pairs. Ces valeurs décisives dans l'appropriation de la politique ont maintenu la question du handicap dans un système affectif d'assistance. Le handicap considéré dans l'entreprise comme élément de politique stratégique de l'entreprise est nouveau.

Mode de gestion des hommes

C'est encore un mode de gestion statutaire qui prédomine dans l'entreprise malgré une tendance à l'individualisation des parcours. Il en résulte un modèle réglementé et normatif qui protège les salariés handicapés, mais dont on peut se demander s'il possède la souplesse nécessaire à la prise en compte de parcours professionnels parfois chaotiques ou atypiques de ces salariés.

Vis-à-vis des personnes handicapées psychiques, il y a donc une difficulté à penser une insertion professionnelle par le biais de l'aménagement de poste ou du reclassement. La santé mentale, prise en considération par le médico-social en lien avec les problèmes d'expatriation, ne s'intègre que timidement dans une réflexion conçue en termes de gestion des ressources humaines.

Analyse croisée

L'entreprise Total, au regard de la politique du handicap se caractérise par son histoire d'entreprise publique fortement attachée à des valeurs de solidarité et de protection des salariés. Le dispositif spécifique né de l'accord d'entreprise n'a que peu d'influence aujourd'hui sur la mobilisation en faveur des personnes handicapées. C'est la culture de la santé et des conditions de travail qui constitue le socle de la politique sur un mode solidaire. Il en résulte une difficulté à professionnaliser l'insertion de personnes handicapées psychiques à qui l'on fera profiter en priorité de mesures d'invalidité ou d'une prise en charge individualisée par les assistantes sociales ou la médecine du travail. Cette protection importante dont bénéficient les salariés n'incite pas à une réflexion orientée vers le maintien dans l'emploi et l'aménagement du poste de travail.

Une tension existe dans l'entreprise entre le développement d'un dispositif du handicap mais peu professionnalisé et un socle culturel ancien de la solidarité, de l'accident du travail et de la proximité. Il en résulte une prise en charge du handicap psychique fonctionnant sur un mode d'assistance et non d'un point de vue professionnel, avec une difficulté à reconnaître la santé mentale comme élément incontournable de la gestion des ressources humaines.

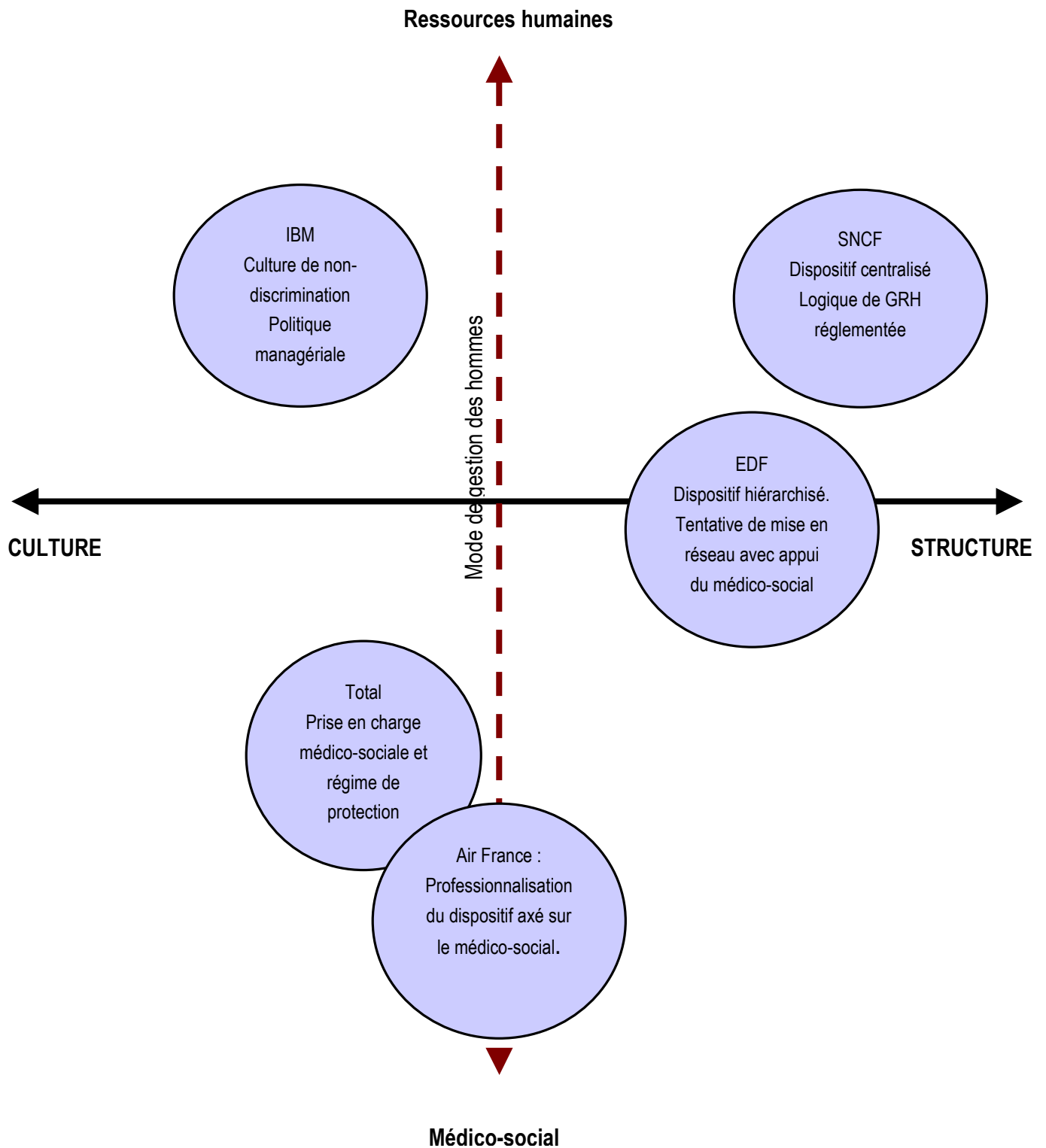
6. Schéma de synthèse

Ce schéma de synthèse a pour vocation de rendre compte, sur un même plan, de la diversité des mondes sociaux des entreprises étudiées dans leur rapport au handicap et plus spécifiquement au handicap psychique. Y sont représentés les différents éléments d'analyse de l'organisation dans son ensemble tels que proposés par I. Francfort *et alii* (1995), soit : la structure, la culture, et les

interactions. Ces dernières sont ici centrées sur la gestion des hommes, notre questionnement portant sur l'insertion. Le mode de gestion des hommes rend compte de ce que la politique du handicap s'inscrit prioritairement dans une logique médico-sociale d'assistance et de protection sociale, ou dans une logique de gestion des ressources humaines et de politique de l'emploi. Par ailleurs, dans le système d'acteurs impliqués dans le maintien dans l'emploi d'un salarié handicapé psychique, nous l'avons vu, deux familles se côtoient : les acteurs du secteur médico-social et ceux de l'encadrement et des ressources humaines. La légitimité de tous ces intervenants dans le champs du handicap apparaît prédominante. Ces deux catégories ne s'opposent pas nécessairement, mais l'une d'elles s'affirme plus souvent au sein du dispositif d'accompagnement des salariés handicapés. La structure et la culture sont également omniprésentes dans l'organisation, il s'agit simplement de faire apparaître sans ambiguïté l'un des deux registres comme dimension dominante dans le processus de légitimation de la politique car l'un des deux se révèle plus fortement impliqué dans le rapport de l'entreprise au handicap psychique.

Cette mise en perspective des différentes entreprises concernées par l'étude n'a pas pour objectif de les évaluer les unes par rapport aux autres dans leur compétence de maintien dans l'emploi de salariés handicapés psychiques. Elle doit permettre de rendre compte de la diversité des problématiques, à la fois globales et singulières, dans lesquelles chacune d'elles se situe. Cette synthèse vise également à mettre en valeur les leviers d'action observés dans le maintien dans l'emploi de leurs salariés handicapés psychique, et donc les entrées possibles pour une revalorisation de cette question ou en tout cas de réappropriation de la question dans chacune d'elles. Ainsi pourra se poser la question de la capacité de l'entreprise à intégrer le handicap psychique comme donnée incontournable de la politique du handicap, à observer ses capacités d'intégration ou de mise à l'écart et les possibilités de dépassement des représentations.

Le processus de légitimation du handicap psychique dans l'entreprise



La question à laquelle répond ce schéma est celle des registres observés pour l'appropriation et la légitimation du maintien dans l'emploi d'un salarié handicapé psychique. Quels sont les leviers mobilisés pour légitimer une action de maintien dans l'emploi d'un salarié tel salarié ?

Le schéma de synthèse fait apparaître trois pôles d'ancrage du processus de légitimation.

Le premier pôle est représenté par l'entreprise IBM dont le profil international en fait une entreprise singulière dans son rapport au handicap et à la gestion des hommes. Les registres dominants des interactions autour du handicap sont ceux liés à la culture du management. La politique du handicap, par le biais du programme de valorisation de la diversité, est l'illustration de cet ancrage dans la stratégie de l'entreprise. La structure décentralisée pèse peu sur le processus de légitimation de la politique et les réglementations et procédures de management donnent une grande part de responsabilité aux hiérarchiques de proximité. L'appropriation de la question du maintien dans l'emploi par l'environnement professionnel est envisagée dans une logique de valorisation professionnelle et d'identification. Le maintien dans l'emploi d'un salarié handicapé psychique devient alors légitime lorsque ses compétences professionnelles sont valorisées et que sa participation au collectif de travail répond aux exigences de productivité et d'efficacité de l'entreprise. L'identification positive est le moteur de l'intégration dans de telles entreprises et repose sur l'engagement volontaire des managers porteurs de la politique de gestion des ressources humaines au niveau local. Alors, les variations en termes d'aménagement de poste et d'adaptation (horaires, lieux, missions) sont envisageables pour maintenir le salarié dans son emploi dans la mesure où elles répondent aux valeurs de performance et de réussite insufflées au niveau de la direction. Cette approche trouve ses limites dans les discriminations négatives qu'indirectement elle va mettre en place à l'égard des personnes handicapées, car celles-ci qui répondent rarement aux exigences professionnelles de l'entreprise. Par ailleurs, ce processus de légitimation par la base repose sur des responsables personnellement impliqués vis-à-vis du salarié, ce qui ne garantit pas la pérennité du maintien dans l'emploi.

Les entreprises Total et Air France ont inscrit la politique du handicap dans l'entreprise par un réseau d'acteurs du médico-social (assistants sociaux, infirmiers, médecins) implantés localement et responsables de l'accompagnement des salariés. Dans ce système, la culture d'entreprise est fortement mobilisée autour de valeurs de solidarité et de protection sociale. Dans ces entreprises où les métiers (navigants à Air France) et les implantations (gestion des expatriés) ont fait naître une réflexion sur les conditions de travail, la santé au travail et une prise en charge globale, l'accompagnement des personnes handicapées est légitimé dans une logique d'assistance forte. Le réseau de professionnels du médico-social étant fortement implanté dans les unités locales la structure pèse faiblement sur le dispositif d'accompagnement et le maintien dans l'emploi va être appréhendé dans une proximité avec le salarié. La légitimité du maintien dans l'emploi repose sur le devoir de solidarité à l'égard du salarié (au niveau à la fois personnel et professionnel) au nom de la responsabilité sociale de l'entreprise. Les contraintes structurelles vont peser sur les aménagements de poste et un reclassement professionnel relativement peu innovants. Au regard de la singularité du handicap psychique, ces entreprises

répondent au besoin de prise en charge globale et individualisée dont certains salariés peuvent avoir besoin. Cette approche semble trouver ses limites dans le désengagement des acteurs des ressources humaines à l'égard de cette question. En effet, ce mode de légitimation ne laisse que peu de place à une intégration du handicap dans la politique de gestion des ressources humaines. Il ouvre la porte à la création de « niches » d'emplois protégés. Or la légitimité du salarié dans l'entreprise passe également par la reconnaissance de sa participation au collectif de production. On observe dans ce cas, des formes d'insertion à la marge de l'entreprise où le salarié, tout en étant présent dans le collectif n'atteint jamais un statut de salarié à part entière.

Le troisième pôle s'illustre par une prédominance forte de la structure d'entreprise. C'est par le système hiérarchisé et centralisé d'un dispositif de correspondants qui relaient sur le terrain une politique établie au niveau central que le handicap trouve sa légitimité. EDF et la SNCF s'inscrivent dans ce modèle par leur politique contractuelle très réglementée et qui comporte un certain nombre de procédures. Les cultures communautaires identifiées constituent un socle de légitimité de la politique du handicap par les valeurs de solidarité qu'elles véhiculent. Cependant c'est la planification de la politique qui prédomine, inscrivant dans une certaine mesure le handicap dans une logique de contrainte réglementaire. La légitimité de la politique repose sur l'intégration du handicap à la politique de ressources humaines et de gestion des hommes. Les acteurs du médico-social interviennent en appui technique et participent au processus de légitimation par l'expertise ponctuelle qu'ils apportent. Le maintien dans l'emploi d'un salarié handicapé psychique, dans ces systèmes, doit être traité au même titre que n'importe quel handicap ou type de reclassement. Les outils de gestion des ressources humaines (formation, aménagement des horaires, mobilité...) sont nombreux et rendus accessibles à ces salariés. Le poids de la structure et de la réglementation responsabilise l'entreprise à tous les niveaux lorsqu'il s'agit de maintenir dans l'emploi un salarié handicapé psychique et offre un minimum de garanties au salarié. La difficulté se situe au niveau de la reconnaissance de la singularité des besoins du salarié handicapé psychique. Ce traitement réglementaire et égalitaire ne favorise guère une gestion souple des ressources humaines pourtant nécessaire aux besoins particuliers de ces salariés. Par ailleurs, la responsabilité importante des correspondants handicap et des responsables hiérarchiques n'est pas toujours bien assumée faute de compétences suffisantes dans le domaine de la santé mentale. La coordination avec les acteurs du médico-social se fait surtout sur un registre réglementaire, ce qui limite sur le terrain l'accompagnement de proximité individualisé. Une souffrance collective face au maintien dans l'emploi d'un salarié non stabilisé ou en grande souffrance psychique peut apparaître. Dans ces entreprises, l'enjeu est de prendre en compte la spécificité du handicap psychique dans la politique du handicap et de gestion de l'emploi à grande échelle.

Le difficile équilibre que semblent devoir trouver ces entreprises face à un salarié handicapé psychique, et ce quel que soit le processus de légitimation de cette démarche, est celui de l'insertion comme espace de réconciliation entre une reconnaissance de la singularité individuelle et une dynamique qui se place dans le collectif de l'ordre de l'espace commun.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Finalement, pourquoi maintenir dans l'emploi un salarié handicapé psychique ?

Au regard des difficultés liées au maintien dans l'emploi d'un salarié handicapé psychique, cette question peut légitimement être posée. Écartons-nous un moment de l'angle de vue propre à l'analyse sociologique et de la neutralité scientifique qui nous ont permis de révéler la complexité de cette question pour envisager les évolutions souhaitables et les changements possibles.

La volonté d'agir et la mise en œuvre des conditions permettant à une personne faisant l'expérience de troubles psychiques de conserver son emploi en milieu ordinaire de travail, ne répondent pas uniquement à un devoir moral.

Elles sont en premier lieu la réponse à un droit constitutionnel depuis 1946 en France, et repris en préambule de la Constitution de 1958, celui du « droit au travail ». Ce droit est par ailleurs cité dans l'article 23 de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 dans ces termes : « Toute personne a droit au travail, au libre choix de son travail, à des conditions équitables et satisfaisantes de travail et à la protection contre le chômage. » Le travail est donc un droit. Par extension, le fait de conserver son travail peut être intégré dans ce droit. Il est un des signes de démocratisation des sociétés contemporaines. Le droit au travail est une des voies vers la démocratie dans la mesure où il permet d'accéder à une place de citoyen acteur de la société moderne (Sainsaulieu, 1998). Le droit au maintien dans l'emploi est une des formes de ce droit au travail et d'une garantie donnée à la personne handicapée de pouvoir participer à la société. Derrière ce droit reconnu pour tous, c'est l'égalité entre les hommes qui est en jeu. Elle s'inscrit dans une dimension universelle qui ne distingue pas les hommes et les femmes selon leur situation. Le handicap ne peut en aucun cas être une entrave ou une caractéristique remettant en cause ce droit au travail. Dans ce contexte, les efforts de maintien dans l'emploi de salariés handicapés ne peuvent être remis en question sous peine de créer de fortes inégalités entre les hommes, au mépris de l'esprit des textes fondateurs de notre société.

Pour l'entreprise, le maintien dans l'emploi répond aussi à une réglementation législative concernant les personnes handicapées, dans le cadre de l'obligation d'emploi et celui de l'obligation de reclassement. Par ailleurs, le licenciement d'un salarié, dans le droit français, ne peut être motivé par une situation de handicap sous peine d'être considéré comme discriminatoire²⁰².

En outre, le maintien dans l'emploi doit être rendu possible dans le monde du travail et dans les entreprises pour répondre aux attentes et aux parcours des personnes handicapées psychiques. En effet, peut-être plus fortement encore que chez les personnes valides, le travail est désiré et recherché par les personnes handicapées. Il représente non seulement la reconnaissance sociale mais aussi l'autonomie financière, l'accès aux loisirs et à un statut social. En ce sens, il confère aux personnes

²⁰² Un licenciement n'est envisageable qu'en cas d'inaptitude totale et définitive reconnue par le médecin du travail.

handicapées un sentiment positif de participation au collectif et une reconnaissance de leur citoyenneté. Les efforts de maintien dans l'emploi constituent pour elles, de ce point de vue, la garantie de leur identité sociale. Sur le versant négatif, les échecs du maintien dans l'emploi et les entraves à l'accès à l'emploi entraînent les processus de « désaffiliation » décrits par R. Castel (1991, 1995). Par le jeu d'un affaiblissement de la protection sociale, dont fait partie la garantie du maintien dans l'emploi, une part de la population du fait de sa vulnérabilité est mise à l'écart du monde du travail. Elle se voit est maintenue dans une frange ni tout à fait à l'extérieur, ni tout à fait à l'intérieur de la société et se caractérise par sa situation de précarité et à la marge du jeu social. Le maintien dans l'emploi des personnes handicapées est un rempart au gonflement du nombre de ces populations « désaffiliées ». Plus spécifiquement au regard de la singularité du handicap psychique, et dans le prolongement de notre remarque précédente, le maintien dans l'emploi doit être assuré car il garantit l'insertion sociale et professionnelle. En effet, le travail appelle le travail (Duyme *et alii*, 1987). Pour les personnes atteintes de maladie mentale, les chances de se réinsérer professionnellement après un arrêt de travail augmentent considérablement en fonction de leur activité antérieure. Plus les personnes ont travaillé auparavant, plus elles ont de chances de retrouver leur emploi. Par ailleurs, de multiples travaux (Beaulieu *et alii*, 2002) révèlent les bienfaits de l'activité professionnelle pour la stabilisation de la maladie, pour l'amélioration de l'estime de soi, la diminution des symptômes et l'accession à une meilleure la qualité de vie.

Dans cette logique, le maintien dans l'emploi de salariés handicapés psychiques peut être perçu comme un devoir moral de solidarité : « Notre société a le devoirs moral de faciliter la réalisation des aspirations légitimes des individus usagers des soins en santé mentale et de résoudre les obstacles à leur rétablissement. Il est plus que temps de donner suite aux propositions convergentes, maintes fois réitérées, concernant l'appui à donner à l'intégration au travail des personnes affectées par des problèmes graves de santé mentale, intégration qui leur ouvrirait enfin la voie qu'elles privilégient pour leur rétablissement. » (Lauzon et Lecomte, 2002, p. 27). Les efforts de maintien dans l'emploi répondent en partie, en effet, au risque d'isolement très présent des personnes atteintes de troubles psychiques, dans la mesure où l'emploi assure une forme de lien entre la personne et la société.

En revanche, la question qui s'est posée tout au long de ce travail et qui demeure est celle des moyens existant pour répondre aux difficultés posées par le maintien dans l'emploi et par le handicap psychique dans un contexte professionnel particulier.

L'émergence d'une réflexion sur la complexité du maintien dans l'emploi en milieu ordinaire de travailleurs handicapés psychiques n'est ni anodine, ni le fruit du hasard. Elle fait écho à un mouvement général de réflexion sur la place de l'Homme au travail et dans le travail, mais également de la place du travail dans la vie des Hommes. Cette question n'est pas nouvelle. Elle prend une autre dimension dans un contexte social où le lien entre le travail et la santé est mis en évidence, où la corrélation entre le travail et la santé mentale est en tension, où la recherche de l'épanouissement et du bien-être au travail deviennent légitime.

Un mouvement se développe progressivement dans le monde du travail qui met les ressources humaines au centre de l'entreprise et de la compétitivité. Il s'agit de reconsidérer le facteur humain et le bien-être des salariés comme des variables déterminantes dans la réussite de l'entreprise. Un article grand public paru dans le journal gratuit du TGV sous le titre « L'entreprise libéralise le bonheur au travail²⁰³ » illustre cette tendance à la revalorisation d'une forme d'épanouissement au travail. Un consultant y évoque ce changement par un besoin de repenser la gestion des hommes dans un souci de reconnaissance de leur participation et de leurs besoins : « Les responsables en ressources humaines et les chefs d'entreprise ont bien compris qu'ignorer les dimensions psychosociales d'un employé représente un coût considérable, qu'il s'agit de réduire au maximum. Et dans les prochaines années, la ressource humaine va passer du statut de variable d'ajustement à celui de facteur-clé de succès » (*op. cit.*, p. 34). Dans un contexte de changement tendant à reconsidérer les dimensions psychiques et sociales des hommes et des femmes au travail, la question du maintien dans l'emploi a toutes les chances de trouver un écho favorable. La réflexion portant sur l'individualisation des besoins et la prise en compte de l'état de santé mentale des salariés doit s'y intégrer. Le maintien dans l'emploi de salariés handicapés psychiques peut être considéré comme la forme la plus aboutie et la plus perfectionnée d'un nouveau mode de gestion des hommes. L'action de maintien dans l'emploi participerait alors au mouvement de revalorisation de la place des hommes et des femmes dans l'entreprise qui doit profiter à l'ensemble des salariés. Elle prolongerait également la réflexion sur l'impact de l'organisation du travail sur la santé des salariés.

Cependant, dans le même temps, le contexte du monde de l'entreprise est également celui de la souffrance au travail, de la souffrance psychique notamment. Les travaux de C. Dejourné entre autres (1998), dénoncent les formes actuelles d'organisation du travail centrées sur la compétition et la concurrence entre les salariés. Le documentaire réalisé dans la lignée des travaux de C. Dejourné sur des consultations hospitalières sur la souffrance au travail²⁰⁴ montre de manière factuelle et simple, et néanmoins explicite, la souffrance intense de salariés. Celle-ci provient notamment de la logique de profit de l'entreprise qui brise toutes les formes de solidarité et de résistance collective et finit par conduire le salarié à une solitude et une soumission douloureuses. La conclusion de ce documentaire est d'autant plus forte qu'elle se termine par une discussion avec C. Dejourné qui alerte sur la banalisation de cette souffrance et la responsabilité de chacun d'entre nous dans la construction d'un système qui isole et empêche de penser.

Ce contexte de compétitivité et de culte de la performance est également observé par A. Ehrenberg dans son analyse des nouveaux modes d'individualisation. Pour lui, l'accent est mis sur la capacité de chacun à devenir soi-même (*op. cit.*, 1995, 1998). Il évoque notamment « le séisme de l'émancipation où la norme n'est plus fondée sur la culpabilité et la discipline mais sur la responsabilité et l'initiative

²⁰³ Boujnah, M., « L'entreprise libéralise le bonheur au travail », *TGV Magazine*, n° 88, oct. 2006. p. 33-39.

²⁰⁴ *Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés*, réalisé par Sophie Bruneau et Marc-Antoine Roudil, 80 min, 2006.

(1998, p. 15). L'individualisme en démocratie a cette singularité de reposer sur un double idéal : être une personne par soi-même – un individu dans un groupement humain qui tire de lui-même la signification de son existence. Dans ce contexte, il faut faire la preuve, même pour le plus humble, l'exclu, qu'il est capable de se gouverner par lui-même : « la vie était vécue par la plupart des gens comme un destin collectif, elle est aujourd'hui une histoire personnelle. Chacun, désormais indubitablement confronté à l'incertain, doit s'appuyer sur lui-même pour inventer sa vie, lui donner un sens et s'engager dans l'action » (1995, p. 18). Le poids de la réussite et de l'individualisation généreraient de la souffrance psychique et un épuisement psychologique, ce qu'il nomme « la fatigue d'être soi » (1998). Les mécanismes d'intégration reposent dès lors sur la responsabilité individuelle et dans les entreprises, les salariés sont poussés à définir eux-mêmes leur identité professionnelle et à la faire reconnaître. On peut légitimement se demander, dans ce contexte de performance et d'individualisme croissant si l'entreprise et les organisations ne seraient pas des dispositifs efficaces d'exclusion des plus vulnérables et notamment des personnes handicapées psychiques qui sont justement fragilisées dans leur autonomie et leur capacité à se prendre en charge de façon responsable. Le maintien dans l'emploi de salariés handicapés psychiques, dans ces entreprises, ne peut alors être envisagé qu'à la condition que la personne soit parfaitement stabilisée et que les symptômes des troubles psychiques ne le fragilisent pas dans son travail, autrement dit à la condition que le salarié ne soit plus handicapé.

Une question complexe à l'articulation de l'individuel et du collectif

Au cœur de ce double mouvement se pose la question de la complexité du maintien dans l'emploi. Résonne, en réalité, la tension qui existe entre la santé mentale et le travail. En effet, celle-ci est caractérisée par la double potentialité du travail : il est « pathogène parce que menaçant les relations établies entre l'homme et son monde, restructurant lorsqu'il est proposé à des sujets mentalement désorganisés dans un cadre thérapeutique adéquat » (Friedman, 1950, *in* Billiard, 2001, p. 75). C'est dans cet interstice paradoxal que se glisse la complexité du maintien dans l'emploi de salariés handicapés psychiques en milieu ordinaire de travail : le handicap psychique est à la fois une création de la dynamique sociale au sein de l'univers de production qu'est l'entreprise, et une expérience personnelle et individuelle qui s'inscrit dans le rapport du salarié au travail.

En conséquence, la question du maintien dans l'emploi est délicate car elle pose non seulement le problème de l'employabilité et des capacités professionnelles des personnes handicapées psychiques, mais également celui des capacités du milieu professionnel à recevoir et reconnaître ce handicap.

La reconnaissance de la singularité du handicap psychique dans l'entreprise

Le handicap psychique correspond à un profond bouleversement dans la façon de concevoir l'expérience de santé mentale (troubles psychiques ou maladie mentale). Elle se matérialise notamment par le type de prise en charge et les mesures induites par la reconnaissance de ce handicap : la santé mentale ne se limite plus à une préoccupation médicale de soin et ne relève pas de la seule responsabilité de l'individu. L'attention ne porte plus uniquement sur la guérison, les symptômes et les progrès thérapeutiques. L'impact de la manifestation de la maladie sur la vie de la personne, et notamment sur ses capacités de travail, est remis au centre des préoccupations.

Dans le monde du travail, c'est l'émergence de l'ampleur des arrêts de travail pour raisons psychiatriques et des difficultés de gestion de salariés affectés de troubles psychiques qui invite à considérer le handicap psychique dans sa singularité. En effet, il s'agit de ne plus concevoir l'expérience de santé mentale uniquement dans le monde du soin ou bien à l'extérieur de l'entreprise mais de prendre en compte le vécu social qu'elle entraîne pour le salarié dans son emploi. En ce sens, l'accueil de travailleurs handicapés psychiques dans l'entreprise et leur place dans le monde du travail deviennent une question incontournable.

La singularité du handicap psychique réside à l'articulation de l'expérience individuelle de santé que représentent les troubles psychiques ou la maladie mentale, et des conséquences sociales qu'ils vont avoir sur la vie de la personne. Les troubles psychiques ou la maladie mentale deviennent réellement un handicap pour le salarié lorsque sa participation au collectif de production est remise en question, que ce soit au niveau professionnel ou relationnel. De façon incertaine, discontinue, et non fixée les troubles génèrent un handicap dans l'emploi difficile à évaluer et à identifier. Le lien de causalité entre la maladie et le handicap est mouvant. Selon les personnes, les moments, les lieux, l'expression des troubles varie dans le temps et dans l'espace et génère plus ou moins un handicap pour la personne. Il n'y a pas, par exemple, de lien direct entre la gravité de la maladie et l'intensité du handicap dans l'entreprise.

Alors que pour les autres types de handicap (notamment moteurs ou sensoriels) la réponse au maintien dans l'emploi est envisagée en termes d'aménagement de poste, d'étude ergonomique, de prothèse ou d'aide technique, pour le handicap psychique, ce sont des outils informels, voire invisibles, d'accompagnement, de soutien et de médiation qui sont proposés. Le stigmate corporel ou organique du handicap disparaît au profit d'une expérience qui se situe dans la relation, dans la rencontre.

Au regard de cette singularité, deux questions se posent en ce qui concerne le maintien dans l'emploi : tout d'abord celle de la compensation et de l'adaptation de poste. Quelle forme va prendre la compensation lorsque le handicap ne trouve pas son origine dans une déficience ou un manque physique, mais dans l'expression de troubles se manifestant dans le comportement, la conscience de soi ou la relation à l'autre ? Du fait de la variabilité du handicap psychique et de l'incertitude qu'il génère, dans quelle mesure le maintien dans l'emploi suppose-t-il une capacité d'adaptation et d'ajustement individualisé, perpétuellement repensée à partir des besoins propres du travailleur dans l'entreprise ?

L'autre question que pose le handicap du fait de l'étendue de son inscription dans toutes les sphères de la vie sociale est le fait que la problématique de maintien dans l'emploi est dissociée de celle du logement, de l'autonomie financière, du déplacement, de l'insertion sociale en général.

La dimension collective du handicap psychique

En raison de sa singularité, le handicap psychique dans l'emploi concerne le collectif à plusieurs titres. Il s'agit de l'entourage immédiat. Le salarié atteint de troubles psychiques voit son handicap exister notamment dans la rencontre et dans le regard de ses proches, donc également dans ses relations avec l'entourage professionnel. Les interlocuteurs directs du salarié deviennent ainsi des acteurs à part entière de l'émergence du handicap dans l'emploi. Ils peuvent à la fois être les révélateurs du handicap, mais également les acteurs d'un aménagement de poste.

Par ailleurs, le maintien dans l'emploi mobilise une multitude d'acteurs de l'entreprise, des professionnels du médico-social autant que des professionnels de l'encadrement et des ressources humaines. Le maintien d'un salarié handicapé psychique mobilise l'ensemble des sphères et des compétences de l'entreprise. Un collectif s'organise alors autour du salarié et avec le salarié. Le maintien dans l'emploi n'est pas simplement l'affaire d'une personne isolée par rapport à son poste de travail, ni d'un expert en maintien dans l'emploi de salariés handicapés psychiques, mais d'un collectif de professionnels. Le collectif est un élément central du handicap dans la mesure où il nuance celui-ci par des interventions soit sur l'organisation du travail ou sur l'accompagnement du salarié. Le maintien dans l'emploi suppose une mobilisation collective dans une perspective d'ajustement du salarié par rapport à son profil dans l'entreprise ou encore d'ajustement du travail par une redéfinition du poste, des missions et de l'organisation en fonction des besoins du salarié.

Enfin, la forme la plus globale de la problématique collective du maintien dans l'emploi d'un salarié handicapé psychique est celle du monde social que représente l'entreprise, en tant qu'organisation, par rapport à la singularité de ce handicap. La place que l'entreprise va accorder à une réflexion sur le maintien dans l'emploi est fortement déterminée par le sens que l'organisation va donner à la fois au handicap, en tant que singularité nécessaire à la diversité du collectif de production, et à la santé mentale comme expérience individuelle intrinsèquement liée à une forme d'organisation du travail. Le collectif professionnel n'existe que dans l'univers donné que représente l'organisation. La question du maintien dans l'emploi est donc celle de la culture et des valeurs qui donnent du sens à la politique du handicap et à la prise en compte de la santé au travail. C'est aussi le fait de la structure de l'entreprise en tant que cadre d'organisation de la politique en faveur des travailleurs handicapés. Enfin, elle est le résultat du mode de gestion des ressources humaines et de régulation des interactions qui propose des outils et supports à une réflexion sur l'organisation du travail et l'accompagnement professionnel des salariés.

En réalité, le handicap psychique remet en question l'approche du handicap dans l'emploi centré sur l'individu et une démarche ergonomique orientée sur les aménagements techniques du poste de travail. Il implique le salarié dans son rapport au travail et sa participation au collectif de production, mais aussi une multitude d'acteurs de l'entreprise. Enfin, il pousse l'entreprise à s'interroger globalement sur son organisation à la fois au niveau structurel et culturel et sur son mode de gestion des hommes.

Quels sont les changements possibles et souhaitables ?

Autorisons-nous à sortir de l'analyse sociologique qui observe le passé ou le présent, en tout cas l'existant. Explorons les évolutions possibles autour de notre question et, éventuellement, les changements souhaitables.

Les premiers scénarios possibles en ce qui concerne les politiques en faveur de l'emploi de travailleurs handicapés portent directement sur l'entreprise.

Dans la logique du culte de la performance et de la responsabilité individuelle, l'entreprise peut continuer à entretenir une concurrence entre les salariés où seuls le profit immédiat et la productivité comptent. On attend alors du salarié qu'il s'adapte pleinement aux exigences de production et que son comportement réponde aux normes préétablies. Les salariés moins productifs, moins efficaces ou ayant des besoins différents peuvent difficilement trouver leur place. Le maintien dans l'emploi d'un salarié handicapé ne se pose pas réellement à partir du moment où il n'est pas totalement conforme aux attentes de l'entreprise. Un salarié devenu handicapé psychique s'apparenterait avant tout à un déviant, qui finalement n'a pas sa place dans l'entreprise valorisée comme collectif de production. Dans cette logique, la question de l'insertion professionnelle des personnes handicapées par exemple, ne se poserait plus dans le milieu ordinaire de travail, réservé à des individus maîtres de leur parcours professionnel, productifs en continu et à cent pour cent. Elle se poserait par exemple dans une économie parallèle où le collectif de production ferait une part plus importante à l'incertitude humaine. Ce scénario s'inscrit dans le prolongement de la création du secteur protégé après la Seconde Guerre mondiale, où le système social et économique s'est construit de façon dissociée pour les personnes handicapées et pour les personnes considérées comme « normales ».

Une autre approche pourrait se centrer sur la personne handicapée. L'accès au travail ne serait envisagé que dans une logique de compensation du handicap, de réhabilitation, de redressement et de normalisation de la personne afin de la rendre conforme au comportement attendu dans l'entreprise. La faisabilité d'un tel scénario ferait s'interroger sur l'importance de la diversité au sein des entreprises, et sur celle des passerelles entre des univers opposés à l'image d'une économie à deux vitesses. Ce scénario repose sur une vision du système économique et social comme global et total. Celui-ci s'organise sur un cloisonnement entre les différentes catégories de population allant à l'encontre des principes de pluralisme, de variété et d'hétérogénéité nécessaires au progrès social. Par ailleurs, il nous

interpelle sur les risques d'isolement, de désinsertion de toute une part de la population, non conforme à l'idéal type du salarié extrêmement performant et pourtant éloigné du profil de la majeure partie de la population.

Un autre scénario envisageable porterait au contraire sur le développement social de l'entreprise. Dans une logique de revalorisation de l'épanouissement au travail, le mode de gestion des hommes serait guidé par une redéfinition des conditions de travail, pour les rendre plus adaptées aux besoins des salariés et à leur bien-être. Dans ce scénario, l'entreprise prend la mesure de sa responsabilité sociale à l'égard des salariés, et de l'importance de la santé physique et psychique des équipes pour la bonne marche collective. La politique en faveur des travailleurs handicapés devient un outil à forte valeur ajoutée en termes de protection des salariés. L'emploi et le maintien dans l'emploi de personnes handicapées participent à un sentiment de sécurité décisif pour l'épanouissement des équipes. Par ailleurs, la présence d'un salarié handicapé contribue à un enrichissement du collectif de production par la diversité qu'elle représente. La politique de ressources humaines s'appuie alors sur les processus d'accompagnement de travailleurs handicapés considérés comme des outils d'amélioration des pratiques de gestion pour l'ensemble des salariés. Le maintien d'un salarié handicapé psychique est dans ce scénario non seulement un devoir de l'entreprise responsable vis-à-vis de ses salariés, mais également un effort de progrès social dans l'entreprise qui enrichit ses pratiques de gestion des hommes et développe une compétence d'adaptation du travail aux besoins individuels de ses salariés.

Par ailleurs, concernant la reconnaissance du handicap psychique, deux analyses divergentes portent le changement. D'un point de vue négatif, la dénomination « handicap psychique » peut être perçue comme un système de catégorisation des individus qui rigidifie les parcours des personnes. Le handicap est considéré comme un stigmate, une étiquette qui fige la personne dans un statut dont elle ne peut sortir et qui l'enferme dans une situation d'assistance, de dépendance ne favorisant pas la guérison ni l'estime de soi. La notion de handicap psychique peut aussi être perçue comme le creuset de représentations négatives à la fois du handicap et de la folie. En ce sens, elle constitue d'emblée une barrière infranchissable entre la personne et le monde du travail. Réduite à sa maladie ou à ses troubles elle ne peut espérer autre chose qu'une prise en charge médico-sociale.

Au contraire, la reconnaissance du handicap psychique peut être considérée comme une reconnaissance inespérée de toute une population en mal d'accompagnement social. En nommant explicitement le handicap, le droit aux dispositifs spécialisés d'aides financières et humaines devient accessible. La reconnaissance du handicap psychique joue à ce moment un rôle un tremplin vers les dispositifs d'insertion et l'emploi dans la mesure où il permet d'accéder à des mesures de soutien adaptées à leurs besoins. La population handicapée psychique peut alors prétendre au dispositif spécialisé prévu pour les personnes handicapées physiques, sensoriels ou mentales. Le handicap leur ouvre des droits supplémentaires, dont le droit à la compensation, et protège des discriminations.

Quelle attitude dès lors adopter vis-à-vis la question du maintien dans l'emploi de salariés handicapés psychiques, et plus largement, de la politique en faveur des travailleurs handicapés dans les entreprises ?

Il s'agit, à notre avis, d'inverser en premier lieu la logique de contrainte et de désavantage adoptée par certaines entreprises. L'accueil d'un travailleur handicapé n'est pas une entrave à l'effort collectif, mais au contraire une plus-value et surtout l'occasion d'un progrès social en termes de gestion des hommes. En cela, nous rejoignons l'observation faite par A. Blanc : « Si l'insertion professionnelle des personnes handicapées représente un acquis pour celles qui en bénéficient, l'un de ses avantages inattendus est de détecter des failles dans le management. La présence des handicapés servirait en somme d'analyseur des capacités du collectif de travail et de sa gestion par ses responsables. La personne handicapée au travail exercerait cette fonction miroir permettant ainsi de découvrir les manques qu'elle relève et que personne, pas même elle, ne pourrait combler » (1998, p. 346). Plus qu'une politique de solidarité, l'accueil d'un travailleur handicapé devient un réel outil d'encadrement. Il donne l'occasion d'une réflexion sur la gestion des hommes, d'une mobilisation du collectif et d'un assouplissement de l'organisation, tourné vers les besoins des salariés. Le dispositif spécifique en faveur des travailleurs handicapés permet la mobilisation du collectif qui devient alors profitable à l'ensemble des salariés de l'entreprise. La question des personnes handicapées est l'occasion pour l'entreprise de prendre la mesure de son rôle intégrateur dans la société. Il s'agit dès lors, pour elle, de s'emparer de sa responsabilité dans le système de régulation du lien social dans nos sociétés contemporaines. L'entreprise a une fonction sociale essentielle dont elle ne peut se dispenser, comme le rappelle de façon percutante H.-J. Stiker : « Si l'intégration est le grand problème de nos sociétés, difficulté engendrée en partie par la manière de faire des profits, y a-t-il un groupe social, un type d'organisation, dispensé de contribuer à cette intégration ? Pas plus que la commune ou l'école, l'entreprise n'est une fin en soi : elle est aussi au service du bien social. Par conséquent, elle doit réfléchir aux moyens de faire aller de pair une productivité avec un profit et une intégration des hommes dans l'emploi. Il ne s'agit pas de la moraliser de l'extérieur, mais de lui rappeler l'ensemble de ses fonctions » (2001, p. 10).

Cette position nous semble d'autant plus pertinente dans le cas du handicap psychique, qui invite plus que tout autre handicap à une reconsidération de l'organisation du travail et de l'entreprise dans sa globalité. C'est l'ensemble du monde social que représente l'entreprise qui est interpellé par le maintien dans l'emploi d'un salarié handicapé psychique. Les obstacles et les freins sont nombreux et complexes, et portent aussi bien sur les représentations que sur l'organisation même du travail. Ils poussent néanmoins plus que jamais l'entreprise à innover dans sa capacité à encadrer les salariés, à gérer des équipes, à accompagner les parcours professionnels et à assurer la dynamique collective. L'entreprise doit faire tomber les barrières des préjugés, dépasser les craintes liées à une forme d'incertitude et développer une capacité d'adaptation. Elle doit également mobiliser une multitude de mesures d'accompagnement du salarié handicapé psychique. Une nouvelle compétence peut émerger, se formaliser et être valorisée, ne réduisant plus le maintien dans l'emploi d'un salarié handicapé psychique à une initiative individuelle, une action solidaire ou charitable contraire à l'esprit d'entreprise,

mais répondant bien à une volonté de progrès social. Pour cela, l'entreprise dispose de moyens pour développer une expertise par rapport au handicap psychique. Une première possibilité consiste à intervenir auprès du salarié handicapé afin de s'assurer de ses capacités de travail, de son employabilité, de son parcours professionnel. Celle-ci s'inscrit dans des mesures plus globales qui portent généralement sur l'accompagnement. Il s'agit de l'accompagnement non seulement du salarié au niveau professionnel et personnel (écoute, soutien, aides financières, orientation, conseil...) mais également, à celui de l'environnement professionnel et de l'encadrement (écoute, conseils, explications...). Cet effort, doit s'accompagner d'un important travail de sensibilisation et d'information sur le handicap psychique. L'objectif est de rompre avec des représentations du handicap et de la folie à la fois négatives et éloignées des valeurs de l'univers professionnel. Par un dialogue sur spécificités du handicap psychique et l'éclairage qu'apportent la connaissance et la dédramatisation des exigences qu'il suppose, les fantasmes et préjugés peuvent s'apaiser et disparaître. Enfin, cette expertise doit porter sur l'organisation du travail et toutes les formes d'innovations possibles en termes de gestion des hommes qui valorisent une souplesse plus franche, un encadrement réactif, et une attention particulière aux besoins du salarié. Repenser l'ensemble des conditions de travail (horaires, équipes, locaux...) et des parcours professionnels (formation, mutation...) serait à repenser dans le sens d'une meilleure adaptation de l'entreprise aux besoins des salariés handicapés psychiques. Il s'agit de faire naître une « ergonomie psychique », afin que la personne puisse travailler tout tenant compte de ses besoins spécifiques.

C'est à partir de cette connaissance et d'une forme d'expertise fondée non pas sur la pathologie psychiatrique mais bien sur les conséquences en termes de handicap dans le travail de troubles de santé mentale, que la question du maintien dans l'emploi pourra devenir légitime dans les entreprises.

En interrogeant le lien de l'entreprise dans sa globalité avec l'individu dans sa singularité, le handicap psychique ouvre de nouvelles voies de réflexion sur l'organisation du travail profitables à l'ensemble des salariés et à l'entreprise.

BIBLIOGRAPHIE

HANDICAP (Généralités) et INSERTION PROFESSIONNELLE

AGEFIPH, L'emploi et l'insertion professionnelle des personnes handicapées, Atlas national, 2005.

ALBREC, G.-L., RAVAUD, J.-F., STIKER, H.-J., L'émergence des *disabilities studies*: état des lieux et perspectives, Sciences sociales et santé, n°19, 2001. pp. 43-73.

AMAR, M., AMIRA, S., Incapacités, reconnaissance administrative du handicap et accès à l'emploi : les apports de HID, *Revue Française des Affaires Sociales*, janvier-juin 2003, n°1-2. pp.151-167.

AMAR M., AMIRA, S., L'emploi des personnes handicapées ou ayant des problèmes de santé de longue durée : premiers résultats de l'enquête complémentaire à l'enquête emploi de mars 2002 , Premières synthèses, DARES, n°413, octobre 2003.

ASSANTE, V., *Situations de handicap et cadre de vie*, rapport présenté au Conseil Economique et Social, Paris : éditions des Journaux Officiels, 2000.

ASSOULY-PICQUET, C., BERTHIER-VITTOZ, F., *Regards sur le handicap*, Marseilles : Hommes et Perspectives, 1994.

BARRAL, C., Qu'est ce que le handicap ?, *Actualité et dossier en santé publique*, décembre 2004, n°49. pp.16-19.

BLAISE, J.-L., Le travail des personnes handicapées en questions : du silence à la parole..., *La revue de la CFDT*, [en ligne], juin 2001, n°42, [réf. du 27 novembre 2006]. pp.11-18. Disponible sur http://www.cfdt.fr/telechargement/cfdt_a_z/connaitre/publications/la_revue/43_01.pdf

BLANC, A., STIKER, H.-J., sous dir., *L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France*, Paris : Desclée de Brouwer, coll. Handicaps, 1998.

BLANC, A., Les accords d'entreprise et l'insertion des personnes handicapées, in BLANC, A., STIKER, H.-J., sous dir., *L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France*, Paris : Desclée de Brouwer, coll. Handicaps, 1998. pp.325-347.

BLANC, A., Les handicapés au travail, analyse sociologique d'un dispositif d'insertion professionnelle, Paris : Dunod, 1999.

BLANC, A., Employabilité limitée et discrimination : les personnes handicapées à l'épreuve de l'insertion professionnelle, *Education permanente*, 2003, n°156. pp. 131-151.

BLANC, A.(a), Handicap et insertion professionnelle : égalité et démocratie, *Reliance*, 2006, n°19. pp.42-49.

BLANC, A.(b), Le handicap ou le désordre des apparences, Paris : Armand Colin, 2006.

BLOCH-LAINE, F., *Etude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées*, Rapport au Premier Ministre, Supplément aux Notes et Etudes documentaires, 1967.

BON C., Effet d'étiquetage et jeux des institutions dans le parcours vers l'emploi de personnes en situation de handicap, *Education Permanente*, 2003, n°156. pp. 79-87.

BONNET, M., Pour une prise en charge collective, quel que soit leur âge, des personnes en situation de handicap, Rapport du Conseil Economique et Sociale, 2004.

BROUARD, C., *Le handicap en chiffres*, Paris : CTNERHI, 2004.

CALVEZ, M., Les handicapés mentaux et l'intégration au milieu ordinaire : une analyse culturelle, *Handicaps et Inadaptations*, *Les cahiers du CTNERHI*, 1990, n°50-51. pp. 31-58.

CALVEZ, M., La construction sociale du handicap. Une approche de l'intégration des handicapés mentaux dans le milieu ordinaire, *Handicaps et Inadaptations*, 1991, n°55-56. pp. 87-106.

CALVEZ, M., Le handicap comme situation de seuil : éléments pour une sociologie de la liminalité, *Sciences Sociales et Santé*, 1994, XII, n°1. pp.61-88.

CHANUT, J.-M., L'activité des COTOREP, Etudes et Résultats, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques, décembre 2004, n°363.

CINERGIE, Inapte au poste. Que faire ?, Cahier de la fédération de médecine du travail, 1996, n°2.

CLAINCHARD E., JOSSE, E. et al., Prévention de la désinsertion professionnelle et maintien dans l'emploi, Paris : Practhis, Ile de France, 2005.

COHU, S., LEQUET-SLAMA, D., VELCHE, D., Les politiques en faveur des personnes handicapées dans cinq pays européens, *Revue française des Affaires sociales*, avril-juin, 2005, n°2. pp.11-34.

COOK, J., Le handicap est culture, *Prevenir*, 2^{ème} semestre, 2000, n°39. pp.61-69.

COURBIN, P.-D., La politique du handicap, *Actualité et dossier en santé public*, décembre 2004, n°49. pp. 32-43.

CROS-COURTIAL, M.-L., Les grands principes de l'intervention collective depuis 1945, in BLANC, A., STIKER, H.-J., sous dir. *L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France*, Paris : Desclée de Brouwer, 1998. pp. 153-183.

CTNERHI, L'intégration professionnelle des personnes handicapées : le travail en milieu ordinaire, *Dossier professionnel documentaire*, mai 2003, n°5.

ÊTRE Handicap Information, *L'accord d'entreprise*, novembre-décembre 1997, numéro hors-série,.

FARDEAU, M., Personnes handicapées : analyse comparative et prospective du système de prise en charge. Rapport au ministre de l'Emploi et de la Solidarité et au secrétaire d'Etat à la Santé, à l'Action Sociale et aux Handicapés, Direction Générale de l'Action Sociale, 2002.

FARDEAU, M., *Structuration de la recherche sur le handicap en France*, Paris : Ministère de la recherche et des nouvelles technologies, 2004.

FOUGEYROLLAS, P. (a), *A part égales*, Drummondville (Québec) : OPQH, 1984.

FOUGEYROLLAS, P.(b), *De la matrice à l'exclusion. Entre peaux : logis de la différence du handicap à l'autonomie*, Mémoire pour l'obtention du grade de Maître ès arts, Université de Laval (Québec) 1984.

FOUGEYROLLAS, P., Changements sociaux et leurs impacts sur la conceptualisation du processus de handicap, *Revue Réseau International CIDIH et facteurs environnementaux*, 1998, 9, pp. 7-13.

GENDRON, B., Handicap et emploi : un pari pour l'entreprise, Paris : CTNERHI, 1994.

GIAMI, A., et al., La figure fondamentale du handicap : représentations et figures fantasmatisques, Paris, Recherche Mire-Gera, 1988.

GIAMI, A. et al., La pluralité des représentations du handicap » in AYME, S., HENRARD, J.-C., COLVEZ, A., RAVAUD, J.-F., *Handicap et vieillissement : politiques publiques et pratiques sociales*, Paris : Inserm, 1996. pp. 7-28.

GIAMI A., De l'écart bio-psychique à la rupture du lien social : l'évolution des représentations du handicap, in BLANC, A., STIKER, H.-J., sous dir., *L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France*, Paris : Desclée de Brouwer, 1998. pp. 62-74.

GROCOLAS J.R. et ANDREANI S., Stratégies des entreprises et politiques d'emploi : l'exemple de la main d'œuvre handicapée, *Cahiers du CTNERHI*, 1989, 46. pp. 1-13.

GROUPE DE RÉFLEXION SUR LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI, *Le maintien dans l'emploi en questions*, Rennes : ENSP, 2000.

GUBBELS, A., Un changement de paradigme pour les politiques européennes relatives au handicap ?, *Handicap*, CTNERHI n° 94-95, avril-septembre 2002. pp. 43-50.

HAMONET, C., *Les personnes handicapées*, (1^{ère} éd. 1990) Paris : PUF, 2000.

HAMONET, C., La question du handicap, *La Forteresse Éclatée*, mars 2004, n°58. pp. 9-12.

HOUILLON, V., Approche psycho-ergonomique de l'évolution professionnelle et personnelle des « personnes handicapées » et de leurs emplois au sein de l'entreprise », Th. : Psychologie : Paris : CNAM : 2004.

HUET, A., *Incertitude, risque et handicap. Jalons d'analyse culturelle*, Mémoire pour l'obtention de l'habilitation à diriger des recherches, Université Rennes 2 Haute Bretagne, 2004.

KERROUMI B., *Les personnes handicapées et le marché du travail. Un guide pour réussir*, Paris : Les éditions d'organisation, 1995.

LASNIER M.-C., L'insertion professionnelle en milieu ordinaire des personnes en situation de handicap, rapport présenté au Conseil économique et social, Paris : Les éditions des Journaux Officiels, 2003.

LE BIANIC, T., L'inaptitude au travail : une construction sociale ?, *Education Permanente*, 2003, vol. 3, n°156. pp. 55-65.

METZGER, J.-L., BARRIL, C., L'insertion professionnelle des travailleurs aveugles et sourds : les paradoxes du changement technico-organisationnel, *Revue Française des Affaires Sociales*, 2004, n°3. pp. 63-89.

MINAIRE, P., & al., Disease, illness and health : The critical models of the disablement process, *Bulletin of the World Health Organization*, 1991, 3, n°70. pp. 373-379.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, *L'insertion professionnelle des travailleurs handicapés*, Paris : La documentation Française, 1998.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DE LA VILLE, Guide-barème pour l'évaluation des déficiences et des incapacités des personnes handicapées : mise à jour 2004, Paris : CTNERHI, 2005.

MORIN, B., La médecine du travail et l'aptitude au poste, in BLANC, A., STIKER, H.-J., sous dir., *L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France*, Paris : Desclée de Brouwer, 1998. pp. 97-105.

MORMICHE, P., Le handicap se conjugue au pluriel, *INSEE Première*, Octobre 2000, n°742.

MOTTEZ, B., À s'obstiner contre les déficiences, on augment souvent le handicap : l'exemple des sourds, *Sociologie et Société*, 1977, 9, n°2. pp. 20-32.

MOTTEZ, B., La surdité dans la vie de tous les jours, Paris : CTNERHI, 1981.

MURPHY, R., SHEER, J., MURPHY, Y., MACK, R., Physical disability and social liminality: a study in the rituals of adversity, *Social Science and Medicine*, 1988, 26, 2. pp. 235-242.

MURPHY, R., Vivre à corps perdu. Le témoignage et le combat d'un anthropologue paralysé, Paris : Plon, coll. Terre Humaines, 1990.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités, désavantages. Un manuel de classification des conséquences des maladies, *Flash informations, hors série 165*, Vanves : OMS/ INSERM/ CTNERHI, 1988.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, Genève, 2001.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Vers un langage commun pour le fonctionnement, le handicap et la santé. CIF Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, *Handicap*, avril-septembre 2002, né 94-95. pp. 25-42.

POIZAT, D., Il faut passer d'une pensée de la substance à une pensée de la relation. Entretien avec l'anthropologue F. Laplantine, *Reliance*, 2006, n 19. pp. 9-13.

RALLE, P., La mesure des déficiences dans l'enquête « Handicaps, incapacités, dépendance », *Revue Française des Affaires Sociales*, janvier-juin 2003, n°1-2. pp. 55-69.

RAVAUD, J.-F., MADIOT, B., VILLE, I., Discrimination towards disabled people seeking employment, *Social Science and Medicine*, 1992, n°35. pp. 951-958.

RAVAUD, J.-F., STIKER, H.-J.(a), Les modèles de l'inclusion et de l'exclusion à l'épreuve du handicap. 1^{ère} partie : les processus sociaux fondamentaux d'exclusion et d'inclusion, *Handicap*, 2000, n°86. pp. 1-18.

RAVAUD, J.-F., STIKER, H.-J.(b), Les modèles de l'inclusion et de l'exclusion à l'épreuve du handicap. 2^{ème} partie : typologie des différents régimes d'exclusion repérables dans le traitement social du handicap, *Handicap*, 2000, n°87. pp. 1-17.

RÉMOND, B., *L'accès à la formation professionnelle des travailleurs handicapés*, Paris : La Documentation française, coll. Les rapports officiels, 1991.

ROYER M., L'emploi des travailleurs handicapés : un pari sur l'intelligence et la solidarité, *Le Monde (Initiatives)*, 6 mars 1991, 14341.

SAINSAULIEU, R., L'entreprise et l'insertion : un enjeu de société, in BLANC, A., STIKER, H.-J., sous dir. *L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France*, Paris : Desclée de Brouwer, 1998. pp. 449-461.

SAINT-MARTIN, P., Quelle insertion pour quel travail ?, in BLANC, A., STIKER, H.-J., sous dir., *L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France*, Paris : Desclée de Brouwer, 1998. pp. 91-96.

STIKER, H.-J., De la métaphore au modèle : l'anthropologie du handicap », *Cahiers ethnologiques de l'université de Bordeaux-II*, 1992, n°13. pp. 13-37.

STIKER, H.-J., *Corps infirmes et société*, (1^{ère} éd. 1982), Paris : Dunod, 1997.

STIKER, H.-J., Le travail au risque des personnes handicapées [en ligne], *La revue de la CFDT*, n°42, juin 2001 [réf. du 27 novembre 2006]. pp. 1-10. Disponible sur http://www.cfdt.fr/telechargement/cfdt_a_z/connaitre/publications/la_revue/43_01.pdf

STIKER, H.-J., Analyse anthropologique comparée de deux classifications : Classification international du fonctionnement, du handicap et de la santé (OMS) et Classification québécoise dite Processus de

production du handicap (Société canadienne pour la CIDIH), *Handicap*, avril-septembre 2002, n° 94-95. pp. 95-110.

STIKER, H.-J., Les personnes en situation de handicap dans l'entreprise, *Reliance*, 2006, n°19. pp. 34-41.

STONE, D., COLELLA, A., A model of factors affecting the treatment of disabled individuals in organisations, *The Academy of management review*, 1996, 21, n°2. pp. 352-401.

VELCHE D. (a), Le handicap à contre-emploi : fausses idées et vraies difficultés, *Les cahiers du Travail Social*, 1998, n°40.

VELCHE, D. (b), Une spécificité française, le milieu de travail protégé ?, in BLANC, A., STIKER, H.-J., sous dir. *L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France*, Paris : Desclée de Brouwer, 1998. pp. 211-245.

VELCHE D., ANQUETIL B., Les déterminants des choix des établissements en matière d'emploi des personnes handicapées au travers d'interviews d'employeurs, Paris : CTNERHI, 1998.

VELCHE, D. (a), L'emploi des personnes handicapées : accompagner la transition vers un nouveau modèle, *Handicap*, n°88, 2000. pp. 43-66.

VELCHE, D. (b), Les politiques d'emploi des personnes handicapées dans l'Union Européenne, *Prévenir*, n°39, 2^{ème} semestre 2000. pp. 167-172.

VELCHE, D. (a), L'emploi des personnes handicapées, *Actualité et dossier en santé publique*, décembre 2004 n°49, pp. 48-54.

VELCHE, D. (b), Emploi et/ou allocations : les tendances actuelles dans l'Union européenne, *Actualité et dossier en santé publique*, décembre 2004, n°49. pp. 55-57.

VILLE, I., RAVAUD, J.-F., DIARD, C., PAICHELER, H. (a), Self representations and physical impairment : a social constructionist approach, *Sociology of Health and Illness*, 1994, 16, 3. pp. 301-321.

VILLE, I., RAVAUD, J.-F.(b), Représentations de soi et traitement social des déficiences : l'intérêt d'une approche socio-constructivistes, *Sciences Sociales et Santé*, 1994, 12, n°1. pp. 7-30.

VILLE, I., Personnes handicapées et représentations du travail, in BLANC, A., STIKER, H.-J., sous dir., *L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France*, Paris : Desclée de Brouwer, 1998. pp. 75-90.

VILLE, I., RAVAUD, J.-F., Personnes handicapées et situations de handicap, *Problèmes politiques et sociaux*, La documentation Française, septembre 2003, n°892.

VILLE, I., *Représentations du travail et inactivité professionnelle*, [en ligne], Paris : APF, Rapport et Etudes, 1999 [réf. du 28 juillet 2006]. Disponible sur : <http://moteurline.apf.asso.fr/epidemiostatsevaluation/etudeshp/csapf/wemplville.htm>

WATINE, P., Insertion et maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap en France, *Toxicologie Pathologie*, 2005, 2. pp. 111-136.

WIEVIORKA, M., Déficience, différence et égalité, in BLANC, A., STIKER, H.-J., sous dir., *L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France*, Paris : Desclée de Brouwer, 1998. pp.23-37.

HANDICAP PSYCHIQUE, SANTÉ MENTALE et INSERTION

AGEFIPH, *Maladie mentale et emploi*, Point de repère, avril 1999, n°1. 26 p.

AÏT-ALI, B., LESIEUR, G., *Maladies psychiques et vie sociale. Réflexions sur l'emploi*, Toulouse : Octarès, 2006.

ALBERNHE Thierry, *Psychiatrie et handicap. Aspects médico-légaux et administratifs*, Paris : Masson, coll. médecine et psychothérapie, 1997.

AMAR, M., AMIRA, S., *Connaissances nouvelles à propos des personnes recevant des soins de santé mentale*, *Revue Française des Affaires Sociales*, janvier-juin 2003, n°1-2. pp. 151-165.

AMPHOUX, M., BONNIN C., *Le médecin du travail, psychiatre malgré lui*, *Psychiatrie Française*, 1996, n°2, vol. XXVII. pp. 67-73.

ANGUIS, M., de PERETTI C., *Les personnes suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux*, *Etudes et Résultats, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques*, avril 2003, n°231.

ARVEILLER J.-P., BONNET C., *Au travail... Les activités productives dans le traitement et la vie du malade mental*, Toulouse : Erès, 1991.

ARVEILLER, J.-P. et BONNET, C., *L'insertion du malade mental : une place pour chacun ou chacun à sa place ?*, Paris : Eres, 1994.

ARVEILLER, J.-P., *Le travail des malades mentaux : un modèle pour la société d'aujourd'hui*, *Prisme*, 1997, n°2. pp. 53-60.

ARVEILLER J.-P., sous dir., *Pour une psychiatrie sociale. 50 d'action de la Croix-Marine*, Paris : Érés, 2002.

ARVEILLER, J.-P., *Psychiatrie et Folie Sociale*, Ramonville Saint Agne : Erès, 2006.

ASKENASI G., *A propos de la réadaptation sociale et de la réinsertion professionnelle des malades mentaux*, *Psychologie médicale*, 1983, vol. 15, n°11.

AZEMA B., BARREYRE J.-Y., CHAPIREAU F., JAEGER M. (a), *Classification internationale des handicaps et santé mentale*, Paris : CTNERHI, GFEP, 2001.

AZEMA, B. (b), La classification internationale des handicaps et la recherche en santé mentale, *in* AZEMA B., BARREYRE J.-Y., CHAPIREAU F., JAEGER M., *Classification internationale des handicaps et santé mentale*, Paris : CTNERHI, GFEP, 2001. pp. 20-50.

BACHRACH, L., Perspectives on work rehabilitation, *Hospital and Community Psychiatry*, n°42, 1991. pp. 890-891.

BAILLON, G., Quelles réponses aux besoins des personnes en souffrance psychique ? Introduction à l'enquête, *Vie Sociale*, juillet-septembre 2003, n°3. pp. 19-36.

BAPTISTE, R., Reconnaître le handicap psychique. Développer et améliorer la réinsertion sociale et professionnelle, Lyon : Chronique Sociale, 2005.

BARBIER D., Guide de l'intervention en Santé Mentale, Toulouse : Privat, 1993.

BARDOT, F., HUEZ, D., Clinique médicale du travail et souffrance au travail : les dépressions réactionnelles professionnelles, *Travail et Emploi*, octobre 2003, n°96, pp. 55-66.

BARDOU, H., VACHERON-TRYSTRAM M.-N. CHEREF, S., Le déni en psychiatrie, *Annales Médico Psychologiques*, Mémoire, 2006, vol. 164. pp. 99-107.

BASTIDE, R., *Sociologie des maladies mentales*, Paris : Flammarion, 1971. 282 p.

BEAULIEU, A., MORIN, P., PROVENCHER, H., DORVIL, H., Le travail comme déterminant social de la santé pour les personnes utilisatrices des services de santé mentale, *Santé Mentale au Québec*, printemps 2002, vol. XXVII. n° 1. pp. 177-193.

BEAUREGARD, M., La folie de Valery Fabrikant, une analyse sociologique sur la folie; Paris : l'Harmattan, 1999.

BELLAMY, V., Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale, *Etudes et Résultats, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques*, Octobre 2004, n°347.

BELLELLI, G., La représentation sociale de la maladie mentale, Naples : Liguori, 1987.

BERNARD, Y., L'évolution de 1838 à aujourd'hui, in LEPOUTRE Raymond, de KERVASDOUE, Jean, sous dir., *La santé mentale des français*, Paris : Odile Jacob, 2002. pp. 35-68.

BILLIARD, I., Santé mentale et travail. L'émergence de la psychopathologie du travail, Paris : La Dispute, 2001.

BLANC, A., Les conditions de l'insertion professionnelle en milieu ordinaire de travail des travailleurs handicapés par la maladie mentale, *Prisme*, 1996, n°1. pp. 19-34.

BOURGEOIS, M.-L., 'L'insigth', la conscience de la maladie mentale, sa nature et sa mesure, *Annales Médico Psychologiques, Psychiatrie*, octobre 2002, vol. 160. pp. 596-601.

BOZZA, A., Insertion socio-professionnelle et barrières mentales : esquisse d'une réflexion, *Prisme*, 1996, n°1. pp. 39-49.

BRESSOL, E., *Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés*, Rapport du Conseil Economique et Social, Editions des Journaux Officiels, 2004.

BRETECHER, P. GARDIN, L., HERSENT, M., Initiatives d'insertion par l'économie et santé mentale. Analyse qualitative des conditions d'émergence et de développement, Paris : Agefiph, 2001.

BROUILLETTE, C., HACHEY, R., MERCIER, C., Les soutiens associés au maintien en emploi : perceptions des personnes aux prises avec un trouble mental grave, *Santé mentale au Québec*, 2003, XXVIII, 1. pp. 169-192.

CABAL, Patrick, Handicap par maladie mentale, *Empan*, n°55, septembre 2004. pp. 115-117.

CANNEVA, J., De nouvelles réponses à la Santé Mentale, *La Gazette en santé sociale*, avril 2006, n°18. pp. 73-75.

CARIA, A., ROELANDT, J.-L., Pourquoi s'interroger sur l'état de santé mentale des Français ?, *Santé Mentale*, décembre 2004, n°93. pp. 29-31.

CASADEBAIG, F., QUEMADA, N., Mortality in Psychiatric Inpatients, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1989, n°79. pp. 257-264.

CASADEBAIG, F., CHAPIREAU, F., RUFFIN, D., PHILIPPE, A., *Description des populations des institutions psychiatriques dans l'enquête HID. Rapport Final*, Convention d'Etude INSERM-DREES, 2002.

CASTEL, R., L'institution psychiatrique en question, *Revue Française de Sociologie*, janv.-mars 1971, vol.12, n°1. pp. 57-92.

CASTEL R., Nouveaux concepts en santé mentale, *Social Science Medical*, 1986, vol. 22, n°2. pp. 161-171.

CHABANAIS, J., Insertion professionnelle de salariés atteints d'une pathologie mentale sévère, Th : Méd., Reims, 2006.

CHAPELLE, F., Le handicap, cause ou conséquence du travail, *Empan*, septembre 2004, n°55. pp. 34-37.

CHAPIREAU, F., COLVEZ, A. (a), Social disadvantage in the international classification of impairments, disabilities, and handicap, *Social Science Medical*, 2002, vol. 47, n°1. pp.59-66.

CHAPIREAU, F. (b), La nouvelle classification de l'OMS : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, *Annales Médico-Psychologiques*, 2002. pp. 242-246.

CHAPIREAU, F., Connaissances nouvelles à propos des personnes recevant des soins de santé mentale, *Revue Française des Affaires Sociales*, janvier-juin 2003, n°1-2. pp. 181-223.

CHAPIREAU, F., Le devenir sur deux ans des personnes hospitalisées en établissement psychiatrique, *Etudes et Résultats, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques*, avril 2004, n° 304.

CHAPIREAU, F.(a), Handicap psychique : confirmation ou mutation du handicap à la française ?, *Psychiatrie, Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 2006, 37-910, n°10.

CHAPIREAU, F. (b), Handicap psychique : sortir de la confusion, *Santé mentale*, mars 2006, n°106. pp. 24-27.

CHAPIREAU, F. (c), Les personnes hospitalisées en psychiatrie en 1998 et en 2000, *Etudes et Résultats, Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques*, décembre 2006, n° 206.

CHARBONNEAU, C., Développer l'intégration au travail en santé mentale, une longue marche à travers de obstacles sociopolitiques, *Santé Mentale au Québec*, printemps 2002, vol. XXVII. n°1. pp. 158-176.

CHARZAT, M., Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches, rapport à la Ministre Déléguée à la Famille, à l'Enfance et aux Personnes Handicapées, mars 2002.

CHATAUD V., *Droit et handicap*, Rueil Malmaison : ASH, 2000.

CHEVALIER, A., Facteurs professionnels des états anxieux et dépressifs chez les salariés d'E.D.F.-G.D.F., *Psychiatrie Française*, 1996, vol. XXVII, n°2. pp. 49-59.

CLERY MELIN, P., KOVESS, V., PASCAL, J.-C., *Plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*, Rapport d'étape de la mission Cléry-Melin remis au ministre de la Santé de la Famille et des personnes handicapées, 2002.

COLDEFY, M., Les secteurs en psychiatrie générale en 2000, *Etudes et résultats*, mars 2004, n°42.

COLLECTIF, Psychiatrie et santé mentale. Innovations dans le système de soins et de prise en charge, *Revue Française des Affaires Sociales*, Janvier-mars 2004, n°1.

COLLECTIF, Regards sur la folie : investigations croisées des sciences de l'homme et de la société, actes du colloque, Paris : l'Harmattan, 1993.

CONSEIL GENERAL DE MEURTHE ET MOSELLE, Citoyenneté et santé mentale. Insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées ou fragilisées par la maladie psychique, Actes des rencontres des 21 et 22 septembre 2000, *Les colonnes d'EPSOS*, Juin 2001 – Hors Série, n°12.

CORBIERE, M., BORDELAU, M., PROVOST G., MERCIER, C., Obstacles à l'insertion socioprofessionnelle de personnes ayant des problèmes graves de santé mentale : données empiriques et repères théoriques, *Santé Mentale au Québec*, Printemps 2002, vol. XXVII. n°1. pp. 194-217.

CORIN E., The thickness of being : intentional worlds, stratégies of identity, and experience among schizophrenics, *Psychiatry*, summer 1998, 61. pp. 133-146.

CORIN, E., Facts and meanings in psychiatry. and anthropological approach to the lifeworld of schizophrenics, *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 1990, 14. pp. 153-188.

COTTRAUX J., Les visiteurs du soi. A quoi servent les psys ?, Paris : Odile Jacob, 2004.

DAVIS, J.A., FREEMAN H.-E. and SIMMONS, O.G., Rehospitalization and performance level of former mental patients, *Social Problems*, 5, 1957, pp. 37-44).

- DE BERANGER, S., Travail et handicap psychique, *Empan*, septembre 2004, n°55. pp. 111-114.
- DEBARD M., *Itinéraires d'insertion. De la maladie mentale au travail ordinaire*, Lyon : Chroniques sociales, coll. Comprendre les personnes, 2001.
- DEBRAY, Q., GRANGER, B., AZAÏS, F., *Psychopathologie de l'adulte*, (1^{ère} éd. 1998), Paris : Masson, 2001.
- DEJOURS, C., Centralité du travail et santé mentale, *Pratiques en santé mentale*, 2005, n°1. pp. 22-28.
- DELAUME, C., *Certainement pas*, Paris : Editions Verticales/Le Seuil, 2004.
- DEMONET R., MOREAU de BELLAING, L., *Déconstruire le handicap. Citoyenneté et folie*, Paris : CTNERHI, 2000.
- DENIKER P., OLIE J.-P., *Fou, moi ?*, Paris : Odile Jacob, 1998.
- DURAND, B., Les Groupes d'Entraide Mutuelle, *Pratiques en santé mentale*, Croix-Marine, août 2006, n°3. pp.19-22.
- DUYME M., BARBEAU J., JOLIVET B., DUMARET A., Maladie mentale, travail et société, *Flash informations CTNERHI*, 1987.
- EBERSOLD, S., L'invention du handicap. La normalisation de l'infirmes, Paris : CTNERHI, 1997.
- EBERSOLD, S., Le champ du handicap, ses enjeux et ses mutations, in BLANC, A., STIKER, H.-J., sous dir., *L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France*, Paris : Desclée de Brouwer, 1998. pp. 39-62.
- EBERSOLD, S., Le champ du handicap, ses enjeux et ses mutations : du désavantage à la participation sociale, *Handicap*, avril-septembre 2002, n°94-95. pp. 149-164.
- EHRENBERG, A. (a), Les changements de la relation normal-pathologique. A propos de la souffrance psychique et de la santé mentale, *Esprit*, mai 2004. pp.133-156.
- EHRENBERG, A.(b), Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale, *Revue Française des affaires sociales*, janvier-mars 2004, n°1. pp. 77-88.

EHRENBERG, A., LOVELL, A. (a), sous dir., *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Paris : Odile Jacob, 2001.

EHRENBERG A., LOVELL, A.(b), Pourquoi avons-nous besoin d'une réflexion sur la psychiatrie, in EHRENBERG A., LOVELL, A., sous dir., *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Paris : Odile Jacob, 2001, pp. 9-42.

ESTROFF, S., Self, Identity, and subjective expériences, of schizophrénia : In search of the Subject, *Schizophrénia Bulletin*, 1989, 15, n°2. pp. 189-196.

ESTROFF, S., et al., Commentary On Davidson L., *Psychiatry*, mai 1995, 58. pp. 133-135.

FABIEN F., Plaidoyer pour un métier peu ordinaire, Paris : Publibook, 2001.

FONDATION EUROPEENNE POUR L'AMELIORATION DES CONDITIONS DE VIE ET DE TRAVAIL, *Enquête sur les conditions de travail*, [en ligne], Dublin. 2000. [réf. du 27 mars 2006]. Disponible sur : <http://www.eurofound.ie/working/surveys.htm> (page consultée le 27 mars 2006).

FOXONET, C., Socialisation et processus identitaire : l'insertion professionnel des jeunes malades mentaux, *Handicaps et Inadaptations*, juillet-octobre 1996, n°71. pp. 46-60.

FREEMAN, H.-E., and SIMMONS, O.G., Mental patients in the community; family settings and performance levels, *American Social.Revue*, 23, 2, 1958. pp. 147-154.

FRIARD, D., *L'isolement en psychiatrie. Séquestration ou soin ?*, Paris : Masson, coll. Souffrance Psychique et soins, 2001.

FRIARD, D., Qui fait quoi et comment ?, *Santé Mentale*, mars 2006, n°106. pp. 23-27.

GALAXIE, Les besoins spécifiques des personnes en situation de handicap psychique au regard de l'emploi, Clermont Ferrand, 2004.

GALAXIE, *Situation de handicap psychique et emploi*, Colloque International, Paris, Cité Universitaire 7 décembre 2004.

GARRABE J., KAPSAMBELIS V., Mesures sociales et réhabilitation dans le traitement des psychoses schizophréniques. L'expérience française, *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, 1992.

GASSER, J., STIGLER, M., Diagnostic et clinique psychiatrique au temps du DSM, in ERHENBERG A., LOVELL, A. *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Paris : Odile Jacob. pp. 229-245.

GEORGES, C., *Psychose et maintien dans l'emploi*, Th : Méd., Paris 5, 2002.

GIRAUD, E., à propos du case management, *Prisme*, 1997, n°2. pp. 27-34.

GUIGO-BANOVIC, I., NAUDIN, J., COLLET, R., PIDÉNIELLI, J.-L., Le rapport au temps et à l'espace dans les récits de l'expérience subjective des voix, *Annales Médico-Psychologiques*, 2003, 161. pp. 774-779.

GUILMIN, A., L'offre de soins en psychiatrie : des modèles différents selon les départements, DREES, *Etudes et Résultats*, n°48, janvier 2000.

HARDY-BAYLE M.-C., HARDY P., *Maniaco-dépressif : l'histoire de Pierre*, Paris : Odile Jacob, 1996.

HARDY-BAYLE M.-C., BRONNEC Christine, *Jusqu'où la psychiatrie peut-elle soigner ?*, Paris : Odile Jacob, 2003.

HEBERT, A., La réinsertion sociale des ex-patients psychiatriques : un profil professionnel et psychiatrique, *Sociologie et Sociétés*, 1985, vol. XVII, n°1. pp. 61-72.

HEILLY d', H., De l'insertion à l'autonomie, quelle réalité pour les malades mentaux ?, Ramonville-Saint Agne : Erès, 1995.

HEILLY d', H., Entre insertion et autonomie : maladie mentale et stratégies institutionnelles, *Santé Mentale au Québec*, printemps 2002, vol. XXVII. n°1. pp. 268-287.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANISATION, WORLD HEALTH ORGANISATION, *Mental health and work: Impact, issues and good practices*, Geneva, 2000.

INTERNATIONAL LABOUR ORGANISATION, WORLD HEALTH ORGANISATION, *Mental Health in the workplace: Situation analysis United Kingdom*, Geneva, 2000.

JAEGER, M., L'articulation du sanitaire, du médico-social et du social, in LEPOUTRE Raymond, de KERVASDOUE, Jean, dir. *La santé mentale des français*, Paris : Odile Jacob, 2002. pp. 339-351.

JODELET, D., Folies et représentations sociales, étude de sociologie sur les représentations de la maladie mentale, Paris : PUF, coll. Sociologie d'aujourd'hui, 1989.

JODELET, D., Représentations sociales de la maladie mentale et insertion des malades mentaux, *in* ABRIC, Jean C., sous dir. *Exclusion sociale, insertion et prévention*, (1^{ère} éd. 1996), Ramonville Saint Agne : Erès, 2003. pp. 99-114.

JOLY, P., Prévention et soins des maladies mentales – bilan et perspectives, Rapport pour le Conseil Economique et Social, 1997.

JOUBERT M., Une approche sociologique de la santé mentale, *La Santé de l'homme*, mai-juin 2002, n°359. pp 6-9.

KANNAS, S., L'offre de soins à l'hôpital, *in* LEPOUTRE Raymond, de KERVASDOUE, Jean, sous dir., *La santé mentale des français*, Paris : Odile Jacob, 2002. pp. 126-164.

KERVASDOUÉ de, J., La santé mentale en France à l'aube du XXI^{ème} siècle, *in* LEPOUTRE Raymond, de KERVASDOUE, Jean, sous dir., *La santé mentale des français*, Paris : Odile Jacob, 2002. pp. 69-79.

KOCHMAN, F., MEYNARD, J.-A., Les troubles bi-polaires. Livret à l'usage des patients et de leur famille, Paris : Santéa.com/Sanofi-Synthélabo, 2003.

KOVESS, V., Evaluation de la qualité en psychiatrie, Paris : Economica, 1994.

LACAN, J. Livre III. Les Psychoses /Texte établi par Jacques-A. Miller à partir du séminaire de Jacques Lacan de l'année 1955-19, Paris : Seuil, 1973.

LALLY S.J., Does being in here mean there is something wrong with me ?, *Schizophrenia Bulletin*, 1989, 15, 2. pp. 253-266.

LANTÉRI-LAURA, G., *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Paris : Les Éditions du Temps, coll. Esquisses, 1998.

LATIMER, E., LECOMTE T., Le soutien à l'emploi de type « IPS » pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves : une voie d'avenir pour le Québec ?, *Santé Mentale au Québec*, Printemps 2002, vol. XXVII, n°1. pp. 241-267.

LAURENT, M.-C., Stress et travail, *Empan*, septembre 2004, n°55. pp. 22-26.

LAUZON, G., LECOMTE, Y., Rétablissement et travail, *Santé mentale au Québec*, printemps 2002, vol. XXVII, n°1. pp. 7-34.

LE GUILLANT, L., L'organisation du travail des malades à l'hôpital psychiatrique, *L'information psychiatrique*, 1956, n°9. pp. 619-634.

LE ROY, C., *Le processus de légitimation de la politique en faveur des travailleurs handicapés à la SNCF*, mémoire pour l'obtention du DESS, Institut d'Etudes Politiques de Paris, 2002.

LE ROY, C., Travail en milieu ordinaire. Attentes et représentations, *Pratiques en Santé Mentale*, 2004, n°4. pp. 4-9.

LE ROY, C., Le handicap dans l'entreprise : quelle place pour le psychique ?, *Pratiques en Santé Mentale*, 2006, n°4, pp. 47-50.

LEPOUTRE R. (a), La stigmatisation et le problème de l'information, in LEPOUTRE R., de KERVASDOUE, J., sous dir., *La santé mentale des français*, Paris : Odile Jacob, 2002. pp. 363-379.

LEPOUTRE, R. (b), La santé mentale en chiffres, in LEPOUTRE R., de KERVASDOUE, J., sous dir., *La santé mentale des français*, Paris : Odile Jacob, 2002. pp. 69-79.

LIBERMAN, R., *Handicap et maladie mentale : rapports dialectiques*, (1^{ère} éd. 1988), Paris : PUF, coll. Que sais-je ?, 1991.

LOVELL A., Coercion and social control. A framework for research on aggressive strategies in community mental health, in DENNIS D.L., MONAHAN, J. (eds), *Coercion and aggressive community treatment. A new frontier in mental health law*, New York: Plenum Press, 1996. pp. 147-165.

LOVELL, A., Etude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale, Paris : Institut de Veille Sanitaire, 2003.

MARIE, L., MAZERAN-LUMLEY, V., FARUCH C., PINEL, C., FERNANDEZ, Philippe, Burn-Out : éléments sur les logiques de l'effondrement professionnel, *Empan*, septembre 2004, n°55. pp. 27-33.

MARTIN LE RAY, C., La psychiatrie et l'articulation sanitaire-sociale en santé mentale, in LEPOUTRE R., de KERVASDOUE, J. dir., *La santé mentale des français*, Paris : Odile Jacob, 2002. pp. 189-204.

MARTY, N., Handicap psychique et société : une surprise, *Empan*, septembre 2004, n°55. pp. 118-122.

MAUDINET, M., *Folie et citoyenneté*, th : Sciences de l'Education, Paris : EHESS, 1996.

MAUDINET, M., Des représentations partagées de la citoyenneté, de la folie, du travail et du handicap, *Prisme*, 1997, n°2. pp. 73-93.

MERCIER, C., PROVOST, G., DENIS, G., VINCELETTE, F., *Le développement de l'employabilité et l'intégration au travail pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale*, Rapport final de la recherche-action « Impact-Travail », Verdun Centre de recherche de l'hôpital Douglas, 2002.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, *L'évolution des soins en psychiatrie et la réinsertion des malades mentaux*, rapport du Ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville, 1995.

MONTOBBIO E., Une expérience italienne : apprentissage et mise au travail des jeunes handicapés psychiques, *Communautés éducatives*, 1988, n°63. pp. 87-93.

OLCHANSKY, S. Passing : road to normalization for ex-mental patients, *Mental Hygiene*, janvier 1966, vol. 50 , n°1. pp. 86-88.

OLCHANSKY, S., GROB, S., EKDAL, N., "Survey of employment experiences of patients discharged from three state mental Hospital during period 1951-1953", *Mental Hygiene*, octobre 1960, vol. 44. pp. 510-521.

OLIVERO, A., PALAZZOLO, J., Informer le patient en psychiatrie : entre pratique clinique et réflexion anthropologique, *Annales Médico-psychologiques*, 2005.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe. Relever les défis, trouver les solutions*, Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale, Helsinki (Finlande), 12-15 janvier 2005.

PARIS M., PASQUIER C., LIBERT B., Reclassements professionnels et aménagements de postes définitifs à l'initiative des médecins du travail, *Revue de médecine du travail*, 2001, 28, n°2. pp. 121-123.

PARIS, N., LEROUX, M., Compenser le handicap psychique..., *Santé mentale*, mars 2006, n°106. pp. 47-50.

PARQUET P.-J., sous dir., *Itinéraires de déprimés ». Réflexion sur leurs trajectoires en France*, [en ligne], Rapport d'experts, document de synthèse, janvier 2001 [réf. du 10 février 2003]. Disponible sur : <http://www.psy-site.com:rapport-depression.html>.

PIEL, E., L'exclusion et la norme, in LEPOUTRE R., de KERVASDOUE, J., sous dir., *La santé mentale des français*, Paris : Odile Jacob, 2002. pp. 355-361.

PROLONGEAU H., *La cage aux fous*, Paris : Librio, 2002.

RAT, A.-C., *Santé Publique, qualité de vie et maladies chroniques : attentes des patients et des professionnels*, Actes du séminaire préparatoire au plan visant à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, publication du Ministère des Solidarités de la Santé et de la Famille, 2004.

RESEAU NATIONAL DE RESSOURCES EN SCIENCES MEDICO-SOCIALES, , Santé mentale, *Les dossiers du RNR*, Centre de Documentation Pédagogique de Bretagne, juin 2001, n°30-31.

RIBEIRO, K.-L., The labyrinth of community mental health : In searche of meaningful occupation, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1999, 2, n°23. pp. 143-152.

ROY PAGES, M., Le milieu ordinaire de travail, *Psychiatrie Française*, 1996. pp. 106 à 111.

SAINT ARNAUD, L., SAINT JEAN, M., RHÉAUME, J., De la désinsertion à la réinsertion professionnelle à la suite d'un arrêt de travail pour un problème de santé mentale, *Santé mentale au Québec*, 2003, vol. XXVIII, n°1. pp. 193-211.

SCARFONE, D., .Travail, chômage et santé mentale., Paris : Gaëtan Morin Editeur, 1988.

SCHURMANS, Marie-Noelle, Maladie mentale et sens commun, étude de sociologie de la connaissance, Lausanne : Delachaux et Niestlé, 1990.

SEVIGNY, R., Santé mentale et processus sociaux, *Sociologie et Sociétés*, 1985, vol. XVII, n°1. pp. 5-14.

SIMMONS, O., *Work and mental illness, 8 cases studies*, New York: John Wiley and Sons Inc., 1965.

STRAUSS, J. S., Subjectivité et approche bio-psycho-sociale en psychiatrie, *Annales Médico-Psychologiques*, 2002, 160. pp. 659-665.

SZYMANSKY, E. M., HERSHENSON, D. B., Career development of people with disabilities: An ecological model, in Perker, R. M., SZYMANSKY, E. M., eds., *Rehabilitation Counseling: Basics and Beyond*, Austin (TX): PRO-ED, 1998. pp. 327-378.

TÉTARD, F., La psychiatrie « associative » en mouvement, in ARVEILLER, J.-P., sous dir. *Pour une psychiatrie social. 50 d'action de la Croix Marine*, Ramonville Saint Agne : Érès, 2002. pp 13-35.

THOBIE, Y., La réinsertion : interrelation société-individu, in CHANOIT, P.-F., de VERBIZIER, J., sous la dir., *La psychiatrie à l'heure de la santé mentale. Un objectif de Santé publique*, Toulouse : Erès, coll. Psychiatrie et société, 1994. pp. 119-122.

TOMKIEWICZ S., *Maladie mentale et handicap mental*, document non publié Paris : Cnam, 1993.

TRIBOLET, S., *La folie, un bienfait pour l'humanité*, Paris : Editions de Santé, Coll. Humanités, 2004.

TRUFFET-MALET, E., Ergothérapie : (re) intégration des rôles sociaux, *Prisme*, 1997, n°2. pp 35-51.

TSCHUI M., Les maladies psychiques, lorsque les proches sont confrontés à la schizophrénie, la dépression, la maniaque-dépression ou la maladie d'Alzheimer, Paris : Anne Carrière, 1996.

UNAFAM, Le livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France, pour une association d'usagers de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité, Paris : Editions de Santé, 2001.

VALASTRO, O., La caractéristique sociale des problématiques en santé mentale: la relation individu/société, *Esprit critique*, [en ligne], avril 2001, vol. 3, n°4, [réf. du 24 mars 2004], pp. 1-7. Disponible sur : <http://espritcritique.org>

VAN AMERONGEN, A.-P., Psychiatrie et histoire. Contribution d'une association de familles, *Annales Médico Psychologiques*, 2005. pp. 250-254.

VEIL C. (a), Données pratiques sur le reclassement professionnel des malades mentaux, *Annales Médico-psychologiques*, 1956, n°2. pp. 273-280.

VEIL, C. (b), Rapport de la commission sur « La reprise du travail » présenté par C. Veil aux journées de la santé mentale en 1955, *l'Hygiène mentale*, 1956, n°1, 1956. pp. 61-71.

VELPRY L., Les personnes souffrant de troubles mentaux graves. Itinéraires de prise en charge et modes de vie, document non publié, CESAMES, CNRS/ Université René Descartes Paris V, 2001.

VELPRY L., L'expérience sociale de la maladie mentale. ÊTRE un patient à long terme en psychiatrie de secteur, Th : sociologie, Paris : 2006.

VERHAEGEN, L., Quelques éléments pour une analyse des nouvelles carrières psychiatriques, *Sociologie et Sociétés*, 1985, vol. XVII, n°1. pp. 51-60.

VERRY V., *Santé mentale et Travail*, Genève : Les deux continents, 1994.

VERRY, V., Les employeurs et les travailleurs handicapés par la maladie mentale, *Prisme*, 1996, n°1. pp. 15-18.

VEZINA, S., .Perspective critique en intégration au travail des individus vivant des troubles mentaux graves persistants, *Santé Mentale au Québec*, Printemps 2002, vol. XXVII, n°1. pp. 286-302.

VIDAL NAQUET, P. (a), Maladie mentale, handicap psychique et insertion professionnelle. Un état de la question dans le réseau Galaxie, Lyon : CERPE/Réseau Galaxie, 2003.

VIDAL-NAQUET, P. (b), Troubles psychiques et insertion professionnelle, Enquête auprès du réseau Galaxie, document de travail non-publié, Cerpe, 2003.

VOSTANIS, P., The role of work in psychiatric rehabilitation : a review of the literature, *British Journal of Occupational Therapy*, 2003, 53,n°1. pp. 24-28.

VRANCKEN D., Détresses sociales et nouvelles politiques de santé mentale, *L'observatoire*, septembre 2003, n°39. pp. 31-35.

WANSBROUGH, N., COOPER, P., *Open employment after mental illness*, London: Tavistock, 1981.

WARD, J., Le travail des malades mentaux en France. Histoire d'une utilité sociale dérobée, *Santé Mentale au Québec*, Printemps 2002, vol. XXVII, n°1. pp. 140-157.

ZARIFIAN E., *Les jardiniers de la folie*, Paris : Odile Jacob, 2000.

ZRIBI G., et SARFATY J., *Handicapés mentaux et psychiques. Vers de nouveaux droits*, Rennes : Editions de l'école nationale de la santé publique, 2003.

GÉNÉRAUX

ABRIC, J.-C. (a), De l'importance des représentations sociales dans les problèmes de l'exclusion sociale », in ABRIC, Jean C., sous dir., *Exclusion sociale, insertion et prévention*, Ramonville Saint Agne : Erès, 2003, 1996. pp. 13-20.

ABRIC, J.-C., sous dir. (b), *Exclusion sociale, insertion et prévention*, Ramonville Saint Agne : Erès, 1996.

AEBISCHER V., OBERLE, D., *Le groupe en psychologie sociale*, Paris : Dunod, 1998.

ARENDT, Hannah, *La condition de l'homme moderne*, Paris : Calmann-Lévy, 1958.

ATKINSON, M.J., ZIBIN S., Evaluation de la qualité de vie pour personnes atteintes de troubles mentaux chroniques : analyse critique des mesures et des méthodes, Rapport pour Santé Canada, Ministre des Approvisionnements et Services du Canada, 1996.

BARBIER, R., *La recherche Action*, Paris : Economica, 1996.

BEAUD, S., WEBER, F., *Guide de l'enquête de terrain*, Paris : La Découverte, 1998.

BECKER, H., *Outsiders. Etudes de la sociologie de la déviance*, (1^{ère} éd., 1963), Paris : Métailié, 1985.

BENAMOUGIG D., VELPRY L., Usages sociaux des "mesures de la qualité de vie en santé », le Cas de la maladie mentale, [en ligne], *Revue Electronique de sociologie – Esprit critique*, avril, 2001. [réf. du 30 septembre 2005]. Disponible sur : <http://espritcritique.org>.

BERGERET, J., *Psychologie pathologique, théorique et clinique*, (1^{ère} éd. 1972), Paris : Masson, 1998.

BOUBA-OLGA, O., GROSSETTI, M., *Socio économie de proximité*, [en ligne], Bordeaux : 5^{ème} journées de la proximité, 2006 [réf. du 3 août 2006]. Disponible sur : <http://beagle.u-bordeaux4.fr/conf2006/viewpaper.php?id=79>

CASTEL R., *La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris : Minuit, 1981.

CASTEL R., *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris : Gallimard, 1995.

CASTEL R., De l'indigence à l'exclusion, la désaffiliation. Précarité du travail et vulnérabilité relationnelle, in DONZELOT J., *Face à l'exclusion, le modèle français*, Paris : *Esprit*, 1991, pp.137-168.

CASTEL R., *L'insécurité sociale. Qu'est ce qu'être protégé ?*, Paris : Seuil, coll. La République des Idées, 2003.

CLOT, Yves, *La fonction psychologique du travail*, Paris : PUF, coll. Le travail humain, 2004.

COMBESSIE, J.-C., *La méthode en sociologie*, (1^{ère} édition 1996), Paris : La Découverte, 2003.

CORCUFF, P., De Marx aux sociologies contemporaines. Entre éclairages scientifiques et anthropologies philosophiques, [en ligne], *EspacesTemps.net.*, juillet 2005. [réf. du 27 juin 2006]. Disponible sur le site : <http://espacetemps.net/document1390.html>.

COSTER (de), M. et al., *Sociologie du travail et gestion des ressources humaines*, Bruxelles : De Boeck, 1999.

CROZIER, M., FRIEDBERG, Erhard, *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris : Seuil, 1977.

De BANDT, Jacques, DEJOURS, C., DUBARD C., *La France malade du travail*, Paris : Bayard, 1995.

DEJOURS C. (a), sous la dir., *Plaisir et souffrances dans le travail*, vol. 1, Paris, AOCIP, 1988.

DEJOURS C.(b), sous la dir., *Plaisir et souffrances dans le travail*, vol. 2, Paris, AOCIP, 1993.

DEJOURS, C., *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Paris : Seuil, 1998.

DEVEREUX, G., *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris : Gallimard, 1970.

DODIER, N., *L'expertise médicale – Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Paris : Métailié, 1993.

EBERSOLD, S., *La naissance de l'inemployable*, Rennes : Presses universitaires de Rennes, coll. Le sens social, 2001.

EHRENBERG, A., *Le culte de la performance*, Paris : Hachette Littératures, coll. Pluriel, 1991.

EHRENBERG, A., *L'individu incertain*, Paris : Hachette Littératures, coll. Pluriel, 1995.

EHRENBERG, A., *La fatigue d'être soi – Dépression et société*, Paris : Odile Jacob, 1998.

ERASME, *Eloge de la folie*, Paris : Flammarion, 1964.

FOUCAULT M., *Folie et déraison. Histoire de la Folie à l'âge classique*, (1^{ère} édition, 1961), Paris : Gallimard, 1988.

FOUCAULT M., *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris : Gallimard, 1975.

FOUCAULT, M. *Naissance de la Clinique*, (1^{ère} éd. 1963), Paris : PUF, 1988.

FOUCAULT M., *Maladie mentale et psychologie*, (1^{ère} édition 1954), Paris : PUF, 2002.

FOUCAULT M., *Le pouvoir psychiatrique*, Paris : Gallimard, 2003.

FRANCFORT, I., OSTY, F., SAINSAULIEU, R., UHALDE, M., *Les mondes sociaux de l'entreprise*, Paris : Desclée de Brouwer, coll. Sociologie Economique, 1995.

FRIEDMANN Georges, *Où va le travail humain ?*, Paris : Gallimard, 1967.

FRIEDMANN Georges., *Le travail en miettes*, Paris, Gallimard, 1956.

GAUCHET M., SWAIN Gladys, *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris : Gallimard, 1980.

GILLY, J.-P., TORRE, A., *Dynamiques de proximité*, Paris : l'Harmattan, 2000.

GOFFMAN, E., *Asiles*, Paris : Les éditions de Minuit, 1968.

GOFFMAN, E., *La folie dans la place*, in *La Mise en scène de la vie quotidienne*, Paris : Minuit, 1973. pp.313-361.

GOFFMAN, E., *Les rites d'interaction*, Paris, Les Minuit, 1974.

GOFFMAN, E., *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, (1^{ère} éd. 1963), Paris : Les Minuit, 1975.

GOFFMAN, E., *Les cadres de l'expérience*, Paris : Minuit, 1991.

GORZ, André, *Métamorphoses du travail. Quête du sens : critique de la raison économique*, Paris : Galilée, 1988.

HUBER, Gérard, KARLI, Madeleine, LUJAN, Christian, *Quand le travail rend fou*, Paris : Jean Attias, 2003.

JODELET, D., Représentations sociales : phénomènes, concepts et théorie, in MOSCOVICI, S., *Psychologie sociale*, Paris : PUF, 1984. pp. 357-378.

JODELET, D., *Les représentations sociales*, Paris : PUF, coll. Sociologie d'aujourd'hui, 1989.

JOUBERT M., Une approche sociologique de la santé mentale, *La Santé de l'homme*, mai-juin 2002, n°359. pp 6-9.

KRISTEVA J., Lettre au président de la République sur les citoyens en situation de handicap, Paris : Fayard, 2003.

LALLEMENT, M., Les formes du lien social dans les organisations économiques, in ALLOUCHE, José (coord.), *Encyclopédie des ressources humaines*, Paris : Vuibert, 2003. pp. 805-817.

LUGAN, J.-C., *La systémique sociale*, (1^{ère} édition 1993), Paris : PUF, coll. Que Sais-je ?, 1996.

MAUSS, M., FAUCONNET, Paul, La sociologie, objet et méthode, [en ligne], *La Grand Encyclopédie*, 1901, vol. 30. [réf. du 16 mars 2006]. Disponible sur : http://classiques.uqac.ca/classiques/mauss_M./essais_de_socio/T1_la_sociologie/la_sociologie.doc

MAUSS, M., *Sociologie et anthropologie*, (1^{ère} éd. 1950), Paris : PUF, coll. Quadrige, 1997.

MEDA, Dominique, *Le travail : une valeur en voie de disparition*, Paris : Flammarion, 1998.

MERTON, R. K., *Eléments de théorie et de méthode sociologique*, (1^{ère} édition 1953), Paris : Armand Colin – Masson, 1997.

MINTZBERG, H., *Structure et dynamique des organisations*, Paris : Éditions de l'Organisation, 1982.

MOLINER P., *Images et Représentations sociales*, Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble, 1996.

MORIN, J.-M., *Sociologie de l'entreprise*, Paris : PUF, coll. Que sais-je ?, 1999.

PAICHELER H., BEAUFILS B., RAVAUD J.-F., Personnalisation et stigmatisations sociales, *in* BEAUVOIS J.-L., JOULE R.V., MONTEIL J.-M *Perspectives cognitives et conduites sociales*, Tome 1, Fribourg (Suisse) : Delval, 1987. pp. 45-61.

PARSONS, T., *The Social System*, New York: Free Press, 1951.

PARSONS T., *Éléments pour une sociologie de l'action*, Paris : Plon, 1955

PELICIER, Y., *Les chemins de la psychiatrie*, Paris : Éres, 1988.

PERRON R., sous dir., *Les représentations de Soi. Développements, dynamiques, conflits* ». Toulouse : Privat, Pratiques Sociales, 1991.

PIOTET F., SAINSAULIEU R., *Méthodes pour une sociologie de l'entreprise*, Paris : Presses de la fondation nationale des Sciences Politiques/ANACT, 1994.

POSTEL Jacques, QUETEL C., *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris : Dunod, 1994.

RAVAUD Jean F., FARDEAU M., *Insertion sociale des personnes handicapées : méthodologies d'évaluation*, Paris : INSERM, 1994.

RIFFAULT H., *Les valeurs des français*, Paris : PUF, 1994.

RIFKIN, Jeremy, *La fin du travail*, Paris : La Découverte, 1996.

ROBERT, S., *IBM histoire d'un empire*, Paris : Les Editions de l'homme, 1984.

RODGERS W., *L'empire IBM*, Paris : R. Laffont, 1971.

ROGET, T., La stigmatisation, *DEES*, mars 1997, n°107. pp. 53-60.

ROUSSEAU, J.-J., *Du contrat social*, (1^{ère} éd. 1762), Paris : Flammarion, 2001.

RUTH, B., Anthropology and the Abnormal, *Journal of General Psychology*, 1934, 10 n°2, 1934. pp. 59-82.

SAINSAULIEU, R., *L'identité au travail, les effets culturels de l'organisation*, Paris : Presses de la Fondation nationale des Sciences Politiques, 1988.

SIVADON, P., AMIEL, R., *Psychopathologie du travail*, Paris : ESF, 1969.

STRAUSS, A., SCHATZMAN L., BUCHER, B., EHRLICH, D., et SABSHIN M., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris : L'Harmattan, 1963.

TAP P., *La société Pygmalion ? Intégration sociale et réalisation de la personne*, Paris. Dunod, 1988.

TAP P., *Marginalités et troubles de la socialisation*, Paris : PUF, 1993.

VERNIERES M., ouvrage coordonné par, *L'insertion professionnelle. Analyse et Débats*, Paris : Economica, 1997.

WEBER, Max, *Essais sur la théorie de la science*, (1^{ère} éd.1965), Paris : Presses Pocket, 1992.

ANNEXES

Annexe 1 : Glossaire

Annexe 2 : Article 1

Annexe 3 : Article 2

Annexe 4 : Grilles d'entretiens

Annexe 5 : Questionnaire

Annexe 6 : Intégrer un salarié handicapé psychique dans l'entreprise (Guide pratique)

Annexe 1 : Glossaire

| | |
|----------|---|
| AAH | Allocation aux Adultes Handicapés |
| AGEFIPH | Association de Gestion des Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées |
| ANRTP | Association nationale pour la réhabilitation professionnelle par le travail protégé |
| AP | Atelier Protégé |
| CAT | Centre d'Aide par le Travail |
| CCPP | Centre de Consultation de Pathologie Professionnelle |
| CDES | Commissions Départementales d'Education Spéciale |
| CDA | Commission des Droits et de l'Autonomie |
| CDOI | Commission départementale d'orientation des infirmes |
| CDTD | Centre de travail à domicile |
| CDTH | Commission Départementale des Travailleurs Handicapés |
| CGT | Confédération Générale du Travail |
| CHSCT | Comités d'Hygiène et de Sécurité au Travail |
| CISPH | Centre d'Information et de Solutions pour Personnes Handicapées |
| COTOREP | Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel |
| CPAM | Caisse Primaire d'Assurance Maladie |
| CRAM | Caisses Régionales d'Assurance Maladie |
| DDTEFP | Direction Départementale pour l'Emploi et la Formation Professionnelle |
| DOETH | Déclaration Obligatoire d'Emploi des Travailleurs Handicapés |
| DRTEFP | Direction Régionale pour l'Emploi et la Formation Professionnelle |
| DGEFP | Délégation Générale à l'Emploi et à la Formation Professionnelle |
| ECAP | Emploi exigeant des Conditions d'Aptitudes Particulières |
| EA | Entreprise Adaptée |
| EPSR | Equipe de Préparation et de Suite du Reclassement |
| ESAT | Etablissement et Service d'Aide par le Travail |
| Fnap-Psy | Fédération National des (ex)patients en Psychiatrie |
| GEM | Groupe d'entraide Mutuelle |
| GRH | Gestion des Ressources Humaines |
| HID | Handicap Incapacités, Dépendance |
| IPP | Incapacité Partielle Permanente |
| LADAPT | Ligue pour l'adaptation du diminué physique au travail |
| MDPH | Maison départementale des personnes handicapées |
| ONU | Organisation des Nations Unies |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| PDITH | Programme Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés |
| PPH | Processus de Production du Handicap |
| PTI | Psychothérapie Institutionnelle |
| RMI | Revenu Minimum d'Insertion |
| RQTH | Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé |
| RRH | Responsable des Ressources Humaines |
| SMIC | Salaires Minimum Interprofessionnel de Croissance |
| UNAFAM | Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques |
| UNAPEI | Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales |

Annexe 2 : Article 1

Dossier | Vulnérabilité psychique et emploi

Travail en milieu ordinaire

Attentes et représentations

Une analyse de « sociologie compréhensive » montre que le binôme entreprise/travailleur handicapé psychique obéit à d'autres logiques que celle de la production. Une enquête auprès de travailleurs montre que leur représentation du travail privilégie la recherche du lien social, l'autonomie financière, le rythme de vie, l'accès au temps libre... L'accompagnement spécifique proposé devra prendre en compte prioritairement ces attentes.

Claire Le Roy

Doctorante en sociologie au CNAM
Laboratoire Brigitte Frybourg Paris (75)

¹Modèle de sociologie compréhensive, proposé par Max Weber, d'étude de l'action sociale rapportée au sens de l'action individuelle corrélée aux actions d'un ou plusieurs acteurs. C'est ce que nous pouvons désigner comme une sociologie des interactions.

Mots-clés :

Accompagnement
Institution et analyse
Lien social
Représentation

Une des séquelles de la maladie mentale est de tenir les personnes qui en souffrent éloignées, parfois durablement, du monde du travail et de l'emploi. Pour autant, le handicap psychique, incidence de la maladie sur l'exercice d'activités, n'est pas antinomique avec le fait de travailler - ou retravailler - en milieu ordinaire, même si cela implique, parfois, des actions ou des dispositifs particuliers. Par ailleurs et plus généralement, la souffrance psychique est une réalité quotidienne des entreprises à laquelle sont de plus en plus confrontés les responsables des ressources humaines. Notons également que la notion de compensation, très présente dans la nouvelle législation sur le handicap, est peu adaptée dans le cas du handicap psychique. Nul besoin, en effet, d'aménagements ergonomiques du poste, par exemple, ou de réorganisation importante de l'entreprise elle-même. Encore faut-il que soient démythifiées et comprises les problématiques dans lesquelles peuvent s'inscrire ces salariés et qu'un dialogue puisse s'établir entre l'entreprise et eux.

Dans une perspective d'insertion ou de réinsertion professionnelle en milieu ordinaire de travail, l'objectif de cette contribution sociologique est de comprendre les problématiques spécifiques

et individuelles sur lesquelles se construisent les représentations du monde du travail et comment elles sont partagées par une population que la maladie mentale ou des troubles psychiques ont pu fragiliser, en particulier dans son rapport à l'emploi.

Nous placerons cette analyse du point de vue des personnes concernées en nous appuyant sur la façon dont elles perçoivent le travail, les expériences qu'elles ont déjà eues en entreprise, les sentiments et analyses qu'elles ont et font de leurs parcours ou de leurs attentes. Ce positionnement est une préoccupation méthodologique et déontologique de prise en compte du sens que les individus donnent à leurs actions (Weber¹). Nous proposons donc d'inverser la logique analytique commune, qui partirait des attentes et des exigences des milieux de travail ou des organisations, pour envisager la problématique d'insertion professionnelle à partir de la prise en compte des aspirations d'une population présentant des caractéristiques propres, à priori incompatibles avec les contraintes du monde du travail.

Au regard de ce positionnement, il est déterminant de centrer notre réflexion sur les individus dans leur singularité. Chacun a une vision, une analyse, une perception du travail corrélées à ses expériences professionnelles, à son histoire personnelle, à son état de santé mentale. C'est la compréhension de différentes problématiques individuelles qui nous permettra de dégager une

problématique plus globale d'insertion professionnelle autour des représentations du monde du travail.

Partons du postulat que le concept d'insertion est porteur de la notion d'« ajustement dynamique » entre un individu avec ses spécificités, sa maladie, ses représentations et une organisation professionnelle fondée sur une conception à priori normative et coercitive du travail. C'est dans l'ajustement et la capacité d'adaptation réciproques d'une personne fragilisée par des troubles psychiques et d'une organisation ayant ses exigences propres que la rencontre entre l'individu et le collectif va pouvoir être pensée en termes d'insertion professionnelle.

Le fait de partir des représentations et du vécu de personnes présentant des troubles psychiques pour repenser l'organisation professionnelle nous replace dans une perspective d'organisation apprenante qui mobilise les ressources, les initiatives, et les richesses individuelles, et se dégage d'une gestion des hommes uniquement centrée sur le travail prescrit. Ce changement de point de vue, par rapport à la sociologie des organisations, est le moyen d'envisager l'ouverture du monde du travail à des individus qui ne présenteraient pas les caractéristiques du salarié « idéal typique »². Il ouvre ainsi des perspectives en termes de prise en compte de l'humain dans sa diversité et sa richesse. Une telle analyse sociologique des représentations du monde du travail, si elle est nécessaire en termes de compréhension de la problématique d'insertion professionnelle d'une personne handicapée psychique, constitue une approche de la gestion des ressources humaines transférable à tout individu au travail.

La représentation que l'on a communément de l'entreprise est celle d'une structure relativement rigide, organisée dans une perspective économique de production et de rentabilité. Les personnes salariées, quant à elles, sont censées se conformer aux objectifs que l'organisation aura fixés.

Or les troubles psychiques sont le plus souvent associés à une variabilité de l'humeur et à des comportements imprévisibles, ni « fixes » ni linéaires. Cela signifie-t-il que milieu de travail ordinaire et troubles psychiques sont incompatibles ?

Il apparaît que l'entreprise, malgré sa rigidité structurelle, a une grande capacité à assouplir son organisation et qu'inversement les individus développent, dans des environnements nouveaux, des aptitudes à adapter leurs comportements. C'est

à travers l'analyse des représentations du monde du travail que nous posons l'hypothèse de cet ajustement dynamique, en partant du postulat d'une volonté de prise en compte de la singularité des problématiques individuelles, liées ou non aux troubles psychiques.

Cette analyse se fondera sur des interviews de personnes engagées dans un parcours d'insertion ou de réinsertion professionnelle, ou déjà retournées à l'emploi. Beaucoup ont été suivies dans le cadre du Club ARIHM³ ou sont salariées de SOTRES⁴, entreprise d'insertion qui propose un espace et un temps de transition entre le monde du soin et le monde du travail. Ce sont généralement des personnes stabilisées ou en voie de l'être et qui, pour bénéficier de toutes les aides au maintien ou au retour à l'emploi, ont souhaité (ou dû se résoudre à) faire la demande du statut de travailleur handicapé.

Que représente le travail pour ces personnes ?

- **Le lieu privilégié du lien social et du statut social :** c'est la rencontre avec de nouvelles personnes qui est valorisée. Le travail reste le lieu privilégié du lien social :

« Ça me convenait, car il fallait que je travaille à tout prix pour ne pas rester chez moi et aussi avoir une vie sociale. Maintenant, de pouvoir dire : je travaille chez Accor, c'est énorme. Par exemple, je n'ai pas peur d'aller dans une soirée et que l'on me pose des questions. »
« Moi, je ne voulais rencontrer personne que des gens malades, car tenir une conversation normale à parler de la pluie et du beau temps, je ne savais plus faire. Alors que là, dès que j'ai recommencé à travailler, dans le métro je me suis remise à lire le journal, alors que, pendant quatre ans, Le Monde je n'en avais plus rien à faire. J'ai recommencé à lire le journal, donc ça me donnait des sujets de conversation. »

Le travail est recherché et valorisé non pas tant pour ce qu'il représente en lui-même (son contenu, ses caractéristiques) mais, d'une part, pour ce à quoi il permet d'échapper et, d'autre part, pour ce qu'il procure indirectement : un sens à sa situation sociale et son identité grâce aux rencontres et à la reconnaissance sociale dont il est constitutif. Le regard de la société n'est plus craint et la personne retrouve une confiance nécessaire à l'affirmation de soi et au sentiment d'insertion sociale : *« Le travail ça m'a transformée, c'est plus pareil. Vous vous sentez utile. »*

² Cette modélisation proposée par Weber afin de rendre le phénomène social lisible correspondrait dans ce contexte à un « idéal type » du salarié en entreprise, rationnel, compétent sur son poste, maître de ses émotions et qui adhérerait aux règles et au fonctionnement de l'organisation. Cet « idéal type » n'existe pas. Ce que nous souhaitons montrer c'est qu'il faut déplacer la dialectique actuelle qui pense l'organisation en définissant au préalable un « idéal type », au lieu de s'appuyer à l'origine sur la diversité des individualités pour définir l'organisation.

³ Structure d'évaluation et d'accompagnement vers et dans l'emploi de personnes souffrant de troubles psychiques. Voir annexes.

⁴ Entreprise d'insertion par l'Economique pour personnes handicapées par une maladie psychique. Voir annexes.

« Le travail c'était me libérer de toutes les questions que je pouvais me poser dans une journée : pourquoi je me lève, qu'est-ce que je pourrais faire, à quoi bon... toutes ces questions. Aussi, en fait, c'était changer de statut, passer d'objet de soin, à sujet, acteur, salarié, une meilleure image de moi, retrouver un peu confiance. »

Ce sont donc des notions de sens, de perception de soi, de participation à un système qui jouent avant tout dans ce que projettent ces salariés dans le travail.

- **L'autonomie et la reconnaissance financière** : l'importance du statut social est corrélée à la reconnaissance financière du travail qui symbolise la participation de l'individu à un système dans lequel il devient acteur à part entière (c'est ce qu'évoque le salarié cité précédemment) :

« C'est une question de lien social, je pourrais rester chez moi, mais être à la charge de la collectivité. C'est pas agréable de dépenser l'argent que l'on ne gagne pas soi-même. C'est vraiment important un bulletin de salaire, c'est le symbole de l'autonomie. »

Malgré un niveau de rémunération qui dépasse rarement celui des allocations (une entreprise d'insertion comme SOTRES n'embauche qu'à mi-temps et les salaires sont basés sur le SMIC), la valorisation du bulletin de salaire symbolise la sortie d'un système d'assistantat ou de solidarité. Par la reconnaissance financière de la compétence, du savoir-faire et du temps que la personne investit au travail, c'est l'identité sociale qui se construit et est alors en jeu. Comme l'expriment très clairement les salariés, c'est ce bénéfice secondaire qui engendre indirectement non seulement la confiance en soi, mais également le renouement du lien social :

« Avec ce que je gagne à la SOTRES mon AAH va baisser, je vais gagner juste un petit peu plus (1000 francs de plus) mais, en fait, c'est pas une question d'argent. Et puis, c'est bien ici, car les gens sont sympathiques, c'est une question de lien social. »

- **Une vie quotidienne et sociale rythmée** : ce dont parlent en premier lieu les personnes rencontrées c'est de l'importance du cadre quotidien et de la gestion du temps qu'implique le travail. Du fait de la maladie,

des traitements et de l'inactivité, nombreux sont ceux qui se « décalent » par rapport au rythme de la société et, ainsi, s'excluent de la communauté : *« Ça oblige à se lever, à donner un rythme de vie. Avant je ne pouvais pas me lever, j'étais inversé, je dormais le jour et, la nuit, je veillais. »*

C'est donc, indirectement, une façon de sortir d'un isolement, d'un vide et d'une perte de sens que les salariés de SOTRES projettent dans le travail. La personne n'est plus face à elle-même, voire à une culpabilité de l'inactivité, car un élément extérieur, en l'occurrence le travail et ses exigences, va déterminer son rythme de vie et, ainsi, donner sens à l'ensemble de l'organisation de sa journée. *« C'est une satisfaction, car je travaille le matin ; ici, je dois me lever à 6h30, alors qu'à l'hôpital de jour, on devait être là à 10h et personne ne contrôlait notre heure d'arrivée. Moi, j'aime bien travailler le matin, ça permet d'équilibrer sa journée, on peut faire beaucoup de choses l'après-midi. Ça vous oblige à avoir un rythme de travail qui soit un peu plus normal. »*

Cette valorisation de la dimension structurante du quotidien grâce au travail est qualifiée de « travail comme passe-temps » par Jean-Paul Arveiller et Clément Bonnet⁵ ; « c'est aussi une des fonctions du travail dans la vie quotidienne que d'offrir, de façon plus ou moins imposée, des occasions de se lever, de sortir de chez soi et, donc, d'éviter l'ennui qui constitue, avec la solitude, une des principales difficultés des patients qui vivent à l'extérieur ».

- **L'accès au « non travail »** : en effet, les contraintes professionnelles permettent aux salariés de donner un sens aux périodes de non-travail : « le temps libre n'est libre que parce qu'il est libéré du travail ; pas de travail, pas de temps libre non plus »⁶. Le travail n'est donc pas seulement un élément de structuration d'un temps vide d'activité, il donne également un sens aux périodes en opposition, « libérées du travail ». C'est dans l'attente de ces périodes libérées que peuvent ainsi se construire les projets, la notion de loisirs, et de plaisir « mérité ». Cette représentation s'édifie autour de la dimension contraignante et coercitive du travail qui permet l'ouverture vers la vie sociale : *« Mes projets d'avenir, pour moi, c'est de travailler à une stabilisation : une resocialisation, voir des gens, avoir à nouveau des amis. Je fais du théâtre, je peux voir des gens, car je peux leur dire que je travaille. »* *« Et puis, travailler, du coup, moi, j'ai d'autres projets. Des projets de vacances avec mon fils, des*

⁵ ARVEILLER Jean-Paul, BONNET, Clément, *Au travail... Les activités productives dans le traitement et la vie du malade mental*, Éditions Érès, Toulouse, 1991, p 160.

⁶ *Ibidem*, p 160.



projets de déménagement, car j'habite dans un petit studio, donc, ça peut poser des problèmes d'intimité, et un projet professionnel qui se dessine. »

Comme l'explique ce salarié, c'est corrélativement au statut social procuré par le travail, que les temps de « non-travail » peuvent également être assumés par l'individu qui valorise ce temps de loisirs dans sa dimension sociale et ludique.

- **Une forme de guérison** : alors que les vertus thérapeutiques du travail sont communément admises, aujourd'hui avoir un emploi ne signifie pas pour autant une « guérison de la maladie mentale ». Ce qui importe dans cette représentation du travail, c'est bien le « sentiment de guérison » que les personnes handicapées psychiques valorisent lors de leur accès à l'emploi. Ce sentiment s'explique par le déplacement de l'attention de la personne sur la tâche qu'elle doit effectuer, et par les motifs pour lesquels l'individu participe au système : Le regard n'est plus porté uniquement sur l'individu « malade » mais aussi sur l'individu « productif ». Étant donné que l'on participe, comme tout le monde, au système de production, et que les attentes sont les mêmes que pour des personnes n'ayant pas de troubles psychiques, on ne « se sent » plus malade. *« Ce qui n'a pas de prix pour quelqu'un comme moi, c'est que vous laissez vos problèmes à la porte, pendant trois ou quatre heures vous vous sentez ordinaire. Et le fait de se sentir ordinaire pendant quelques heures tous les jours, pour moi ça n'a pas de prix. »* *« La COTOREP m'avait donné une orientation en CAT mais je ne voulais pas y aller, j'avais des préjugés. Et puis j'étais trop diplômé. Je voulais me réinsérer dans un milieu normal, je ne voulais pas être, toute ma vie, avec des gens plus handicapés que moi. On a l'impression que l'on ne va pas guérir en CAT. »*

Au niveau des représentations, c'est d'être dans un environnement professionnel démedicalisé, non spécialisé sur la maladie mentale, qui permet à l'individu de se reconnaître dans une norme dont il se sentait exclu, de rejoindre un collectif émancipé de la dimension psychiatrique qui le mettait en danger dans son identité :

« C'est un effort immense, car il faut s'habituer à un milieu ordinaire de travail où les gens parlent normalement. Ce sont des rapports de requins, ce sont des rapports de production qui sont plus durs à l'extérieur (en milieu ordinaire) ; et puis, on attend de vous que vous preniez des initiatives. Mais j'ai quand même envie de me dire que je suis comme tout le monde. C'est une façon de

me conformer à un modèle normal, même par rapport à ma famille qui, parfois, me prend pour un débile. »

« Dans le travail on ne perçoit pas qu'ils (les collègues de SOTRES) ont des problèmes eux aussi. On a du travail à faire et les problèmes psychiques sont évincés par le travail. »

La maladie est donc toujours présente mais ne définit plus l'individu de la même façon :

- le temps passé au travail permet d'oublier le trouble, c'est une forme de repos, d'apaisement,
- l'individu participe à un collectif considéré par la société comme non-pathologique, un collectif qui symbolise la « norme »,
- les motifs de sa participation aux collectifs ne sont plus justifiés par sa maladie, c'est un autre aspect de la personne qui est valorisé (sa compétence, sa contribution, sa disponibilité, son temps, son expérience, sa capacité à susciter de la sympathie, ses qualités relationnelles...).

- **De nouvelles relations avec l'entourage** : évoqué précédemment, le déterminisme du travail sur la construction du lien social est conforté par le regard nouveau que l'entourage va porter sur la personne souffrant de troubles psychiques qui retrouve un emploi. Les enjeux sociaux sont atténués, car la personne acquiert une autonomie et gagne une confiance en elle jusqu'ici fragile ; mais le caractère positif du travail dans les relations avec l'entourage peut donner lieu à une incompréhension quant aux représentations que se fait l'entourage de l'état de santé de la personne : « si tu travailles, c'est que tu n'es plus malade ». Il existe donc une tension engendrée par l'activité professionnelle, entre l'apaisement dans les relations avec l'entourage, et l'incompréhension, voire les nouvelles angoisses que celle-ci peut faire naître : *« Ça a changé des choses, car, aujourd'hui, je me sens moins coupable. Je me sens moins coupable, car, aujourd'hui, il y a des raisons objectives. Donc, je m'autorise le droit d'être parfois fatiguée et les autres le comprennent plus. »* *« Par rapport à mon fils, à partir du moment où j'allais travailler ça voulait dire que je n'étais plus malade. »* *« Mais le fait de retravailler, ça réveille aussi des angoisses : est-ce que je vais tenir ? Combien de temps ça va durer ? Pourquoi je suis rejetée par les gens qui m'ont connue malade ? Il faut rencontrer de nouvelles personnes, il y a tout un repositionnement qui n'est pas évident. Ça fait naître de nouvelles exigences. »*

Les différentes facettes du travail, valorisées par les représentations que s'en font les personnes atteintes de troubles psychiques, révèlent en quoi celui-ci est déterminant dans le cas de la maladie mentale.

⁷ VILLE Isabelle, « Les personnes handicapées et leurs représentations du travail », in *L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France*, sous la direction de Alain Blanc et Henri-Jacques Stiker, Éditions Desclée de Brouwer, collection Handicap, 1998, p. 77.

⁸ FOXONET Charles, « Socialisation et processus identitaire : l'insertion professionnelle des jeunes malades mentaux », in « Handicaps et Inadaptations » - *Les cahiers du C.T.N.E.R.H.L.*, n°71, 1996, pages 46-60.

Intimement lié au sentiment d'identité personnelle, le travail est une forme de combat pour ceux qui souhaitent retourner vers le milieu ordinaire et c'est une victoire que de retrouver ce lieu d'existence. C'est bien cette dimension de la construction individuelle qui semble fragilisée dans son ensemble, dans le cas de la maladie mentale. Nous retrouvons l'idée développée par Isabelle Ville : « Le travail demeure une valeur très importante non seulement en raison du revenu qu'il génère mais aussi en raison de l'insertion sociale qu'il procure et du rôle qu'il est supposé exercer dans l'épanouissement des individus. »⁷

À partir d'hypothèses en psychosociologie et en psychanalyse, l'étude de Charles Foxonet⁸ montre comment une personne atteinte de maladie mentale développe un sentiment de dévalorisation lié à l'incertitude de la maladie, sans pour autant désinvestir un désir de réalisation personnelle qui passe par le travail comme « clé de voûte de l'existence à venir » et « moyen incontournable pour réussir sa vie ». Le travail est donc surinvesti comme condition indispensable de l'accomplissement minimum de soi. Il donne accès à la reconstruction d'une identité positive à partir du sentiment de valeur personnelle. La confiance ainsi gagnée permet à la personne d'affronter le monde du travail. Encore faut-il que l'environnement soit prêt à l'accueillir dans sa singularité.

Dans une problématique d'insertion professionnelle, le suivi et l'accompagnement permettent, dès lors, l'articulation du collectif professionnel, dans son organisation, à l'individu dont l'identité se construit autour du travail et de ses représentations.

Comment l'entreprise peut-elle prendre en compte ces représentations du travail - voire en tirer profit - afin d'accompagner dans l'emploi une personne atteinte de troubles psychiques ? La prise en compte d'une telle problématique - singulière et personnelle - de l'individu, pose la question du secret médical et de la transparence dans l'entreprise vis à vis de la maladie. Et ce d'autant que le discours autour des troubles psychiques et de la santé mentale est empreint de représentations négatives (folie, violence, contagion...) qui se heurtent au positionnement revendiqué par l'entreprise d'être prioritairement un lieu de production sociale et économique et non un lieu de soins. Un **accompagnement**, qui reste à définir, permettrait peut-être de rompre avec une logique de causalité directe entre maladie mentale

et faible participation au système économique. Cet accompagnement, qui concernerait à la fois le salarié et son environnement de travail, ne peut se concevoir que dans une certaine transparence sinon de la maladie elle-même, du moins des contraintes et contre-indications pouvant en découler. L'ajustement mutuel d'une personne et d'un environnement professionnel implique la compréhension mutuelle des spécificités de chacun, à savoir une connaissance de l'environnement de travail, du poste, de l'organisation dans sa capacité à s'assouplir et une conscience de la singularité identitaire du salarié. Ainsi, ce travail d'insertion professionnelle, au sens initial du terme, d'une personne handicapée psychique permettra non seulement à l'organisation de travail d'anticiper les éventuelles rechutes, mais aussi d'envisager une réflexion en termes d'aménagement de poste (modulation des horaires, appui technique...), d'instaurer un climat de confiance pour le salarié, et de lever les ambiguïtés ou les malentendus sur les troubles. Il ne s'agit pas là de curiosité déplacée mais de levée des tabous qui permet souvent de constater que les difficultés à prendre en compte ne sont pas nécessairement si spécifiques et lourdes à gérer pour l'employeur.

Toutes ces tensions et distorsions autour de la transparence sont largement décrites par les salariés que nous avons rencontrés :

« On m'a parfois dit de ne pas parler de ma maladie en entretien, car ça ne fait pas bien de ne pas être normal dans un CV. Moi, je suis prêt à en parler. Je ne sais jamais comment ça va être pris. De toute façon le problème c'est que, parfois, on a des séquelles. J'aurai besoin d'être compris, donc, j'aurai besoin de le dire. »
« Par rapport aux autres collègues ce n'est pas évident de se positionner, car elles savaient que je venais de la mission handicap. Même si, aujourd'hui, on ne l'aborde jamais. Régulièrement je me mets à leur place. Parfois, ça me manque de ne pas en parler, mais aujourd'hui c'est un problème de l'évoquer car il y a une honte, une culpabilité. »

Cette hypothèse de l'accompagnement dans une problématique d'insertion professionnelle dynamique et interactive entre une organisation et un individu met en évidence les enjeux de la reconnaissance de la maladie voire du handicap. En effet, alors que certaines situations d'insertion, du fait de la capacité du salarié à gérer ses troubles et du type d'accueil et d'organisation de l'entreprise ne nécessitent pas d'officialisation de la maladie qui stigmatiserait l'individu,

certaines situations demandent une compréhension et une approche spécifiques. La reconnaissance du handicap peut alors participer d'une appropriation par l'individu et par l'organisation des problématiques d'insertion professionnelle nécessaires à la rencontre.

C'est là que se pose la question de qui pourrait être cet accompagnateur de la rencontre et de l'ajustement du collectif à l'individu, et inversement. Quel statut faut-il lui donner ? Où peut-il se situer ? Quelle visibilité doit-il avoir ?

Se pose également la question du coût d'une telle démarche d'intégration et celle du financeur. Dans la situation économique mondiale actuelle, extrêmement fragilisée, cette question trouve toute sa pertinence pour une entreprise privée. Cet aspect mériterait un développement qui dépasse le cadre de cet article. Nous voulons toutefois indiquer quelques pistes de réflexion. La prise en compte du « bien-être » des salariés est reconnue par tous les analystes de l'organisation du travail comme fructueuse pour l'entreprise mais également

« payante » en termes d'efficacité et de productivité. Par ailleurs, une grande partie des difficultés rencontrées par les personnes relevant d'un handicap psychique sont équivalentes - quoique souvent amplifiées - à celles rencontrées par n'importe quel salarié, à un moment ou un autre de sa vie. La singularité identitaire est une réalité vécue par tout un chacun, souvent masquée pour répondre aux attentes et exigences coercitives des milieux de travail ou de l'organisation sociale en général. Ainsi, les stratégies élaborées pour l'intégration des personnes handicapées psychiques peuvent constituer un modèle novateur pour le management efficace de tout salarié d'une entreprise. Outre les bénéfices en termes d'image et de climat social, être capable d'intégrer un salarié handicapé psychique et de gérer au mieux ses compétences, c'est se donner les moyens d'une meilleure gestion des ressources humaines, prenant en compte l'individu dans toute sa richesse, y compris sa fragilité, mais aussi sa capacité à surmonter les souffrances psychiques. □

Bibliographie

ARVEILLER J.-P., BONNET C., *Au travail... Les activités productives dans le traitement et la vie du malade mental*, Éditions Érès, Toulouse, 1991, 222 pages.

BAILLON G., « Quelles réponses aux besoins des personnes en souffrance psychique ? », in « La psychiatrie, entre l'omière et l'échappée », revue *Vie Sociale*, n°3/2003, pages 19-36.

BARBE L., « L'accompagnement dans les pratiques sociales : entre progrès et dérives », in *Éducation Permanente*, n°156, 2003, pages 153-162.

BILLIARD I., *Santé mentale et travail. L'émergence de la psychopathologie du travail*, Éditions La dispute/SNEDIT, Paris, 2001, 282 pages.

BON C., « Effet d'étiquetage et jeux des institutions dans le parcours vers l'emploi de personnes en situation de handicap », in *Éducation Permanente*, n°156, 2003, pages 79-87.

DEBARD M., *Itinéraires d'insertion. De la maladie mentale au travail ordinaire*, collection Comprendre les personnes, Chroniques sociales, Lyon, 2001, 155 pages.

DUYME M., BARBEAU J., JOLIVET B., DUMARET A., *Maladie mentale, travail et société*, publications du C.T.N.E.R.H.I., diffusion PUF, numéro Hors série février 1987, 125 pages.

FOXONET C., « Socialisation et processus identitaire : l'insertion professionnelle des jeunes malades mentaux », in « Handicaps et Inadaptations » - *Les cahiers du C.T.N.E.R.H.I.*, n°71, 1996, pages 46-60.

JAEGER M., « Questions de vocabulaire autour du concept de handicap psychique », in « La psychiatrie, entre l'omière et l'échappée », revue *Vie Sociale*, n°3/2003, pages 9-18.

JODELET D., *Folies et représentations sociales*, Presses Universitaires de France, collection Sociologie d'aujourd'hui, 1^{ère} édition 1989, Paris, 397 pages.

RAVAUD J.-F., FARDEAU M., *Insertion sociale des personnes handicapées : méthodologies d'évaluation*, les éditions INSERM, publications du CTNERHI diffusion PUF, 1994, 260 pages.

VERRY V., *Santé Mentale et Travail*, Éditions des Deux Continents, Collection du La Fayette, Genève, 1994, 289 pages.

VILLE I., « Les personnes handicapées et leurs représentations du travail », in *L'insertion professionnelle des personnes handicapées en France*, sous la direction de Alain Blanc et Henri-Jacques Stiker, Éditions Desclée de Brouwer, collection Handicap, 1998, pages 75-96.

VRANCKEN D., « Détresses sociales et nouvelles politiques de santé mentale », in *L'Observatoire*, revue d'action sociale et médico-sociale, trimestriel n°39, septembre 2003, Liège, pages 31-35.

Annexe 3 : Article 2

Dossier | L'entreprise interrogée par le handicap psychique

Le handicap dans l'entreprise : quelle place pour le psychique ?

L'entreprise, malgré le développement de son expertise d'accompagnement de travailleurs handicapés depuis la Loi de 1987, semble déstabilisée par la problématique spécifique du handicap psychique. Voyons comment le vécu de l'entreprise face à ces salariés peut devenir une opportunité de réflexion sur la prise en compte de la santé mentale dans la gestion individualisée des ressources humaines.

**Claire
Le Roy-
Hatala**

Sociologue
Conservatoire
National des
Arts et Métiers
Laboratoire
Brigitte Frybourg
Paris (75)

¹ Certaines entreprises "paternalistes" consacraient d'importants moyens aux aides sociales et à la prévention des risques au travail, tels que les accidents ou les "risques alcool".

Mots-clés :
Entreprise
Handicap
Reclassement
Réseau

Un certain nombre d'entreprises, de taille relativement importante, ont développé une politique en faveur des travailleurs handicapés. Ces politiques sociales trouvent leur origine dans la Loi de 1987 qui contraint les entreprises de plus de vingt salariés à accueillir des travailleurs handicapés à hauteur de 6 % de leurs effectifs. Historiquement, certaines entreprises sont attachées à une politique sociale active d'accompagnement et de suivi des salariés handicapés¹. Ces politiques reposent généralement sur une prise en compte de la santé des salariés mais aussi sur la valorisation des facteurs humains et le développement de la gestion des ressources humaines. Elles participent de l'attachement et de la fidélisation des salariés à l'entreprise ainsi que de l'instauration de bonnes conditions de travail, indispensables à la productivité.

La Loi de 1987 a permis, par rapport au handicap, une professionnalisation et une expertise. Des "Missions Handicap" ont vu le jour dans certaines entreprises, chargées spécifiquement de développer et promouvoir la politique interne. La Loi en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés prévoit divers moyens de s'acquitter de l'obligation de 6 % de salariés handicapés dans l'entreprise. Le plus direct et le plus évident est l'embauche, avec tout ce que cela implique en termes d'aménagements de poste, de préparation à l'accueil du travailleur. D'autres actions telles que la sensibilisation et la communication sur le handicap sont prévues dans les politiques. Par ailleurs, des efforts de maintien dans l'emploi, d'adaptation aux nouvelles technologies ouvrent des portes à des travailleurs handicapés. Enfin des politiques d'achats au secteur protégé (sous forme de sous-traitance

ou de commande de produits) et d'accessibilité des locaux et outils participent indirectement à l'insertion professionnelle. Cette liste n'est en rien exhaustive et de nombreuses aides et initiatives d'accompagnement des travailleurs handicapés voient parfois le jour grâce au développement, dans ces entreprises, d'un réseau d'experts souvent appelés "correspondants handicap".

Au fil des années, ces entreprises ont pu prétendre à une certaine expertise dans le champ du handicap. Pour accueillir un sourd ou un malentendant dans une équipe, un amplificateur de son ou des flashes de signalement sonore pourront être proposés. Une sensibilisation à la langue des signes est parfois mise en place. De même, un ergonomiste fera une expertise en vue de proposer le meilleur aménagement de poste possible pour une personne avec un handicap moteur ou des difficultés de mobilité. Les nouvelles technologies sont souvent utilisées pour les salariés ayant des problèmes de vue, telles que les agrandisseurs d'écran ou les claviers brailles connectés aux ordinateurs. Que ce soit au niveau de la médecine du travail, des correspondants handicapés ou d'organismes extérieurs, une multitude d'expertises contribue à trouver une solution, soit technique, soit humaine, pour que le salarié puisse travailler dans de bonnes conditions malgré son handicap. Toutes ces mesures participent indéniablement au maintien dans l'emploi et à la banalisation du handicap dans le monde du travail.

Pour autant, ce savoir-faire et la bonne volonté ou les efforts de certaines personnes dans les entreprises sont-ils adaptés et répondent-ils aux besoins des personnes handicapées psychiques dans l'emploi ? La singularité du handicap psychique et la problématique particulière d'insertion professionnelle ou de maintien

dans l'emploi sont-elles prises en compte dans ces politiques du handicap ? L'expertise ergonomique est-elle pertinente dans le cas du handicap psychique ?

Lorsqu'on étudie de plus près ces entreprises engagées en faveur des travailleurs handicapés, une situation paradoxale émerge. D'une part, le handicap psychique est présenté comme le handicap le plus difficile à intégrer : l'entreprise n'y est pas préparée et les perspectives d'embauches de ce public y sont donc plus faibles. D'autre part, les entreprises constatent qu'un certain nombre de salariés, après avoir déclaré des troubles dans l'emploi, se révèlent, de fait, handicapés psychiques. L'entreprise se doit de leur proposer un maintien dans l'emploi et, dans certains cas, un reclassement². Ainsi, malgré une prise en compte du handicap psychique par des actions majoritairement externes (sous-traitance au secteur protégé, subventions à des établissements spécialisés ou associations), l'entreprise ne peut faire l'économie d'une réflexion sur l'accompagnement de ces salariés en interne. D'un côté, le constat est relativement sombre quant à l'engagement de l'entreprise par rapport au handicap psychique, qui prend souvent la forme d'une externalisation de la question, participant ainsi à la ghettoïsation de cette partie de la population handicapée ; de l'autre, on peut considérer que l'émergence d'un handicap psychique au cours de la carrière de certains collaborateurs, oblige l'entreprise à une prise en considération de la santé mentale de ses salariés. Comment leur permettre de rester dans l'emploi ? Comment éviter la désinsertion ? Comment revenir dans l'emploi après un arrêt maladie de longue durée ou une hospitalisation ?

Notre réflexion est corroborée par l'étude de Julie Chabanais³ qui montre que la prévalence est de 1,46 pour mille salarié atteint d'une pathologie mentale sévère dans l'emploi, mais qu'il y a une sur-représentation de ces salariés dans les entreprises dotées de politiques en faveur des travailleurs handicapés. Le handicap psychique n'est donc pas uniquement à l'extérieur de l'entreprise et de l'emploi. La prise en charge de ces salariés est également une réalité quotidienne de l'entreprise : quel salarié peut aujourd'hui prétendre n'avoir jamais, soit fait l'expérience personnelle de la vulnérabilité, soit côtoyé un collègue fragilisé dans son emploi par des troubles psychiques ?

Les questions que cela pose à l'entreprise sont les suivantes :

- Dans quelle mesure le handicap psychique est-il le parent pauvre de ces politiques du handicap ?

- Dans quelle mesure l'entreprise est-elle interrogée – dans son organisation et la prise en compte des facteurs humains – par les spécificités de ce handicap ?

L'aménagement de poste et la logique de compensation

La Loi Handicap de février 2005 engage fortement la politique nationale dans une démarche de compensation. C'est la logique de réparation et de dédommagement qui prévaut, avec une priorité à l'aide technique et financière. Cela suppose non seulement d'être capable d'évaluer le handicap et la déficience, mais encore d'envisager que ceux-ci puissent être en partie annihilés par une prothèse technique.

Cette approche prévaut également dans le travail, avec une logique d'aménagement de poste et d'accessibilité sous toutes ses formes. Cela sous-entend non seulement d'avoir une réponse technique à la déficience (facilement envisageable pour les handicaps moteurs et sensoriels), mais aussi de considérer le handicap dans une perspective normative (à savoir que le handicap est un écart à la norme qu'il faut combler). Quel type de "prothèse" ou d'aménagement de poste peut-on envisager dans le cas de troubles psychiques ? Dans quelle mesure, dans le cas de la santé mentale, le retour à un état antérieur, la suppression des symptômes sont-ils des solutions, lorsqu'on sait les limites de la notion de guérison en psychiatrie et la relativité du principe de "bonne santé mentale" ?

Dans le cas du handicap psychique, la logique d'aménagement de poste oblige en fait l'entreprise à une capacité d'innovation et de souplesse organisationnelle à laquelle elle n'est pas nécessairement habituée. En effet, l'accueil, dans l'entreprise, d'une personne présentant des troubles psychiques implique d'envisager, majoritairement, des aménagements d'horaires, un accompagnement humain ou une réorganisation du travail. Bien souvent, ce type d'initiative peu "photogénique" et parfois dérangement n'est guère valorisé dans un contexte professionnel de performance et de rentabilité immédiate.

La dynamique de réseau

Pour accompagner un salarié handicapé psychique, l'entreprise se doit, plus que jamais, de mobiliser l'ensemble des acteurs responsables de l'insertion

² Le maintien dans l'emploi n'est pas une obligation légale ; l'est, en revanche, la notion voisine de reclassement professionnel, relative à l'avenir du salarié déclaré inapte à son poste de travail (art. L. 122.24.4, L. 122.32.5 et L.241.10.1 du Code du travail) ou du travailleur reconnu handicapé (art. L.323.3 du Code du travail).

³ Également publiées dans ce numéro.

professionnelle. Les troubles psychiques et la maladie mentale ont la particularité de toucher la totalité des sphères de la vie de la personne et de remettre parfois en question son autonomie. C'est, pour l'entreprise, sa capacité à intervenir à la fois au niveau professionnel (gestion des compétences et des carrières), au niveau relationnel (gestion des ressources humaines), au niveau médical (gestion d'éventuels épisodes aigus sur le lieu de travail) ou encore dans la sphère personnelle (aides financières), qui est en jeu.

Alors que, pour un handicap moteur, l'intervention d'un ergonome ou d'un médecin et d'un responsable des ressources humaines est généralement largement suffisante, le handicap psychique implique souvent l'intervention non seulement du médecin du travail et du correspondant handicap, mais encore d'une assistante sociale, voire d'un psychologue ou d'un psychiatre, en plus des responsables hiérarchiques ou des ressources humaines. Dans ce contexte, des oppositions culturelles liées aux champs d'intervention, des luttes de pouvoir ou des conflits d'intérêts sont à prévoir. Au sein de ce réseau, la place du médecin du travail est centrale en tant qu'expert médical et garant d'une réflexion sur le maintien dans l'emploi du salarié, position particulièrement difficile à tenir dans certains univers professionnels où les échanges avec l'entreprise sont réduits à leur minimum.

De plus, la multitude d'acteurs et d'expertises intervenant dans cette réflexion interroge l'entreprise sur sa capacité, soit à s'appuyer sur une dynamique permettant de répondre de façon pertinente et adaptée aux divers besoins du salarié, soit à utiliser le réseau pour se décharger, en termes de responsabilité, de la question du maintien dans l'emploi du salarié. Plus le nombre d'intervenants est important, plus le risque de désengagement individuel des professionnels est grand.

L'expertise et le vécu de l'entreprise face à la santé mentale

Certaines entreprises ont fait le choix d'intégrer dans leurs effectifs un psychiatre référent qui apporte une expertise et un appui technique aux professionnels de l'insertion. Dans d'autres cas, celui-ci offre, en cas d'urgence, aux salariés un lieu d'accueil et d'écoute. Ces professionnels de la santé mentale au sein de l'organisation favorisent une sensibilisation au handicap psychique et rassurent l'entreprise face aux questions de santé mentale. Pour autant, jusqu'où

l'entreprise se doit-elle de répondre à l'expérience personnelle et individuelle que représentent la maladie mentale et les troubles psychiques ? Jusqu'où doit-elle intervenir ? Ces questions invitent également à une réflexion sur l'éventualité d'un partenariat ou de l'intervention de professionnels de la santé mentale extérieurs à l'entreprise⁴.

À plus grande échelle, c'est également la question de la professionnalisation de l'entreprise elle-même, en termes d'accompagnement de salariés handicapés psychiques, qui est posée. À ce jour, les actions de maintien dans l'emploi, les aménagements de postes reposent le plus souvent sur des initiatives ponctuelles d'une équipe de travail, d'un chef de service, d'un médecin du travail, qui vont suivre un collègue ayant développé une pathologie psychique. Ces démarches sont légitimées dans une logique de proximité qui veut que l'on se mobilise parce que l'on connaît le salarié depuis plusieurs années, qu'on a éventuellement suivi son parcours professionnel et qu'on a été témoin de la dégradation de sa santé mentale. Jusqu'où ces initiatives locales, fondées sur des sensibilités individuelles – et, finalement, sur le simple bon sens et la tolérance –, sont-elles suffisantes pour permettre un maintien dans l'emploi ? Dans quelle mesure, un appui technique et une expertise – y compris extérieurs à l'entreprise – sont-ils nécessaires pour éviter le risque d'épuisement et de saturation de l'environnement de travail ?

Inversement, ces démarches doivent-elles être valorisées et transmises, voire professionnalisées, avec, parfois, l'aide d'organismes extérieurs et la mise en place d'outils spécifiques ou de procédures d'accompagnement (réunions de suivi de maintien dans l'emploi et de reclassement, formation / sensibilisation au handicap psychique...) ? À ce jour, l'accueil d'un salarié handicapé psychique relève essentiellement d'une logique humanitaire et solidaire, reposant sur la bonne volonté de quelques salariés. L'entreprise pourrait envisager, au contraire, de développer un savoir-faire en gestion des ressources humaines par rapport à cette question et juger qu'elle se doit de prendre en compte l'incertitude et la discontinuité des troubles psychiques dans l'emploi, au même titre qu'elle développe une expertise pour rendre accessible ses locaux, ses sites Internet ou Intranet à tous les types de handicaps, par exemple.

Le handicap psychique dans l'entreprise déstabilise. Non seulement il n'est pas visible, il est

⁴ Cette question est d'ailleurs posée par Cyrille Bouvet dans ce même numéro.

porteur de représentations particulièrement négatives – le plus souvent injustement associées à la déficience intellectuelle et à la violence, mais il va à contre-courant des logiques économiques : il n'est pas quantifiable, il est difficilement objectivable, il fait, parfois seulement, l'objet d'une évaluation et donne l'impression, compte tenu de l'imprévisibilité liée aux troubles, qu'il implique une forme de gestion du risque. Or le monde du travail n'aime le risque que maîtrisé. Pourtant, un certain nombre d'entreprises, malgré une fâcheuse tendance à exclure les salariés considérés comme "inadaptés", accompagnent des personnes atteintes de troubles psychiques pour leur permettre de se maintenir dans l'emploi. Ces démarches sont malheureusement souvent le fait d'initiatives locales

peu valorisées. Dans quelle mesure la reconnaissance implicite du handicap psychique par la Loi de février 2005 peut-elle constituer une réelle opportunité de réflexion sur la prise en compte de la santé mentale dans l'emploi, qui dépasserait une simple interrogation sur le stress et l'organisation du travail pathogène, et participerait d'une réelle politique de ressources humaines, profitable à l'ensemble des salariés de l'entreprise ?

Autorisons-nous à démontrer que l'accueil d'un salarié atteint de troubles psychiques dans l'entreprise est, plus qu'une démarche solidaire, une volonté, dans une logique d'égalité des chances, de prise en compte de l'humain dans toute sa complexité ! ☐

Annexe 4 : Grilles d'entretiens

GUIDE ENTRETIEN EXPLORATOIRE

Responsables de Missions Handicap

Présentez moi votre mission handicap et la politique de l'entreprise dans laquelle vous travaillez :

Pourquoi avoir choisi de participer à ce projet de thèse ? Quelles sont vos attentes ? En quoi votre entreprise est-elle concernée par un tel projet ?

PARCOURS PROFESSIONNEL DANS L'ENTREPRISE

Formation initiale :

Diplôme ? Formation ? Expériences ? quels choix professionnels ?, Quel lien avec le domaine de l'insertion ? Est ce qu'il y avait un attrait particulier pour des professions sociales ?

Parcours professionnel :

Quelles expériences antérieures à celle-ci ? Dans quel type de structure ? A quel niveau professionnel ? Quelles portes cela a-t-il ouvert ? Quelles envies pour plus tard ?

Parcours dans l'entreprise :

Quand êtes-vous entré dans l'entreprise ? A quel poste ? Pourquoi avoir choisi cette entreprise ? Était-ce un choix ? Quels objectifs de carrière y envisagiez vous ? Quelle était votre image de l'entreprise ? De quels types de formation y avez vous bénéficié ?

Prise de poste :

Depuis quand êtes-vous en poste ? Comment avez vous été informé de la vacance du poste ? Qui remplaciez vous ? Quel type de recrutements ? D'entretiens ? Quelles étaient à l'époque vos motivations ? Avez vous eu une formation de prise de poste ? Avez vous eu une formation au cours de votre évolution sur le poste ?

SITUATION DE LA MISSION DANS L'ENTREPRISE

Au niveau structurel :

A quel service êtes vous rattaché ? De quel service êtes vous dépendant ? Qui est votre chef direct ? Avez vous toujours dépendu de ce service ? Est ce cohérent par rapport à votre mission d'être rattaché à ce service ? Qu'est ce que cela vous apporte ? La mission a-t-elle toujours été rattachée à cette ligne hiérarchique ?

Au niveau organisationnel :

Quel financement pour la mission ? Combien de personnes y travaillent ? Qui ont quelles compétences ? Quels soutiens politiques au sein de la mission ? Comment la mission est-elle perçue ? Quels sont les autres services avec lesquels vous travaillez ? Quels sont les attentes de votre direction par rapport à vos objectifs ? A quelle dimension culturelle de l'entreprise pensez vous développer à travers vos actions ? Comment avez-vous accès aux autres acteurs de l'entreprise, notamment les responsables RH ?

Au niveau politique :

Quel est l'engagement politique de l'entreprise par rapport aux salariés handicapés ? Quels sont les objectifs inavoués ? Quels moyens vous donnent-ils pour les mettre en œuvre ? Depuis quand l'entreprise a un accord ? Quelle était la motivation de départ pour la mise en place d'un accord ? Comment est perçue aujourd'hui cette politique dans l'entreprise ? Quel est le rôle du PDG de l'entreprise par rapport à la politique ? Dans quelle mesure est-il un acteur de la légitimité de la politique ?

Au niveau économique :

Quel est le coût du handicap dans l'entreprise ? Concerne-t-il différents types de professions ou de statuts dans l'entreprise ? Quels sont les processus spécifiques dans l'entreprise de prise en charge des travailleurs handicapés ? Depuis quand est ce que c'est une préoccupation pour l'entreprise ? A quels problèmes cela était-il censé répondre ? Quels moyens l'entreprise s'est-elle donnée pour gérer la question du handicap ? Quel est le budget de la mission ? Quel serait le montant de la contribution Agefiph sans la signature d'un accord d'entreprise ?

LE HANDICAP PSYCHIQUE

Dans l'entreprise :

Qu'est ce que pour vous l'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques ? Quels sont les cas que vous avez rencontré depuis que vous êtes en poste ? Ils touchent quelles

professions ? Quelle distinction faites-vous entre l'insertion et la réinsertion (maintien dans l'emploi) ? Les deux démarches font-elles appel aux mêmes problématiques ? Aux mêmes acteurs ? Aux mêmes compétences ?

Vers l'entreprise :

Quelles sont les actions de l'entreprise en faveur de l'emploi des personnes handicapées psychiques ? Quelles compétences pouvez vous proposer dans ces cas là ? Quels types de contrats privilégiez vous ? A quel niveau de diplôme les personnes handicapées psychiques se présentent-elles dans l'entreprise ?

Définition :

Comment définiriez vous le handicap psychique ? Comment définiriez vous le handicap psychique dans votre entreprise ? Quels sont selon vous les particularités de ce handicap ? Quelles conséquences ce handicap a-t-il dans l'entreprise ? Comment est-il perçu dans l'entreprise ? Quelles sont les distinctions à faire selon le type de maladie mentale ? Faites-vous une différence entre le handicap mental et la maladie mentale ou handicap psychique ? Faites-vous une différence entre le handicap psychique et les autres types de handicap ? Pourquoi ? Le traitement de ce handicap est-il particulier dans votre entreprise ? Pourquoi ?

Vécu de l'entreprise :

Quels cas de maintien dans l'emploi ? Quels professions ? Comment l'expliquez vous ? Comment cela est-il arrivé jusqu'à vous ? Qu'avez vous fait ? A qui avez vous fait appel ? Comment cela a-t-il été vécu par l'entreprise ?

Quels sont les cas d'insertion de personnes handicapées par la maladie mentale ? Stagiaires ? Comment cela s'est passé avec le service d'accueil ? Quelles actions d'accompagnement ont été mises en place ?

Le handicap psychique dans votre entreprise concerne-t-il plus particulièrement l'insertion ou le maintien dans l'emploi ? Pourquoi ?

Quels sont les points positifs de l'insertion de ce type de handicap dans l'entreprise ? En quoi est ce porteur de progrès social ?

Les acteurs du handicap psychique :

Quels sont les professionnels sollicités face à des cas de personnes handicapées psychiques dans l'entreprise ? Qui sont les personnes les plus compétentes dans l'entreprise pour prendre en charge et accompagner ces personnes ? Trouvez-vous pertinente une démarche médicale par rapport à la prise en charge de ce handicap dans l'entreprise ? Avez vous le sentiment que l'entreprise détient des ressources capables de faire face à ce handicap ?

LES INSTITUTIONS PARTENAIRES

L'Agefiph :

En quoi est-ce une institution de tutelle ? Quand vous référez-vous à cet organisme ? Que vous apporte-t-il ? Que représente-t-il pour l'entreprise ? Pour vous ? Quelles sont les aides dont l'entreprise a bénéficié de la part de l'Agefiph ?

Les associations spécialisées :

Quelles associations ? Dans quel contexte avez vous eu affaire à elles ? A quelles occasions ? Que vous ont-elles apporté ? Quel peut être le moyen de faire travailler en bonne intelligence l'entreprise et les associations ? Sont-elles pour vous des acteurs privilégiés de l'insertion des personnes handicapées ? Pourquoi ? Quelles sont les associations (CAT, entreprises d'insertion, psychiatriques...) qui sont le plus à-même de vous aider dans l'insertion des personnes handicapées psychiques ?

Les médecins du travail :

Quel est le rôle des médecins du travail dans l'insertion professionnelle des personnes handicapées ? Quelles compétences proposent-ils par rapport à l'insertion des personnes handicapées psychiques ? Dans quelle mesure sont-ils des acteurs incontournables de l'insertion ? Dans quelle mesure sont-ils des acteurs de l'insertion appartenant à l'entreprise ou extérieurs à l'organisation ? Leur compétence est-elle avant tout bénéfique pour les personnes handicapées ou pour vous et la mission insertion ?

Les hôpitaux psychiatriques

Etes vous en contact avec ces institutions ? Comment les percevez-vous ? Sont-ils selon vous des partenaires de l'intégration ? Dans quelle mesure ont-ils accès à l'entreprise ? Dans quelle mesure l'entreprise y a accès ? Estimez vous que ce sont des acteurs privilégiés de l'insertion et qu'il faille développer le partenariat avec ces institutions ?

La DDTEFP :

A quelles occasions avez vous à faire à elle ? Comment s'est passé l'agrément de votre accord d'entreprise ? Quel regard portez vous sur cette institution de tutelle ? Quelles ressources vous apporte-t-elle ? Quelles sont selon vous les compétences et la mission de cette institution ? Comment serait-il envisageable d'améliorer le partenariat avec cette institution ?

Les organisations syndicales :

Quelle est la représentation salariale dans votre entreprise ? Quel est le syndicat le plus puissant dans votre entreprise ? Quelle est la politique de dialogue social de votre direction ? Comment s'est passé la négociation de l'accord ? Les organisations syndicales ont-elles toutes signé ? Que cela signifie-t-il selon vous ? Est ce indispensable que toutes les organisations syndicales signent l'accord ? Pourquoi ?

En quoi ce sont des acteurs de l'insertion professionnelle des personnes handicapées ? Quelle est leur engagement par rapport à l'insertion du handicap psychique dans l'entreprise ?

EVOLUTION POLITIQUE

Difficultés externes :

Quelles sont selon vous les difficultés majeures dans l'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques liées à une conjoncture indépendante de l'entreprise ? Quel est l'impact de l'économique dans l'insertion de ce type de handicap ? Quel est l'impact des valeurs françaises par rapport à l'insertion ?

Difficultés internes :

Quels sont selon vous les plus gros freins en interne à l'insertion de travailleurs handicapés psychiques ? Dans quelle mesure est-ce le fait de facteurs internes ? Lesquels (culture d'entreprise, pression organisationnelle sur la productivité...) ? Quelles sont les difficultés liées à l'organisation même de votre entreprise ?

Espoirs d'évolution :

Quels sont vos espoirs par rapport au remaniement législatif de la loi de 1975 et de 1987 ? Sur quels points pensez-vous qu'il faille mettre l'accent ? Pourquoi ?

Avez-vous la sensation que les choses ont évolué depuis votre prise de poste à la mission ? A quel niveau ?

Dans quelle mesure les entreprises vont-elles de plus en plus dans le sens d'une intégration encore plus grande des personnes handicapées ? Et plus particulièrement des personnes handicapées psychiques ? En quoi selon vous est-ce un phénomène de société ? Quelle est la tendance de la société par rapport à cette question ?

En quoi estimez-vous que ces démarches d'intégration des personnes handicapées psychiques peuvent être positives pour la société ? Pour votre entreprise ?

GUIDE D'ENTRETIEN

Travailleur handicapé psychique

PARCOURS PROFESSIONNEL

Formation initiale : lycée, études supérieures, formation professionnelle

Situation géographique de la formation initiale

Expériences professionnelles

Premier emploi

Arrêts maladie, congés...

Avez vous eu une perte de salaire suite à votre réinsertion ?

Avez vous suivi une formation professionnelle suite à votre réinsertion professionnelle ?

PARCOURS DANS L'ENTREPRISE

Date d'entrée dans l'entreprise

A quel poste êtes vous entré dans l'entreprise

Quel parcours professionnel avez-vous dans l'entreprise ?

Quels postes avez-vous tenu ?

Quelle formation avez-vous suivie dans l'entreprise ?

Où vous situez-vous dans l'entreprise aujourd'hui ? Géographiquement, dans l'organigramme.

Quel statut avez-vous dans l'entreprise ?

A quel moment y a-t-il eu rupture professionnelle ?

Que s'est-il alors passé ?

A qui avez vous eu à faire à ce moment ?

Quels ont été vos contacts avec la médecine du travail ?

----- les psychologues, psychiatres ?

----- les correspondants insertion ?

Quels ont été selon vous les acteurs clés de votre insertion professionnelle ?

Quel a été votre interlocuteur privilégié au moment de vos difficultés professionnelles ?

----- de votre réinsertion ?

Qu'est ce qui selon vous manque à l'entreprise en terme d'accompagnement des personnes handicapées psychiques ?

Souhaiteriez vous évoluer professionnellement dans l'entreprise ?

Souhaiteriez vous évoluer géographiquement ?

Souhaiteriez vous changer de service ? Pourquoi ?

PERCEPTION DE L'ENTREPRISE

D'un point de vu personnel comment décririez vous l'entreprise par rapport à votre insertion professionnelle ?

Que pensez-vous du discours du président sur le handicap dans l'entreprise ?

Que pensez-vous de la culture de l'entreprise en matière de politique sociale ?

Vous souhaitez écrire dans le journal interne ? Pourquoi ?

Votre encourage professionnel a-t-il connaissance de vos troubles ?

Quel a été l'attitude de votre environnement professionnel lorsqu'ils ont pris connaissance de vos troubles psychique ?

Quelle a été l'attitude de votre environnement professionnel lors de votre insertion professionnelle ?

Vous ont-il posé des questions ?

Vous ont-il posé les bonnes questions ?

Quelles questions auraient-ils dut ou pu poser ?

Quelles sont les relations avec votre supérieur hiérarchique concernant votre maladie ?

Etes vous fréquemment amené à en parler ?

Connaissez vous d'autres personnes handicapées psychiques dans l'entreprise ?

Pensez vous qu'il faille favoriser l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi de personnes souffrant de troubles psychiques ?

ORGANISMES EXTERIEURS

Avec quels organismes extérieurs avez vous été en contact ?

Avec quels organismes extérieurs êtes vous encore en contact ?

Etes-vous suivi par un thérapeute à l'extérieur ?

A quel moment avez vous fait appel à la COTOREP ?

Qu'a représenté pour vous cette démarche ?

Comment avez-vous été accueilli à la COTOREP ?

Avez vous été en contact avec les Cap Emploi ?

Comment avez-vous été accueilli ?

Pensez vous que l'entreprise doit travailler en partenariat avec des organismes extérieurs ?

Dans votre cas qu'est ce que cela vous aurait apporté ?

EXPERIENCE DES TROUBLES PSYCHIQUES

diagnostic

date de déclenchement

symptômes actuels

perception par l'entourage familial et affectif

perception par l'environnement de travail

Qu'est ce que vous leur avez dit de votre maladie ?

Etat de la maladie

Vous estimez vous stabilisé ?

Est ce que cela a toujours été le cas ?

Quel a été la chose la plus difficile à gérer dans votre insertion ou réinsertion ?

Vous sentez vous aujourd'hui parfaitement intégré professionnellement ?

Vous sentez vous une personne handicapée ?

Prenez vous des médicaments ?

Votre environnement professionnel est-il informé ?

Qu'est ce qui aujourd'hui vous handicap le plus dans votre travail ?

Quel conseil donneriez vous à une personne qui travaille avec quelqu'un souffrant de troubles psychiques ?

Annexe 5 : Questionnaire

QUESTIONNAIRE HANDICAP PSYCHIQUE – TROUBLES PSYCHIQUES

Dans le cadre d'une recherche sociologique sur le handicap psychique du Laboratoire Brigitte Frybourg (CNAM) en partenariat avec Air France, EDF Gaz de France, IBM, la SNCF et Total, nous vous proposons de remplir ce questionnaire.

Ce questionnaire a été distribué à environ 300 professionnels des ressources humaines dans des grandes entreprises françaises. Il s'inscrit dans une recherche sur le maintien dans l'emploi de travailleurs handicapés psychiques ou atteints de troubles psychiques

En répondant à ce questionnaire vous nous permettez de donner une représentation générale de la question du handicap psychique et des troubles psychiques dans l'entreprise. Par ailleurs, le traitement de vos réponses a pour ambition de connaître les besoins et problèmes spécifiques face à ces salariés et y donner les réponses les plus appropriées. Il fera l'objet d'un document de travail à destination des « missions handicap ».

Ce questionnaire est anonyme et confidentiel. Merci d'avance de votre coopération.

Dans la population salariée que vous avez été amené à gérer durant les 12 derniers mois, pensez-vous que certains....

| | NON | OUI | Savez-vous combien ? | Ne sait pas |
|--|-----|-----|----------------------|-------------|
| expriment une souffrance psychique ? | | | | |
| ont un comportement « bizarre » ? | | | | |
| ont des troubles du comportements ? | | | | |
| Sont atteints d'une maladie mentale ? | | | | |
| ont des troubles dépressifs ? | | | | |
| ont des manies ou des obsessions ? | | | | |
| se sentent persécutés ou paranoïaques ? | | | | |
| Sont totalement isolés, ne s'intègrent pas à l'équipe de travail ? | | | | |
| Sont perpétuellement en conflit avec leurs collègues ? | | | | |
| N'arrivent pas à effectuer la moitié de la tâche qui leur est demandée ? | | | | |

Classez ces acteurs par ordre d'intervention pour vous aider en priorité face à un salarié ayant des troubles psychiques (de 1 à 11) ?

le correspondant handicap
le médecin du travail
la mission handicap
l'assistante sociale
un psychologue de l'entreprise
le psychiatre de l'entreprise
le médecin traitant du salarié un ergonomiste
les organisations syndicales
le Directeur des Ressources Humaines
le CHSCT
un proche du salarié
autre. Précisez.....

Selon vous quelles sont les trois causes principales des troubles psychiques des salariés ?

les conditions de travail difficiles
une pression sur la productivité
une fragilité psychologique
de récents changements dans l'entreprise
un parcours de vie douloureux
un accident du travail ou un traumatisme professionnel
des problèmes personnels ou familiaux
des restructurations dans l'entreprise
une déficience génétique
une déficience biologique
un handicap physique ou sensoriel mal vécu
une ambiance de travail conflictuelle
un harcèlement professionnel
autre. Précisez.....

Pour maintenir dans son poste un salarié atteint de troubles psychiques, il faut en priorité...

(cochez maximum 4 items) :

- aménager ses horaires de travail
- aider le service à accepter et compenser les éventuels arrêts de travail du salarié
- lui permettre de prolonger ses arrêts de travail
- qu'il s'engage à prendre un traitement médicamenteux
- qu'il soit suivi par un psychiatre
- lui permettre de travailler chez lui
- l'intégrer dans un petit service à taille humaine
- ne pas le mettre en contact avec la clientèle
- réduire ses exigences sur les délais et le niveau de production
- le changer de service
- faire intervenir la médecine du travail pour aménager son poste
- sensibiliser ses collègues de travail à ses troubles
- parler avec le salarié de sa maladie ou de ses troubles pour aménager son poste
- être en contact avec la famille du salarié
- autre. Précisez.....

Qu'est ce qui selon vous motive, en premier lieu, les acteurs des ressources humaines à s'interroger sur le maintien dans l'emploi d'un salarié atteint de troubles psychiques ? (3 réponses possibles)

- l'obligation réglementaire ou légale de l'entreprise
- la politique du handicap de l'entreprise
- le fait de connaître le salarié depuis longtemps
- la participation du salarié handicapé à son maintien dans l'emploi
- la pression du médecin du travail
- se dire que cela pourrait nous arriver à nous aussi
- la pression des proches du salarié ou de son médecin traitant
- la compétence professionnelle du salarié handicapé
- le coût pour l'entreprise de la mise en invalidité ou d'un licenciement
- l'empathie que l'on a pour le salarié
- la valorisation dans son parcours professionnelle d'une action de maintien dans l'emploi
- la richesse personnelle ou professionnelle que cela apporte
- les valeurs de solidarité de l'entreprise
- le fait d'être personnellement concerné par les troubles psychiques dans sa vie privée
- autre. Précisez.....

Cochez les items qui vous semblent vrais, justes ou pertinents :

Les troubles psychiques sont incompatible avec les exigences de l'entreprise.

Les troubles psychiques constituent un handicap pour un salarié dans l'entreprise.

Les troubles psychiques sont une affaire privée, ils ne doivent pas entraver la vie professionnelle.

Le handicap psychique est un handicap comme les autres (sensoriels ou moteurs).

Vous ne savez pas à qui faire appel dans l'entreprise pour vous aider à gérer ces salariés.

Vous vous sentez compétent pour gérer un salarié atteint de troubles psychiques.

La meilleure solution pour un salarié atteint de troubles psychiques est souvent la mise en invalidité.

Le travail permet la guérison des troubles psychiques.

On peut envisager un aménagement de poste pour un salarié atteint de troubles psychiques mais dans votre entreprise les contraintes réglementaires ne le permettent pas.

Les troubles psychiques entravent nécessairement le niveau de production du salarié.

Les personnes atteintes de troubles psychiques ont des difficultés intellectuelles.

La gestion d'un salarié atteint de troubles psychique est du ressort des services médico-sociaux de l'entreprise

Les personnes atteintes de troubles psychiques sont souvent plus intelligentes que la moyenne.

Quelle est votre mission de ressources humaines dans l'entreprise ?

Directeur des Ressources Humaines

Responsable des Ressources Humaines

Combien de salariés êtes-vous amené à gérer dans le cadre de votre mission de ressources humaines ?

de 2 à 7 salariés

de 7 à 15 salariés

de 15 à 30 salariés

de 30 à 100 salariés

plus de 100 salariés

Annexe 6 : Intégrer un salarié handicapé psychique dans l'entreprise (Guide pratique)

**Accueillir et intégrer un salarié
atteint de troubles psychiques
ou handicapé psychique dans l'entreprise**

Air France, EDF, IBM, SNCF, Total

ÊTRE Handicap Information

Conservatoire national des arts et métiers
(Laboratoire Brigitte Frybourg)

Ce guide est destiné aux professionnels de l'entreprise qui sont amenés à rencontrer, collaborer ou accompagner dans son parcours professionnel une personnes handicapée par des troubles psychiques ou une maladie mentale sur son poste de travail. Il ne prétend pas apporter des solutions 'toutes faites' à des situations complexes, mais bien à solliciter une réflexion et permettre un éclairage par rapport au handicap psychique.

Qu'est ce que le handicap psychique ?

Depuis janvier 2004 le handicap psychique est reconnu en tant que tel, distinct du handicap mental (caractérisé par une atteinte des capacités intellectuelles).

Les personnes atteintes de troubles psychiques ou de maladie mentale peuvent légitimement demander la reconnaissance de travailleur handicapé auprès de la Commission des Droits pour l'Autonomie (CDA) et entrer dans les bénéficiaires de la loi d'obligation d'embauche de 1987.

Dans quelles situations parle-t-on de handicap psychique ?

On parle de handicap psychique lorsque l'on observe :

Un dysfonctionnement de la personnalité caractérisé par des perturbations graves, chroniques ou durables du comportement et de l'adaptation sociale. Les troubles psychiques sont plus ou moins intenses, ponctuels ou permanents ou encore plus ou moins précoces. Ils entraînent des itinéraires de vie très différents selon le degré d'autonomie (ou de dépendance) des personnes. Certains malades mènent une existence normale, d'autres vivent de manière plus ou moins permanente en institution ou ont un besoin continu d'aides psychosociales : on parle alors généralement de personnes handicapées psychiques.

1. Quelles sont les principales maladies ou troubles qui vont générer un handicap psychique ?

Différentes classifications des maladies mentales et des troubles psychiques existent. Décrire l'ensemble des troubles psychiques n'a pas d'intérêt particulier par rapport au handicap psychique. En revanche, il nous semble que la distinction traditionnellement opérée par la psychanalyse entre les psychoses et les névroses apporte un éclairage qui permet de sensibiliser aux différents troubles rencontrés.

Qu'est ce qu'un trouble anxieux généralisé ou une névrose ?

Les troubles anxieux (anciennement regroupés sous le terme de névroses) sont des affections psychiques caractérisées par une souffrance et des troubles s'exprimant sous forme psychique (plainte) et/ou somatique et/ou comportementale. Cependant le sujet garde le contact avec la réalité et reconnaît ses troubles comme étant de nature anormale.

Quels sont les troubles anxieux les plus courants ?

→ l'anxiété généralisée

Se définit par l'existence d'un fond permanent d'anxiété et persistant plusieurs mois. Elle se caractérise par un sentiment désagréable de crainte, d'appréhension et de mise en alerte, presque toujours associé à de riches symptômes neurovégétatifs.

→ les troubles phobiques

Se définissent comme la crainte irrationnelle d'un objet ou d'une situation n'ayant pas en soit de caractère objectivement menaçant.

→ les troubles obsessionnels compulsifs

Ils sont marqués par des obsessions (pensées qui s'imposent de façon insistante et incoercible : crainte de la saleté, de la contamination...), et des compulsions (actes irrépressibles bien que leur caractère « décalé » soit reconnu pour neutraliser les idées obsédantes : rituels, lavages...).

→ l'hystérie

Est caractérisée par un « mode d'être » où domine l'hyper expressivité (théâtralisme), la séduction et des manifestations somatiques parfois spectaculaires (paralysies...).

Qu'est ce qu'une psychose ?

Les psychoses les plus courantes sont généralement considérées comme plus graves car l'altération de la personnalité est plus profonde. Le rapport du sujet à la réalité est radicalement et durablement modifié. Elles sont

caractérisées par une profonde perturbation de la pensée et des sentiments qui affectent la communication, la perception et le sens de soi, s'accompagnant de délire, et éventuellement d'hallucinations, et de repli sur soi, d'indifférence aux problèmes quotidiens.

Quelles sont les psychoses les plus courantes ?

→ la schizophrénie

Regroupe un ensemble de troubles mentaux graves caractérisés par leur évolution chronique et par l'association en proportion variable d'un syndrome de désorganisation (discordance), de distorsion de la réalité (hallucinations, délires) et d'appauvrissement (apragmatisme, froideur affective, retrait autistique).

→ la paranoïa

Est une psychose chronique dont le phénomène essentiel est l'interprétation délirante de la réalité (principalement avec des thématiques de jalousie et de persécution) avec toutefois la conservation d'une clarté et d'une cohérence dans la pensée.

→ la psychoses hallucinatoire

Troubles d'idées conduisant à une perception et un jugement erronés de la réalité, fréquemment accompagné d'hallucinations visuelles et/ou auditives.

→ la dépression grave

Etat de tristesse pathologique. La souffrance excessive, par son intensité et sa durée, tout comme sa relation, peu claire ou exagérée, avec les événements de la vie marquent la différence avec les réactions de tristesse normale. S'y ajoute, un état particulier de distance avec le monde comportant une perte de l'affectivité habituelle et un ralentissement psychomoteur handicapant.

→ les troubles bi-polaires ou maniaco-dépression

C'est la coexistence chez un même sujet à des périodes différentes, éventuellement consécutives, d'accès maniaques et d'accès dépressifs. La phase maniaque est caractérisée par une attitude joviale, joyeuse et souvent de manière incongrue. La personne communique aisément, mais peu aussi déborder le cadre des convenances. Elle s'avère insensible à toute contrainte, à tout rappel à l'ordre (notamment physiologique).

Qu'appel-t-on les « états limites » ?

Les états limites (aussi appelés « Border Line ») désignent des pathologies qui renvoient aux troubles de la personnalité.

Ils désignent des pathologies qui ne s'inscrivent ni dans les troubles anxieux (névroses), ni dans les psychoses. Ce qui caractérise les manifestations « limites » sont des troubles de la personnalité marqués par l'immaturation affective, la labilité émotionnelle, la dépression.

2. En quoi les troubles psychiques créent une situation de handicap ?

La situation de handicap n'est pas fonction de la gravité de la maladie mais de l'intensité des déficiences liées aux troubles :

Les troubles sont multiformes et disparates. Tous ne génèrent pas de handicap. Il s'agit cependant d'être en alerte, de les repérer dans l'entreprise afin d'accompagner la personne en cas de besoin.

Quels sont les symptômes des troubles psychiques ?

- Troubles de la pensée : délires, idées obsessionnelles, fuite ou incohérence des idées, lenteur ou appauvrissement de la pensée...
- Troubles de la perception : hallucinations, déréalisation...
- Troubles de la communication et du langage, repli autistique.
- Troubles du comportement : agitation, agressivité contre soi et contre les autres, rites obsessionnels, phobies...
- Troubles de l'humeur : troubles dépressifs ou états maniaques, c'est à dire d'excitation et d'agitation psychomotrice.

- Troubles de la conscience et de la vigilance.
- Troubles du sommeil.
- Troubles intellectuels : mémoire, attention, jugement, orientation temporelle et spatiale, difficultés de conceptualisation et d'abstraction..
- Troubles de la vie émotionnelle et affective : anxiété, angoisse, indifférence, discordance ou instabilité affective, troubles du caractère...
- Expression somatique des troubles psychiatriques : somatisations, plaintes, altération de l'état général...

Comment se manifestent les troubles ?

Toutes ces déficiences ne se manifestent pas simultanément et ne sont pas inéluctables.

Les déficiences ou symptômes ne sont pas tous les mêmes selon le type de trouble ou de maladie.

Par ailleurs les symptômes sont souvent temporaires ou passagers.

La manifestation de ces troubles à différents moments de la maladie génère tout d'abord une grande fatigabilité et parfois une certaine lenteur dans l'exécution ou la compréhension des tâches. Il est donc nécessaire d'être clair et précis en énonçant les consignes afin de donner au salarié le temps et les moyens d'organiser son travail.

Certains comportements peuvent être inappropriés dans l'entreprise : une trop grande familiarité, une tenue vestimentaire inadaptée, des gestes déplacés. Ces comportements, parfois déconcertants sont les signes de troubles qui envahissent le salarié.

L'expérience de la maladie entraîne souvent une perte de confiance en soi et une dévalorisation notamment professionnelle. Il en résulte une anxiété et des peurs incontrôlables. Il faut donc accompagner le salarié en valorisant ses compétences et sa participation, tout en l'autorisant à exprimer ses craintes.

3. Rompre avec quelques préjugés

Handicap psychique ne signifie pas nécessairement « déficience intellectuelle ». Au contraire la population handicapée psychique est souvent plus diplômée que la population handicapée en générale, voire que la population active globale.

Toutes les personnes atteintes de troubles psychiques ou de maladie mentale ne sont pas nécessairement handicapées par les symptômes. Ils peuvent parfois être totalement stabilisés et ne pas avoir de conséquences notables sur la vie sociale et professionnelle du salarié.

Troubles psychiques ou maladies mentales ne se manifestent pas nécessairement par des symptômes spectaculaires ou délirants.

Troubles psychiques ou maladies mentales ne génèrent qu'exceptionnellement des comportements violents

Les troubles psychiques et les maladies mentales ne sont pas figés. On ne les guéri pas aisément mais ils peuvent être soignés. Un certain nombre de traitements thérapeutiques ou psychotropes permettent une stabilisation.

On peut envisager un aménagement de poste pour un salarié handicapé psychique. Cet aménagement ne prendra pas la forme d'une compensation technique de la déficience mais peut se faire autour de l'accompagnement du salarié ou d'une réorganisation du travail.

4. Que faire face à un salarié en période de crise ou qui ne reconnaît pas ses troubles ?

L'amener à se faire soigner ou à se faire suivre avec l'aide du médecin du travail, de l'assistante sociale, du psychiatre de l'entreprise ou de son entourage (si le salarié n'est pas dans une démarche thérapeutique).

Envisager une réorganisation du travail pour protéger le salarié et l'environnement de travail : éviter les situations conflictuelles, éventuellement aménager les horaires, repérer les possibilités professionnelles du salarié, définir des tâches précises et faire régulièrement un point avec le supérieur hiérarchique.

Sensibiliser l'environnement de travail et les responsables hiérarchique aux troubles de la personne.

Accompagner l'environnement de travail pour éviter une souffrance psychique liée à l'incompréhension de la manifestation des troubles.

Face à un salarié signalé par l'environnement de travail comme ayant des difficultés professionnelles, une responsable des ressources humaines dans une grande entreprise française adopte systématiquement une attitude méthodique de prise en charge :

En créant une relation de confiance avec le salarié pour l'aider à reconnaître ses difficultés et l'amener à se faire soigner (le médecin du travail, le psychiatre ou un proche du salarié peuvent être des appuis décisifs dans cette démarche).

En rassurant le salarié sur son évolution professionnelle. Il s'agit de lui redonner confiance en l'entreprise et en lui même en valorisant ses points forts. Une fois le dialogue établi le salarié pourra ainsi également reconnaître ses limites.

Faire un point sur sa situation professionnelle. C'est non seulement analyser son parcours professionnel, mais également envisager les possibilités de mobilité, de formation ou de reconversion. C'est le moment où le salarié doit s'inscrire dans un projet professionnel réaliste et cohérent. Cela passe parfois par un « deuil professionnel » qui peut prendre du temps.

Enfin, l'environnement de travail doit être impliqué dans la prise en charge. Il est donc nécessaire de l'informer de la situation du salarié et d'adopter une position d'écoute des collègues de travail souvent impuissants face à la manifestation des troubles.

5. Comment se positionner face à un salarié handicapé psychique ?

Il faut autoriser le salarié à parler de ses troubles et définir ses besoins pour lui permettre de devenir acteur de son insertion professionnelle :

Par la reconnaissance Cotorep qui peut être un outil de compréhension des troubles et de définition de ses besoins par le salarié. C'est également un moyen d'officialiser la maladie et de déculpabiliser le salarié. Cette reconnaissance est cependant un outil limité dans la mesure où c'est également un vecteur de stigmatisation.

Le médecin est un référent déterminant pour mettre en confiance le salarié et suivre son évolution dans l'entreprise, tout en garantissant le secret médical. Par ailleurs il se porte garant de l'accompagnement médical du salarié vis à vis de sa hiérarchie.

En levant les ambiguïtés. Les symptômes liés aux troubles psychiques font souvent l'objet d'incompréhension, de sur-interprétation ou de projections fantasmatiques. En nommant la maladie dans l'entreprise, on se donne les moyens de considérer les besoins pour l'insertion professionnelle.

En permettant, lorsque l'entreprise ne trouve pas de solution en interne, que le salarié devienne porteur d'un projet également en dehors du travail et de

l'entreprise. (ex : projet de reconversion, stages de découvertes à l'extérieur de l'entreprise...)

Un salarié, ingénieur dans une grande entreprise publique explique son maintien dans l'emploi à la suite de la déclaration d'une psychose générant des hospitalisations en psychiatrie, par une « officialisation » de sa maladie :

En faisant reconnaître sa qualité de « travailleur handicapé » par la Cotorep. Cette démarche a permis au « correspondant handicap » de le suivre dans l'entreprise et au salarié de faire le travail d'acceptation de ses limites du fait de ses troubles psychiques.

En faisant reconnaître officiellement ses absences par le médecin du travail. Ainsi les doutes sur des absences ponctuelles liées au traitement ou à de courtes hospitalisations ont été levés.

En écrivant un article d'information et de sensibilisation sur sa maladie à l'intention de ses collègues de travail et de ses supérieurs hiérarchiques. Le dialogue a ainsi pu être rétabli au sein de l'équipe de travail, les ambiguïtés ont disparues et le salarié s'est déculpabilisé de certains comportements parfois inadaptés dans l'entreprise.

6. Qu'est-ce qu'un aménagement de poste ?

Ce qui manque le plus souvent à un salarié handicapé psychique est la confiance en lui et en ses compétences professionnelles. Par ailleurs le rythme de vie est parfois décalé et l'entreprise peut travailler sur sa capacité à assouplir la planification pour permettre au salarié d'organiser son travail en tenant compte de ses besoins spécifiques.

Sur quelles dimensions professionnelles peut porter l'aménagement de poste ?

Les horaires de travail : une personne phobique peut avoir besoin par exemple de se déplacer en dehors des heures d'affluence dans les transports.

Le temps de travail : certains traitements fatiguent beaucoup les salariés. Le temps partiel peut être un moyen de maintenir dans l'emploi une personne en situation de handicap psychique lorsque les troubles sont importants.

La répartition du travail : certaines personnes seront plus à l'aise avec une répartition des horaires rassemblés sur certains jours de la semaine. De même une annualisation du temps de travail peut parfois être envisagée.

L'organisation du travail : Du fait de troubles relationnels, il est parfois pertinent d'envisager une organisation du travail en autonomie. Inversement certains salariés seront rassurés par l'encadrement d'un travail en équipe.

La planification du travail : L'organisation du travail peut être envisagée sous forme de mission ou de projets permettant au salarié d'organiser son travail avec plus de souplesse.

Un accompagnement par l'encadrement : L'aménagement du poste de travail passe par une mobilisation des professionnels de l'encadrement (supérieur hiérarchique, DRH, manager). Il s'agit de réassurer le salarié professionnellement, faire le point régulièrement avec lui, formuler des objectifs clairs et atteignables. Ce suivi professionnel donne un cadre au salarié et un espace de discussion positifs.

Le temps de l'autonomie professionnelle : Le salarié à parfois besoin de temps pour intégrer un nouveau poste ou de nouvelles tâches. Des supports écrits ou informatiques lui permettront de trouver une certaine autonomie par rapport à son apprentissage.

Le télétravail : Envisager la possibilité pour le salarié de travailler chez lui lorsque les contraintes réglementaires de l'entreprise sont trop pesantes.

Les aides salariales : En permettant des aides personnelles (financières, sociales...), l'entreprise participe à l'insertion sociale du salarié souvent

indispensable à la stabilisation de la maladie et à la diminution des symptômes.

Les périodes de transition professionnelle : il faut envisager le recours à des stages de mise en situation de travail afin que le salarié puisse tester et évaluer ses limites. Afin que l'entreprise puisse également avoir une visibilité sur les capacités du salarié.

Un informaticien, atteint de syndrome d'épuisement chronique (burn-out) a totalement réorganisé son travail après une longue période d'hospitalisation suite à un apprentissage de la maladie et une reconnaissance de celle-ci. A partir d'un bilan professionnel avec son manager, ce salarié assume son travail 3 jours par semaine, en accord avec ses besoins de récupération. Par ailleurs il a diminué son stress professionnel en évitant le contact avec la clientèle et en travaillant la majorité du temps chez lui grâce au télétravail.

Un ingénieur ayant déclaré une psychose bi-polaire au cours de sa carrière a réorganisé son travail en partenariat avec son supérieur direct. Afin de compenser les troubles de l'humeur, ce salarié travail désormais en mode projet sur des mission à long terme. Il fait régulièrement un point avec son supérieur sur ses objectifs professionnels afin de le réassurer sur sa participation. Enfin, il a été aidé par le correspondant handicap pour obtenir une mutation dans un environnement plus favorable à la stabilisation de ses troubles, dans une ville de province, proche de sa famille.

Ces deux salariés ont par ailleurs été aidés matériellement par leur entreprise à la réalisation d'activités hors-travail (lutherie, peinture) qui participent favorablement à leur équilibre psychique dans leur vie sociale et professionnelle.

7. Certaines conditions sont indispensables pour accueillir un salarié handicapé psychique.

- La participation active et volontariste de l'environnement de travail. Le handicap psychique interfère souvent les relations professionnelles. Les membres de l'équipe de travail sont concernés par cette rencontre et sont des acteurs à part entière de l'insertion professionnelle.
- Partir réellement d'une démarche d'insertion professionnelle et non de solidarité ou d'assistantat. Cela consiste à faire un point sur les aptitudes professionnelles de la personnes, son projet professionnel, ses possibilités de mobilité ou de formation afin d'inscrire à la fois l'entreprise et le salarié dans une perspective de maintien dans l'emploi.
- L'entreprise doit accepter la gestion dans le temps de l'accompagnement du salarié. Le handicap psychique est un handicap discontinu pour lequel les évolutions sont parfois lentes. La problématique d'insertion ne peut donc être envisagée dans un temps court et délimité.
- Il faut accepter les limites de ses capacités d'accompagnement. L'entreprise n'a pas nécessairement les ressources et les outils en interne pour accueillir le salarié. Il faut prendre la mesure de ses compétences pour faire appel à des experts à l'extérieur de l'entreprise.

- L'attitude d'accompagnement de l'entreprise : cet accompagnement peut être assuré soit par un tuteur, un référent, un accompagnant. L'accompagnement peut prendre différentes formes, mais doit s'appuyer sur une relation de confiance pour permettre un point d'appui au salarié et maintenir le lien avec l'entreprise.

Un salarié issu d'un centre d'aide par le travail a été embauché dans un atelier d'entretien de l'équipement d'une grande entreprise de transport. L'ensemble des salariés de l'atelier s'est porté volontaire pour accueillir ce salarié malgré certaines difficultés relationnelles. Une psychologue est intervenue pendant plusieurs mois sur le lieu de travail afin de lever les incompréhensions sources de conflits dans l'équipe. Par ailleurs, le responsable de l'atelier a accepté de jouer le jeu de la prise en compte de la spécificité du salarié considérant que c'est une démarche non seulement valorisante pour l'équipe de travail mais également source d'enrichissement. Enfin le salarié continue régulièrement à être suivi par la psychologue qui le réinscrit dans un projet professionnel réaliste (ce salarié a tendance à se surestimer professionnellement) et assure une « veille » médico-sociale en cas de difficultés.

8. Qui peut intervenir dans la maintien ou l'accueil du salarié ?

Quel est le risque principal d'accompagnement d'un salarié ?

Du fait de la proximité avec le salarié, il arrive que l'environnement de travail se surinvestisse dans le maintien dans l'emploi ou la guérison, par empathie pour un collègue atteint de troubles psychiques. Cette présence est décisive pour l'insertion professionnelle. Cependant, du fait des évolutions parfois lentes et des incompréhensions de la manifestation des troubles, à terme, cet investissement peut générer une souffrance pour l'environnement de travail. De plus, elle enferme l'équipe de travail dans une problématique affective qui ne permet pas de se poser la question de l'aménagement de poste. C'est pourquoi, une multitude d'acteurs doit être mobilisée dans l'entreprise pour tenter de professionnaliser le maintien dans l'emploi.

A qui faire appel ?

Au médecin du travail : il garantit un accompagnement médical indispensable et joue un rôle de veille technique rassurant pour le salarié et pour l'entreprise.

Aux infirmiers : ils ont souvent un rôle d'écoute et de disponibilité importante sur le terrain. Ils peuvent souvent accompagner le salarié à se faire soigner et signaler une situation de dégradation de l'état de santé mentale. Ce sont des acteurs qui ont une grande visibilité du terrain.

Au supérieur hiérarchique : C'est à lui qu'incombera la responsabilité d'innovation en termes d'organisation du travail. Il a besoin d'être épaulé et reconnu par rapport à ce travail. C'est un acteur déterminant pour le salarié avec lequel il doit créer une relation de confiance.

Aux Ressources Humaines : Elles sont un appui technique par rapport à l'aménagement de poste. Elles mobilisent les ressources et outils de gestion des hommes de l'entreprise pour maintenir le salarié et lui permettre une évolution professionnelle (formation, mutation...).

Au psychologue : il joue un rôle d'accompagnement du salarié afin de l'inscrire dans un projet professionnel réaliste. De part sa position neutre au sein de l'entreprise, c'est également un médiateur entre le salarié et l'environnement de travail lorsque le lien social est rompu. C'est aussi un accompagnant de l'environnement de travail lorsqu'il y a une situation de conflit générant une souffrance.

Au psychiatre : il représente une expertise médicale non négligeable pour l'entreprise. Il peut intervenir à la fois auprès des acteurs du médico-social, pour une sensibilisation, mais aussi pour une prise de contact du salarié avec la psychiatrie.

A la mission handicap : elle inscrit l'accompagnement du salarié dans une attitude professionnelle et distancie l'implication affective de

l'environnement de travail. Par ailleurs, la mission dispose d'outils d'aménagement de poste et d'accompagnement. Enfin ils valorisent les efforts de l'environnement de travail.

Aux Assistantes Sociales : elles permettent un accompagnement global du salarié en faisant le lien entre la vie privée et la vie professionnelle. Elles permettent donc un suivi en dehors de l'entreprise qui participe à la stabilisation des troubles et au maintien dans l'emploi.

Aux Organisations Syndicales ou CHSCT : ils permettent parfois de cadrer les revendications d'un salarié qui souffre de persécution ou de paranoïa. Ils ont également un rôle d'alerte lorsqu'un salarié est en souffrance.

L'enjeu est de coordonner le réseau, que chacun puisse se relayer par rapport aux différents moments de l'insertion et prenne toute la dimension de sa part de responsabilité par rapport à l'accompagnement du salarié.

La coordination du réseau peut passer par des voies plus ou moins formelles :

dans certains cas ce sont des réunions officielles qui réunissent l'ensemble des acteurs de façon régulière pour faire le point sur les salariés handicapés

dans d'autres cas c'est tout simplement une proximité géographique ou encore des bilans informels qui peuvent permettre la coordination.

Quelle que soit la situation certaines conditions sont indispensables :

La reconnaissance de l'expertise dans des domaines distincts (professionnel, médical ou social) de l'ensemble des acteurs.

La limite de ses propres capacités d'accompagnement et le nécessaire transfert des responsabilités selon les situations.

La reconnaissance de la nécessité de l'ensemble des intervenants de l'insertion pour répondre à la diversité des besoins des personnes handicapées psychiques dans leur insertion professionnelle.

9. Sur qui peut-on s'appuyer à l'extérieur ?

- le médecin traitant par l'intermédiaire du médecin du travail.
- Un proche du salarié (conjoint, famille, amis...).
- Le tuteur du salarié en cas de tutelle ou curatelle.
- Un organisme d'appui technique ou de conseil (structure d'insertion, conseil en maintien dans l'emploi).
- Des structure de travail de transition pour des évaluations en milieu de travail ou une reconversion professionnelle (entreprises d'insertion, centres de mise en situation professionnelle).

Certaines entreprises n'hésitent pas lors de maintien dans l'emploi de salariés ayant déclaré une maladie mentale ou des troubles psychiques à faire appel à des organismes d'insertion spécialisés afin de faire un bilan professionnel à partir de stages d'évaluation ou de mise en situation professionnelle. Ces périodes de transitions sont profitables non seulement au salarié qui dès lors se réinscrit dans une démarche professionnelle, observe un temps de ré appropriation de son parcours professionnel, mais également pour l'entreprise qui trouve là un support de réflexion, et un appui technique pour un reclassement ou un maintien dans l'emploi.

10. Quelle est la participation du salarié handicapé à son insertion professionnelle ?

Accepter que l'entreprise ne puisse réparer les troubles et que « travail » ne signifie pas nécessairement la guérison.

S'engager à être suivi à l'extérieur et continuer à prendre son traitement. (un contrat moral peut être passé avec le médico-social).

Savoir que l'on peut s'appuyer sur des personnes ressources dans l'entreprise pour ne pas s'isoler (médecine du travail, assistantes sociale, supérieur hiérarchique lorsque relation de confiance, cellules médico-psychologiques). Il s'agit pour le salarié de développer un réseau à l'intérieur de l'entreprise sur lequel il peut compter en cas de difficultés soit professionnelles ou personnelles.

Le salarié est le premier à pouvoir déterminer ses besoins pour l'insertion professionnelle et à proposer des pistes d'aménagement de poste.

Le contrat passé avec l'entreprise est un contrat professionnel avant tout et le salarié doit s'appuyer sur ses compétences et habiletés professionnelles pour honorer ce contrat.

Après un temps de stabilisation de la maladie et de compréhension des troubles certaines personnes en réinsertion professionnelle n'osent pas exprimer de besoins spécifiques de peur d'être stigmatisés dans l'entreprise.

Il s'avère que c'est le salarié qui prioritairement est garant de son insertion professionnelle. Pour cela il doit non seulement reconnaître ses « limites » professionnelles mais également participer à la réflexion sur son maintien dans l'emploi. Ainsi les malentendus, les conflits ou risques de désinsertion peuvent être évités et la réflexion sur l'évolution professionnelle peut porter ses fruits.

Les salariés pour lesquels le maintien dans l'emploi a été possible, sont ceux qui ont passé un contrat moral avec l'entreprise par rapport au suivi de leur maladie et qui ont su formuler leurs besoins professionnels pour une participation pleine et active.

"Lorsque les troubles psychiques deviennent un handicap : le salarié et l'entreprise à l'épreuve du maintien dans l'emploi "