

Troubles psychiques et emploi

Bernard Gaillard¹

Introduction

L'insertion professionnelle et sociale des personnes différentes, et plus particulièrement de celles porteuses de troubles psychiques, est un souci récurrent. En 2004, des acteurs du sanitaire, du social, de l'entreprise et de l'insertion professionnelle d'Ille et Vilaine ont fait ce constat d'une insuffisance des réponses apportées en matière d'insertion professionnelle et de maintien en emploi pour ces personnes. Ces acteurs ont exprimé leur volonté d'œuvrer à mieux comprendre ce qui «fait handicap» et mieux définir les conditions, méthodes, stratégies, qui répondent aux besoins spécifiques de personnes présentant des troubles psychiques et de préciser les outils d'une efficace compensation au travers de la mise en œuvre de l'expérimentation dénommée « Fil Rouge » grâce au fonds social européen EQUAL. Une des particularités de Fil Rouge est la mise en place d'un partenariat opérationnel, concrétisé par la constitution d'une équipe d'intervention composée de personnel détaché de différentes institutions et formant une équipe pluri-professionnelle. Par son expérience, ce collectif s'est forgé une culture qui dépasse les repères et frontières habituels grâce à un croisement des regards, des savoirs, des pratiques et des discours.

1. Les troubles psychiques

Le handicap psychique concerne un nombre important de personnes, les maladies mentales étant évaluées à environ 2 % de la population en France. L'UNAFAM parle de 600 000 personnes au moins atteintes de troubles psychiques graves en France. Une étude du CTNERHI identifie 7,8 millions de personnes de plus de 20 ans présentant une limitation de l'activité du fait de troubles de l'humeur, du comportement ou de troubles psychiques. Les pathologies psychiques constituent l'une des causes importantes de mise en invalidité. Evoquer le trouble psychique conduit à évoquer le rapport entre normal-pathologique et anormal, question discutée notamment par Georges Canguilhem (1943). En matière de troubles psychiques, la notion de maladie et de handicap n'est pas univoque.

1.1. Approches et problèmes conceptuels sur le trouble psychique

La maladie mentale est une désignation très liée à son contexte historique, idéologique et scientifique. Le malade mental est, de plus, associé au vécu de chacun face à ce qui peut apparaître comme étrange chez l'autre. L'OMS définit la santé mentale comme « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté ». Dans une triple inscription, le trouble psychique est « cet ensemble indissociable d'une vulnérabilité biologique, d'une souffrance psychique unique et d'un trouble socialement et culturellement affiché² ». De manière extensive, la maladie mentale et le trouble psychique sont conçus comme pouvant produire du handicap. La notion de handicap psychique, se démarquant du handicap mental associé à la déficience intellectuelle, met l'accent sur les incapacités touchant le domaine cognitif, les habiletés psychosociales, et ainsi les besoins des personnes concernées. Les personnes handicapées psychiques sont reconnus comme ayant besoin de soins de manière durable autant social que sanitaire afin de leur permettre un fonctionnement satisfaisant dans la vie quotidienne. Cependant, certains estiment que les dispositifs doivent se différencier entre ceux à visée sociale et ceux du champ de santé. Selon les propos rapportés

¹ Docteur en psychologie clinique, ancien directeur Master 2 Cliniques Criminologiques et Victimologiques Université Rennes 2.

² P. Joly (1997) *Prévention et soins des maladies mentales, Bilan et perspectives*, rapport au Conseil économique et social, Paris, ENSP, juin 1997.

de Claude Laurent³ « le dispositif d'aide sociale reste spécifique. On ne doit pas assimiler maladie et handicap⁴ ». La notion de situation de handicap s'élabore autour de « trois critères distinctifs du handicap psychique (l'intelligence, la médicalisation, la variabilité), pour une caractéristique principale de ce type de situation : l'extrême fragilité⁵ ».

Les approches de la psychiatrie évoluent. Le Dr.Ph.Carrière⁶ souligne l'apport des neurosciences cognitives dans la clinique des psychoses, les progrès de la thérapeutique avec la psychopharmacologie (meilleure efficacité, meilleure tolérance, plus grande attention au fonctionnement cognitif, meilleure observance thérapeutique) et l'émergence des principes de la remédiation cognitive. De nouvelles missions sont à envisager pour les soignants. Au delà des stratégies thérapeutiques de stabilisation des symptômes, il s'agit de viser la rémission comme amélioration durable chez le sujet. Cette amélioration fait des manifestations symptomatiques moins envahissantes et des capacités de fonctionnement social satisfaisantes. Le nouveau rôle pour les soignants porterait sur le lien avec l'entourage du patient. Il s'agirait aujourd'hui de maintenir et renforcer ce lien, de repérer les signes de rechutes et de viser la réduction du stress de la vie quotidienne. Le concept de rémission engage un nouvel abord du patient, le thérapeute venant s'appuyer sur la capacité du patient à se reconnaître comme malade, à reconnaître les conséquences sociales de sa maladie, à comprendre et adhérer aux traitements. Les prises en charge viendraient tendre à apprendre au patient à réduire ses fluctuations émotionnelles et à trouver des modalités de « coping » face aux situations de conflit.

La politique publique actuelle en santé mentale n'est pas sans risque. Suite au Rapport de la Cour des comptes, Caroline Muzard-Salci évoque l'interpellation des pouvoirs publics sur la question de la mise en place d'une politique de « santé mentale » en France « relevant de l'esprit de secteur et de ses excès, mais avec en plus la croyance d'une possible disparition de la maladie mentale (puisque le vocable, comme celui d'hôpital psychiatrique, n'est plus employé), vers un abrasement de la différence que constitue le trouble psychique passant par une diminution de sa lisibilité sociale et conduite par les différentes structures visant l'insertion du malade mental⁷ ». Cette politique publique est régulièrement interrogée sur la question de la dangerosité psychiatrique.

1.2. Questions praxéologiques en lien avec le réglementaire

Le handicap psychique s'étaie au travers de nombreuses pratiques et protocoles professionnels. Cette prise en charge sociale du handicap est cependant récente dans l'histoire humaine. Elle est apparue très forte en France à propos des "invalides" et anciens combattants de la Guerre 1914-18. Après 1945, la mise en place de dispositifs d'aide et de protection vise à prendre en charge le désavantage subi par les victimes de guerre ne pouvant pas satisfaire un minimum de besoins. En 1957, le droit français reconnaît un statut particulier au "travailleur handicapé", c'est-à-dire à toute personne dont les possibilités d'acquérir ou de conserver un emploi sont réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales. La loi de 1975 a organisé les procédures de reconnaissance et le statut de handicapé en organisant le travail des personnes handicapées dans structures spécifiques,

³ Président de l'Union régionale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales, qui souligne que Les associations de parents emploient 6 800 salariés et gèrent 8 000 places pour enfants et adultes handicapés, In Ouest-France du 05 décembre 2008.

⁴ In Ouest-France du 05 décembre 2008, Les familles d'handicapés mentaux inquiètes .

⁵ Jean-Yves Barreyre, Yara Makdessi (décembre 2007) Handicap d'origine psychique et évaluation des situations, Recherche-action en matière d'évaluation conjointe du handicap psychique réalisé par la Délégation ANCREAI Ile-de-France pour le compte de la CNSA.

⁶ Lors du Forum du 3 juin 2008 à St-Brieuc.

⁷ Caroline Muzard-Salci (2004) La pensée de l'exclusion ou l'impossible altérité, De la psychiatrie à la santé mentale in Figures de la psychanalyse (2004) n°10 2004/2, p. 115 à 152.

type CAT. La loi du 11 février 2005 sur l'égalité des chances et des droits, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées permet une définition du handicap en dehors de la seule notion de travail et envisage les handicaps de toute nature y compris psychiques. Cette loi réaffirme également l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés instaurée par la loi du 10 juillet 1987 et crée le Fonds d'insertion pour les personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP). Définir le handicap psychique reste cependant une tâche et un enjeu complexe car a des spécificités de l'ordre d'une variabilité, instabilité des éléments phénoménaux. Soizick de Berranger avance que le handicap psychique « n'est pas figé. Il ne se situe pas dans une échelle – léger, moyen, profond – avec stabilité des manifestations. Ce handicap est fluctuant, et la stabilisation passe pour partie par un bon suivi médical et la prise régulière d'un traitement, l'autre partie étant le soutien social, qui sera évoqué un peu plus loin⁸ ». Confrontés à cette difficulté d'évaluation, les cliniciens constatent l'envahissement de la personne par l'angoisse. Soizick de Berranger poursuit sur l'évolutivité des symptômes en remarquant que « s'ils sont variables d'une personne à l'autre, ils le sont aussi chez une même personne. Et même si son intelligence reste intacte dans la maladie psychique, elle a des difficultés à l'utiliser, gênée par d'autres facteurs handicapants. Très fragilisée par la maladie dont elle est atteinte, elle souffre entre autre d'apragmatisme, de manque de confiance en elle (et dans les autres, parfois), avec de grandes difficultés de communication, de concentration. Elle est pétrie d'angoisses et de peurs⁹ ».

Le Dr.Loïc Le Moigne¹⁰ évoque les appréciations des équipes de psychiatrie qui soulignent l'importance des conséquences sociales (isolement, stigmatisation, risque de marginalisation, etc.) dues en partie au sentiment d'étrangeté que suscite, chez les autres, certains comportements ; le caractère imprévisible de ce handicap, la variabilité des troubles (handicap instable), les difficultés pour l'entourage d'identifier et de comprendre les manifestations de ce handicap non visible : exemple des problèmes posés pour s'habiller correctement, s'alimenter, sortir, pour les soins d'hygiène pour un sujet apragmatique du fait de troubles schizophréniques: besoin de sollicitations le sujet étant perdu dans son autisme ; problème de l'ambivalence qui paralyse l'action ; sujet déprimé avec perte de l'élan vital qui n'a plus envie de sortir, de se laver, qui ne s'alimente plus l'entourage en voulant le stimuler, majore le vécu dépressif d'incapacité et la culpabilité alors que la moindre action est douloureuse ; la pensée est pénible ; les réactions inappropriées en situation de travail, angoisse, réactions persécutives dans une situation relationnelle apparemment banale (remarque, critique adaptée). Il rappelle les caractéristiques relevées dans le rapport Charzat¹¹ : stigmatisation, méconnaissance, crainte ; souffrance de la personne ; fragilité, vulnérabilité de la personne handicapée ; isolement, rupture du lien social ; variabilité, imprévisibilité ; durabilité, évolutivité des troubles ; poids des traitements médicaux ; souffrance et charge de la famille et de l'entourage.

Les contraintes réglementaires œuvrant à l'insertion donnent lieu à des constructions institutionnelles, programmatiques, évaluatives. Ces effets d'institutionnalisation ont donné lieu à critiques. Ainsi pour S. Ebersold, l'institutionnalisation est une « *pratique sociale qui va conduire d'un comportement informel à une conduite nommée, normée, repérée, et contrôlée socialement*¹² ». Les indicateurs mobilisés pour évaluer l'insertion sont toujours sources de polémiques. Cette institutionnalisation produit le concept d'inemployabilité. Les caractéristiques spécifiques des personnes porteuses de troubles psychiques ne produiraient-

⁸ Soizick de Berranger (2004) Travail et handicap psychique, in Empan, Erès, n°55 2004/3, pp.111-114.

⁹ Soizick de Berranger (2004) op.cit.

¹⁰ Lors du Forum Fil Rouge, Lorient, 17 juin 2008.

¹¹ Rapport Charzat, mars 2002, 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.

¹² Serge Ebersold (2001) La naissance de l'inemployable, ou l'insertion au risque de l'exclusion, Rennes : PUR.

elles pas des dispositifs particuliers argumentés venant soutenir cette incasabilité au travers des termes tels que hétérogénéité, instabilité, partenariat ? Il est souvent fait le constat d'une hétérogénéité des pratiques et des discours tenus dans le secteur sanitaire et celui du secteur social, et de travailler à une plus grande cohérence. Bernard Pachoud¹³ et Coll. remarquent qu'en matière d'insertion « presque tout les distingue ; en premier lieu leurs objectifs : les soins dans le premier cas, la réinsertion ou l'intégration sociale dans le second, mais aussi la formation des professionnels qui y travaillent : les soignants pour le sanitaire (médecins, infirmières, psychothérapeutes), les formateurs, éducateurs, assistants sociaux, gérants de tutelle pour le secteur médico-social¹⁴ ». L'évaluation de la situation de la personne est à interroger dans sa méthodologie et ses attendus. Une trentaine d'outils d'évaluation ont été recensés dans une recherche menée par Jean-Yves Barreyre & Yara Makdessi qui ont présenté différents modèles¹⁵. La pratique de bilan de réinsertion peut comporter plusieurs volets : une évaluation psychopathologique, un bilan de compétence, un conseil d'orientation. La notion de Centre Ressources recouvre cinq missions : accueil, évaluation, appui-conseil, formation, documentation-recherche. An Treiz¹⁶ propose un bilan positionnement ayant pour objectif « à partir d'un premier diagnostic, de préconiser les étapes les mieux appropriées au développement du projet de la personne, en fonction de son cursus, de ses aptitudes et difficultés ». Le clinicien évalue un état de la personne à un moment donné, mais observe également son évolution. Plusieurs configurations évolutives sont rencontrées. B Pachoud en repère trois : une stabilisation après amendement des troubles laissant ne persister qu'une fragilité et/ou un risque de rechute ; une persistance des troubles avec une stabilisation sur un mode chronique ; et une alternance de périodes d'amélioration et de rechutes, dont il importe de repérer les facteurs déclenchants quand ils existent et peuvent être éventuellement évités. Il insiste pour dire « qu'en l'absence de stabilisation, il est encore plus difficile de pronostiquer l'aptitude à l'emploi. À l'inverse, une stabilisation déjà ancienne avec une reprise d'activité depuis cette stabilisation est un indice de bon pronostic pour l'insertion¹⁷ ». En acceptant l'idée que la plupart des troubles psychiatriques vont de pair avec un handicap persistant, de nouvelles exigences sont formulées dans les modèles thérapeutiques pour optimiser le pronostic à long terme des patients en lien avec une acceptabilité sociale et professionnelle. Soucieuse de modification positive de la personne, la réhabilitation psychosociale englobe des interventions de réadaptation et de réinsertion. Celles-ci intriquent professionnels et différents lieux à vivre. Ainsi la réhabilitation « psychiatrique - pratiquée par des psychiatres, des psychologues, des travailleurs sociaux, des infirmiers, des rééducateurs et les patients eux-mêmes et leurs familles - vise à améliorer autant que possible les capacités des personnes présentant un handicap dans la vie, l'apprentissage, le travail, les relations sociales et l'adaptation¹⁸ ». La personne handicapée, porteuse de troubles psychiques, n'est plus seulement un patient ou un cas social mais un usager des services proposés par l'Etat. Michel Autès constate cette émergence de la notion d'usager et souligne cette transition, c'est-à-dire « *la mutation essentielle qui touche les référentiels de l'action sur autrui. L'action ne procède plus de ce qui nous réunit : la dette, le devoir d'assistance mais de ce qui nous sépare :*

¹³ Bernard Pachoud, Marli Nascimento Stieffatre (2005) *Psychopathologie et réinsertion professionnelle, Une clinique pluridimensionnelle requérant des ressources théoriques pluridisciplinaires*, in Cliniques Méditerranéennes, n° 72 2005/2, p.147 à 171.

¹⁴ Bernard Pachoud, Marli Nascimento Stieffatre (2005) op.cit.

¹⁵ Jean-Yves Barreyre, Yara Makdessi (décembre 2007) Handicap d'origine psychique et évaluation des situations, Recherche-action en matière d'évaluation conjointe du handicap psychique réalisé par la Délégation ANCREAI Ile-de-France pour le compte de la CNSA.

¹⁶ Association An Treiz, 4 Hent Glaz, 29000 Quimper.

¹⁷ Bernard Pachoud, Marli Nascimento Stieffatre (2005) op.cit.

¹⁸ E. Giraud-Bar (2007) Réhabilitation sociale en France, in Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique Volume 165, Issue 3, April 2007, Pages 191-194.

l'autonomie de l'individu, sa liberté et ses choix, sa responsabilité qui en découle, son devoir vis-à-vis de la Société. Le remplacement de la logique d'assistance par la logique d'insertion résume ce passage fondamental au sein des pratiques du travail social¹⁹ ». Le droit des usagers est devenu un thème important. Au-delà d'une question de droit, l'enjeu est de permettre une place importante aux personnes bénéficiaires dans les actions menées, d'interroger en permanence l'éthique de ces actions. L'évolution des personnes est alors liée aux relations d'alliance avec l'utilisateur autant que la technicité des professionnels et la cohérence des structures. Les temps passés en mise en relation, en écoute est un élément premier de l'activité des services.

2. Problème d'insertion et de maintien en emploi des personnes présentant des troubles psychiques

Aborder les questions d'inscription des personnes présentant des troubles psychiques dans les champs socio-économiques et de l'emploi a conduit les professionnels et les politiques à utiliser de nouvelles expressions, à faire référence à certains mots dans leurs discours. Ainsi, les mots insertion, aide, accompagnement, compensation, empowerment, projet, inclusion, partenariat, remédiation ont envahi la culture professionnelle. Il nous faut rechercher quelles réalités ils recouvrent, et inventorier les opportunités qu'ils créent de conceptualisation. Le Dr. Loïc Le Moigne au cours d'un Forum Fil Rouge, évoque les particularités et complexité de ce handicap liés aux troubles psychiques, et parle de problèmes dans l'adaptation, le comportement, la relation de ces personnes ; les difficultés spécifiques dans l'appréhension des problèmes posés par le handicap psychique ; les difficultés d'insertion sociale et professionnelle avec 80% des patients schizophrènes inactifs et seulement 8% travaillant en milieu ordinaire. Il mesure la gravité et les difficultés de cette mission d'insertion pour l'ensemble des personnes engagées dans ce domaine mais aussi le souci de précarité et d'exclusion des personnes handicapées.

2.1. Une insertion problématique

L'insertion est l'action « visant à faire évoluer un individu isolé ou marginal vers une situation caractérisée par des échanges satisfaisants avec son environnement²⁰ ». Viser l'insertion va de soi mais elle vient dire la souffrance de l'humain à penser que d'autres soient exclus des groupes sociaux, et pire n'ont pas jouissance d'un minimum vital. Elle vient dire un sentiment de honte à l'encontre de ce que chacun pourrait avoir commis, y compris à son insu, pour permettre l'exclusion. Penser l'insertion serait en même temps tentative de réparation psychique dans la dimension de l'humanité. Les politiques d'insertion viennent également dire les échecs et les tentatives de réparation de politiques communes qui produisent des personnes mises à l'écart, des bouc-émissaires²¹. Face à la violence de la scène sociale et économique marquée par la concurrence mortifère au niveau des entreprises ainsi que pour les individus à la recherche d'un emploi qui devient de plus en plus précaire, au risque de produire des moments de violence totale et destructrice avec des luttes pour une même place quasiment inaccessible, les politiques publiques tentent une régulation, une pacification de cette tension. Le désir mimétique de posséder cet objet « emploi » est « moteur de la crise sacrificielle ; il détruirait la communauté entière s'il n'y avait pas la victime émissaire pour l'arrêter et la mimésis rituelle pour l'empêcher de se déclencher à nouveau²² ».

¹⁹ Laurent Barbe , Michel Autès , Marc Bessin , François Chobeaux , Numa Murard (2006) Une autre place pour les usagers ? - Intervenir dans le secteur social et médico-social, Paris : La Découverte.

²⁰ Tiré de Commission ministérielle de terminologie. Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement. Sous la dir. de Jean-Charles Sournia; coordonnés par Nelly Wolf et Loïc Dep.

²¹ René Girard (1972) *La violence et le sacré*, Paris : Grasset.

²² René Girard (1972) op.cit.

Les politiques d'insertion s'assimilent à une scène sacrificielle dans laquelle celui qui dérange, le dés-inséré, est désigné collectivement et déclaré comme celui qui dérange et qui coûte. Cette scène convoque l'ensemble des espaces institutionnels, mais « le soutien à l'insertion est une pratique déjà hybride, qui risque de perdre en pertinence et en efficacité si elle doit comporter en plus le souci du soin²³ ». Dans les représentations sociales des publics à insérer, les personnes présentant des troubles psychiques apparaissent comme le public le plus vulnérable pour lequel les traitements thérapeutiques seraient premiers, sauf à ne pas séparer dialectiquement soin et société. Pour ces personnes, deux types de facteurs sont désignés comme conditionnant la réinsertion : « le degré de stabilisation, l'importance des troubles résiduels et le profil évolutif envisageable ; le retentissement des troubles (résiduels) sur un ensemble de dimensions qui, elles, sont directement pertinentes pour l'aptitude au travail et l'orientation²⁴ ». Ces auteurs poursuivent en indiquant que « ont une incidence sur les capacités d'insertion « les facultés d'adaptation aux contraintes propres au monde du travail (contraintes de déplacement, d'horaires, de rythme, d'organisation impliquant une « hiérarchie »...), et nous mettrons à part l'adaptabilité relationnelle, facteur indéniablement important pour une insertion professionnelle durable et relativement indépendant des compétences techniques à occuper un poste²⁵ ». Le monde du travail est tenu par des contraintes économiques. Celles-ci amènent aux exigences de bonne réalisation des tâches qui produisent de la valeur marchande. Les déchets, les défauts de production coûtent à l'économie de production qui cherche à réduire leur importance. Les démarches qualité et les démarches de rigueur d'exécution de tâche au travail ne sont pas des attaques des personnes mais des recherches d'optimisation. L'interprétation de ces exigences peut être très pénible pour certaines personnes notamment psychotiques qui peuvent se sentir atteintes dans leur intégrité psychique ou sociale. Ainsi, « l'exigence d'appropriation de la tâche, au sens d'en assumer la réalisation et la responsabilité, se traduit par l'exigence de « se déterminer », de décider et d'agir dans un milieu « saturé d'intentions étrangères », or cette détermination de l'action sur fond d'intentions étrangères (ou éventuellement cette appropriation d'intentions initialement étrangères) n'est-elle pas précisément ce qui peut être hautement problématique pour des schizophrènes qui, en phase de décompensation du moins, échouent à s'attribuer l'intention de leurs propres actions ou pensées spontanées. Les théories cognitives et neuroscientifiques contemporaines de la schizophrénie mettent justement l'accent sur les troubles de l'attribution, et plus généralement de la gestion des intentions dans cette pathologie (Frith, 1992 ; Campbell, 1999 ; Gallagher, 2000 ; Sarfati *et al.* 1999)²⁶ ». L'accompagnement de ces personnes dans le monde du travail doit prendre en compte ces phénomènes psychiques d'attribution et d'interprétation erronée des faits et actes afin que ceux-ci n'alimentent pas et n'envahissent la violence de leur propre espace psychique. Christophe Dejours, psychologue, souligne que « travailler c'est non seulement se livrer à une activité, c'est aussi établir des relations avec autrui ».

2.2. Accompagnement, aide et compensation : une œuvre clinique

La notion d'accompagnement, de manière générale, désigne une stratégie de maintien d'un lien de proximité entre deux personnes, l'une étant l'accompagnant, l'autre l'accompagné. L'accompagnant suit le parcours de l'accompagné dans une relation dont les dynamiques de pouvoir restent énigmatiques. S'inscrivant dans le temps, le parcours d'accompagnement est le plus souvent finalisé, avec la focalisation sur un objet ou situation d'arrivée comme la mort, l'insertion professionnelle, la fin d'une année scolaire, le maintien

²³ Bernard Pachoud, Marli Nascimento Stieffatre (2005) *op.cit.* , in Cliniques Méditerranéennes, n° 72 2005/2.

²⁴ Bernard Pachoud, Marli Nascimento Stieffatre (2005) *op.cit.*

²⁵ Bernard Pachoud, Marli Nascimento Stieffatre (2005) *op.cit.*

²⁶ Bernard Pachoud, Marli Nascimento Stieffatre (2005) *op.cit.*

en emploi. Ce lien accompagnant-accompagné postule une dynamique qui parie sur les « ressorts » du sujet. Tout accompagnement social, pédagogique ou éducatif porte une dimension psychologique. Il suppose aussi l'existence, chez le sujet, de résistances, de freins, voire de blocages à poursuivre ce parcours. Alors un travail psychique est nécessaire autour de l'habilitation que le sujet parvient à se donner pour poursuivre cette relation. Par l'origine étymologique du mot accompagnement venant du latin *companiono*, nous trouvons l'idée de partage, ce qui amène certains auteurs (P.Fustier 2005) à évoquer la dimension du don. L'accompagnement met aussi en exergue « la notion de proximité, d'où la question permanente du suivi: la mise à distance physique et relationnelle comme objet de travail²⁷ ». La notion d'accompagnement recouvre deux notions, d'une part l'idée de se joindre à quelque chose ou quelqu'un pour rester avec lui, et d'autre part l'idée de mouvement, se joindre à quelqu'un pour aller dans la même direction que lui. Pour Paul Fustier interrogeant ce lien d'accompagnement, « le travail social comme le travail du soin oscillent entre don et service contractualisé²⁸ ». Le soutien à la personne a une fonction de sécurisation du sujet pour laquelle un réconfort est apporté face aux difficultés qu'il rencontre. Cette sécurisation s'effectue au travers d'une présence qui rend possible l'explicitation de ces difficultés, provenant entre autres de la mise en œuvre de la démarche d'insertion. Ce soutien vise un portage du sujet en lien avec un contexte (familial, scolaire, social, médical) défaillant ou perturbant. Annie Ropers²⁹ souligne que le soutien personnel vise le potentiel de la personne, une inclusion dans la vie locale, une mise au travail des relations de proximité. Pour sa part, la relation d'aide tend à optimiser les ressources du sujet afin de faciliter son propre développement et son insertion dans l'ensemble de ses dimensions problématiques. L'aide sous-tend l'idée d'un manque chez le sujet, manque à combler. Face à l'impossible d'une pleine réalisation, il faut s'interroger sur la part d'illusoire ou d'utopie à laisser tant du côté de l'aidé que de celui de l'aidant. La relation d'aide est définie par le psychologue américain Carl Rogers comme «...une relation permissive, structurée de manière précise, qui permet au client d'acquérir une compréhension de lui-même à un degré qui le rende capable de progresser à la lumière de sa nouvelle orientation. Cette hypothèse a un corollaire naturel: toutes les techniques utilisées doivent avoir pour but de développer cette relation libre et permissive, cette compréhension de soi dans l'entretien d'aide, et cette orientation vers la libre initiative de l'action³⁰ ». L'accompagnement autant dans sa clinique que comme stratégie demande à prendre en compte deux aspects: celui des problématiques subjectives de la personne accompagnée et notamment sa demande, ainsi que celui d'une expertise des adéquations des contextes humains. A propos de la spécificité du public, l'accompagnement des personnes handicapées est critique; il procède « d'une articulation étonnante des conceptions du handicap et des personnes handicapées, de la prise en charge de ces personnes mais aussi du droit, de la subjectivité, de la relation d'aide, des savoirs et des formes d'organisation du travail³¹ ». L'intervenant et les structures accompagnatrices doivent accepter de penser que l'accompagnement interroge la demande du sujet, cette demande désignant les impasses à dépasser ou contourner. Christophe Bartholomé souligne que, dans la stratégie relationnelle, « il s'agit alors de « faire avec » la personne et non « faire pour » ou « faire à la place de ». Il est exclu que la personne handicapée se présente comme un ayant-droit ou comme un simple client réclamant un service³² ». Au risque de n'être porté que par le

²⁷ Bernard Gaillard (2001) *Suivi et accompagnement psychologiques*, Bruxelles : De Boeck.

²⁸ Paul Fustier (2005) *Le Lien d'accompagnement, Entre don et contrat salarial*, Paris : Dunod.

²⁹ Responsable du SAVS Les Nouelles 22194 Plérin, lors du Forum Fil Rouge du 3 juin 2008.

³⁰ Carl Rogers (1942), *La relation d'aide et la psychothérapie*, trad.fr., Paris, ESF, 1970.

³¹ Christophe Bartholomé (2005) L'accompagnement : un concept au cœur de l'État social actif. Le cas des pratiques d'accompagnement des personnes handicapées, in *Pensée plurielle*, De Boeck, n° 10 2005/2.

³² Christophe Bartholomé (2005) Op.cit.

don, l'accompagnateur doit régulièrement procéder, et avec des tiers, à l'évaluation d'une demande qui perdure mais évolue. Si le handicap sous-tend l'idée d'une altération posant des difficultés dans les rapports de la personne avec son environnement social parce que certains domaines de compétences sont défailants, l'accompagnement peut aussi relever de compensations. Il s'agirait alors de disposer de mécanismes compensatoires pour mettre à niveau si possible ces rapports.

2.3. Projet personnel, empowerment ou autonomisation³³

Le terme projet est inscrit dans de nombreuses lois sur l'école (1990), la formation, le médico-social (2002), l'action sociale, et concerne autant les personnes que les institutions et services. Les approches sont multiples avec des travaux de nature anthropologique (J. Boutinet, 1992), clinique (Y. Castellan, 1990; E-H Riard, 1993,1995), avec une perspective comparative (H. Rodriguez-Tomé, 1987), voire interculturelle (A.Dachmi, Riard E-H, 2004). Le projet est un défi de vie et un défi identitaire qui combat l'angoisse de mort et l'œuvre destructrice du bouc-émissaire. Il convoque l'imaginaire du sujet avec des surfaces sociales de projection que plusieurs partenaires peuvent investir. Œuvre de pensée et de l'angoisse, il confronte le sujet aux faits de réalité, à leur résistance, et tente de s'inscrire de manière visible par un trajet qui se veut cohérent et lié. Sujet éminemment sociétal, il est un processus par lequel une personne ou une collectivité se libère d'un état de sujétion, acquiert la capacité d'user de la plénitude de ses droits, s'affranchit d'une dépendance d'ordre social, moral ou intellectuel. Pour Eric Plaisance et Jean-Marc Delabarre, il s'agit du « *processus social par lequel une personne accroît son pouvoir, l'emprise ou le contrôle sur sa propre situation et contribue à des changements sociaux qui permettront d'améliorer ses conditions de vie et celle de ses pairs*³⁴ ». Dans le travail du projet, nous avons la mise en perspective d'une représentation des possibles pour le sujet. Que fait-il de son projet et de celui des professionnels accompagnateurs, et quel sens y donne-t-il? Quelle est cette conscientisation que la personne opère sur son projet dans les articulations institutionnelles, à savoir sur cette existence-là à élaborer? Il s'agit d'un enjeu existentiel fort au sens où ce projet « permet de modaliser l'expérience passée, en donnant la possibilité à l'acteur de mieux comprendre, de mieux se réapproprier son projet personnel qui est un trajet sans cesse orienté: pas de trajet sans projet³⁵ ». Dans une éthique du sujet, il s'agit de permettre l'exercice d'une liberté de celui-ci. Mais cet exercice est évidemment difficile et insécure pour les personnes présentant des troubles psychiques. Les projets visent tous une autonomie du sujet, mais que doit-on entendre par autonomie ? Souvent, on parle plus d'autonomisation. L'autonomie, ce n'est pas seulement la capacité du sujet d'ajuster des moyens à des fins, c'est aussi la volonté d'interroger la légitimité de ces moyens. Prendre son autonomie, c'est sans doute, se détacher des autres -au sens où c'est échapper à leur pouvoir -mais c'est aussi donner aux autres la possibilité d'échapper à son propre pouvoir, leur donner la possibilité de comprendre, de s'opposer, de résister ou d'adhérer à son propos et à son projet. Etre autonome, c'est vouloir que les autres le soient sans avoir le sentiment d'être abandonné par eux. Toute élaboration de projet pour des personnes présentant des troubles psychiques est confrontée à l'angoisse d'abandon et à son acmé. La mise en projet est une récapitulation d'un parcours de vie, traitant principalement des obstacles dépassables à la poursuite de celui-ci par la mise en relief de la singularité du sujet dans un projet d'institution qui ne lui correspond pas toujours pleinement. La dimension travail est à resituer dans la construction identitaire du sujet et de son groupe d'appartenance. Le désir du sujet envers cet objet travail est à mettre en

³³ Selon le JO du 18-12-2005.

³⁴ Lesain-Delabarre JM, Plaisance E, « Le rapport aux institutions des parents d'enfants en situation de handicap », *Informations Sociales* ; Handicaps et familles, n°112, décembre 2003, pp 96 à 101.

³⁵ J-P Boutinet (1993) *Anthropologie du projet*, Paris : PUF.

perspective récurrente avec une stratégie d'écoute vigilante. Le projet personnel de la personne handicapée confronté à sa faisabilité conduit à prendre en compte les compétences repérées mobilisables et à en inventorier les obstacles ou les facilitateurs. Compétences, obstacles et facilitateurs sont intriqués dans des jeux relationnels complexes et non figés. C'est pour cela qu'il faut également tenir compte des émergences d'initiatives du contexte et des entreprises. Le travail constitue un signifiant polysémique. Dr Le Moigne avance que le travail permet de rencontrer l'autre, interagir, penser, se penser. Le travail a un coût psychologique ; il produit de l'angoisse mais il aide à vivre, à aller mieux, à s'orienter, à se sentir différent. Le travail pose problème au sujet psychique. Il contraint à se dépasser, dépasser l'autodépréciation chez le sujet, les attaques de soi.

2.4. Prendre en compte la spécificité du public et la complexité des dispositifs

Le trouble psychique est un trouble qui affecte globalement toute la personne handicapée. Comme particularité de ce public, le trouble est porteur de représentations sociales souvent négatives, associé parfois à l'idée de déviance et de variabilité, trouble parfois désigné comme facteur de discontinuité du parcours professionnel. Le décloisonnement professionnel, la mise en réseau et partenariat serait une préconisation pour pallier cette discontinuité. Contrairement à d'autres situations de handicap, les barrières à l'insertion sont jugées plus subjectives qu'objectives. Elles sont co-substantives du rapport entretenu par la personne avec son environnement. Cette affirmation est à mettre en regard avec la grande subjectivité et le fort investissement émotionnel des professionnels de l'insertion à l'égard de ce type de public. La personne handicapée peut être alors dans le doute quant à sa capacité de s'inscrire en qualité de sujet agissant. Dans une approche focalisée sur le sujet, le déni par la personne elle-même de son handicap peut être obstacle à son accompagnement et provoquer un blocage de la dynamique. En lien avec cette non-reconnaissance, il est remarqué que « pour les personnes qui souffrent de troubles psychiques plus ou moins persistants dans le temps, la notion de handicap psychique ne fait pas sens³⁶ ».

D'autre part, pour le sujet psychotique, il nous faut reconnaître un décalage subsistant entre l'amélioration clinique sous traitement (symptômes, comportement) et l'investissement des échanges ainsi qu'un équilibre précaire avec les autres individus (professionnels, etc..), parfois soumis à d'autres contraintes relationnelles (économiques, institutionnelles, hiérarchiques,...) que le patient ne peut intégrer. Ce décalage persistant est péniblement vécu par les intervenants professionnels. Le Dr.Ph.Carrière souligne que 20 à 60 % des différences de fonctionnement entre les individus sont expliquées par les différences de performances cognitives. Pour les schizophrènes ayant des difficultés telles l'apragmatisme, l'inhibition et les troubles de la pensée, les fonctions cognitives sont plus déterminantes que les symptômes positifs dans la capacité à travailler. Les patients ayant des troubles de l'humeur sont ceux qui ont le plus de difficultés d'insertion professionnelle. Dans une étude prospective menée auprès de personnes souffrant d'une maladie mentale, Corbière et coll.³⁷ montrent que ce sont les variables liées au travail (par exemple l'engagement vers le travail) et sociodémographiques (par exemple l'aide financière reçue) qui « permettent de prédire l'exercice d'une activité de travail et l'obtention d'un emploi ». Ils avancent que les déterminants de la réinsertion professionnelle comprennent le niveau élevé de sentiment d'efficacité personnelle et la qualité du soutien social. Ce qui amène le Dr.Ph.Carrière à soutenir que le traitement psychiatrique n'est plus l'abrasion de symptômes individuels mais

³⁶ Michèle Drancourt (2006) Entre l'exclusion et l'inclusion : quelle place pour l'émancipation des usagers ?... les Gem, in Empan, Erès, n° 64 2006/4.

³⁷ Marc Corbière, Céline Mercier, Alain Lesage, Kathe Villeneuve (2005) L'insertion au travail de personnes souffrant d'une maladie mentale : analyse des caractéristiques de la personne, in Revue canadienne de psychiatrie 2005;50:722-733.

doit prendre en compte l'environnement large, pour une qualité de vie satisfaisante. Tenant d'une approche de la réhabilitation sociale, cette dernière vise à réduire les symptômes et les effets secondaires éventuels des traitements, développer les compétences sociales, informer et lutter contre les discriminations, organiser des actions autour de la place centrale de l'utilisateur, accompagner les familles et les proches. Dr.Ph.Carrière propose une nécessaire articulation entre soins et social autour de cinq axes :

- Renforcer le partenariat : champ médical et champ social doivent se connaître. Mais existe-t-il un socle commun, des valeurs communes, des lieux de concertation, un coordinateur pour en assurer cohérence et continuité ?
- Imaginer de nouvelles structures avec de nouveaux réseaux et une inventivité en matière de logement ;
- Identifier de nouveaux acteurs : éducateurs, chargés d'insertion, élus, médecins du travail,...
- Engager de nouvelles actions, particulièrement en matière d'évaluation du handicap, et d'insertion professionnelle ;
- Former à de nouvelles méthodes de soins en ouvrant sur les connaissances en matière d'habiletés sociales, en psychoéducation, en remédiation, etc...

2.5. Inclusion socio-professionnelle, identité et question d'altérité

Pour combattre l'exclusion, une notion apparemment dialectiquement opposée est apparue, celle d'inclusion. Le terme « inclusion » proposé par l'Unesco (1994) vise à décrire une nouvelle orientation politique. Dans le champ scolaire, l'inclusion³⁸ est « un processus qui répond à la diversité des besoins de tous les élèves par la participation croissante de chacun aux apprentissages, à la vie culturelle et communautaire, et visant la réduction de l'exclusion, à l'intérieur et à l'extérieur de l'école ». Ce terme se différencie de l'intégration qui est un « processus par lequel une personne ou un groupe s'insère dans le milieu, la société où il vit, est appelée *mainstreaming*³⁹ ». Les acteurs de l'inclusion sociale, aux travers des méthodologies empruntées, « usent le plus souvent de leurs standards sociaux et culturels quand il s'agit d'évaluer l'adéquation comportementale d'une personne assistée par rapport aux critères normatifs qui attesteront de son intégration sociale⁴⁰ ». Des auteurs s'interrogent sur les nouveautés apportées par ce nouveau vocable d'inclusion. M.Goffin prend position en affirmant qu'« aujourd'hui, ne faut-il pas dès lors se poser la question même de la terminologie usitée : l'inclusion ne remplacerait-elle pas l'intégration – vocable démodé, qui n'a jamais pu se départir des logiques d'insertion et d'assimilation ?⁴¹ ».

Le vécu de la personne handicapée et du savoir sur elle-même est de plus en plus admis comme ayant de l'importance. Une particularité de ce public est d'être marquée par son histoire, par l'échec, la rupture, la souffrance dans les lieux de travail. Sa connaissance subjective est celle de l'échec et de la souffrance qui y est liée. Elle est porteuse d'une fragilité de son image sociale. Vécus d'échec et de fragilité provoquent des difficultés dans son propre repérage dans les dispositifs avec des mécanismes de refoulement, projection, attribution de qualités négatives. L'inclusion ne serait possible que si la personne est reconnue entière dans un jeu d'altérité sans provoquer d'émergence d'angoisse envahissante autant du côté de la personne handicapée que de celle des professionnels. Cette inclusion joue dans un jeu de relation d'altérité pour lequel les acteurs sont bien reconnus dans leur identité propre.

³⁸ Rapport de l'Unesco « Surmonter l'exclusion par des approches éducatives inclusives. Un défi et une vision » (2003).

³⁹ Michel Goffin (2006) *Aux antipodes des pensées univoques, libérons les milieux populaires de l'inclusion sociale, par l'éducation populaire !*, in Pensée plurielle, De Boeck, n° 11 2006/1, p. 131 à 137.

⁴⁰ Michel Goffin (2006) Op.cit.

⁴¹ Michel Goffin (2006) Op.cit.

L'identité de tout sujet se construit par et dans un rapport d'altérité. C'est dans le regard de l'autre et les renvois évaluatifs que la personne se reconnaît comme sujet. L'identité est cette construction singulière d'un sujet psychique qui s'élabore à partir d'une co-existence avec l'autre qui « dans la vie psychique du sujet singulier, intervient très régulièrement en tant que modèle, objet, soutien et adversaire⁴² ». La constitution de soi en tant qu'être-au-monde s'établit dans l'épreuve à l'autre, déjà existant et institué dans la société, et dans l'épreuve à l'entreprise qui l'accueille. Par le rapport à l'autre, la personne handicapée se connaît et reconnaît par des effets d'échange, lui permettant de se constituer comme unité, entité apte à l'existence et la continuité dans le temps et l'espace. E.Enriquez rappelle ce qu'est « le problème de l'altérité, c'est-à-dire l'acceptation d'autrui en tant que sujet pensant et autonome par chacun des acteurs sociaux qui entretient avec lui des relations affectives et des liens intellectuels⁴³ ». Le Dr.Lestrez⁴⁴ parle de pathologie du lien. Ainsi « le lien reliant le regard sur Soi aux regards des Autres est en permanence attaqué. Concilier autonomie et interdépendance suppose une bonne assise narcissique. Les liens structurants sont fragilisés par les nouveaux enjeux de notre société ».

Dans une perspective interactionniste, l'identité est définie comme « faite à la fois de qualités stables (qui rendent compte de l'idée populaire d'identité où stabilité et authenticité de l'acteur sont liées...), et de traits plus éphémères ou conjoncturels, qui eux rendent compte des modifications d'image à chaque changement de miroir, c'est-à-dire de partenaire dans une situation concrète⁴⁵ ». La constitution de l'autre, sujet singulier, traite de la manière dont le professionnel ou la personne handicapée considère, conçoit et vit le sujet singulier qui lui est mis en relation, qui lui co-existe. L'autre n'a de fondement que dans la reconnaissance de l'un. Ce pôle d'existence met en valeur l'originalité et la singularité du sujet et de son opposé, l'autre qui devient constituant en partie du sujet. Cette question de l'altérité engage celle de l'identité, c'est-à-dire la manière dont les autres comprennent le sujet au sens de R.D.Laing pour qui l'identité est « ce qui fait qu'on se sent le même, en ce lieu et en ce moment, qu'en cet autre moment et en cet autre lieu, passé ou futur; c'est ce par quoi l'on est identifié⁴⁶ ». Ce n'est pas sans poser problème pour la personne atteinte de troubles psychiques. La relation d'altérité productrice d'identité est une construction psychologique qui se traduit par des effets sur son propre mode d'appréhension de son corps, ses discours, ses expressions intellectuelles et émotionnelles. Ces effets donnent constamment matière à une empirie évaluative autant de la part des professionnels que de ses pairs. De manière très caractéristique chez la personne atteinte de trouble psychique, et selon les épisodes, l'autre est vécu comme l'autre qui fait peur. Peut-il y avoir inclusion si le contexte est vécu comme terrifiant, terrorisant ?

3. Des exigences stratégiques : partenariat et mise en réseau

Le développement du partenariat et la mise en action d'une dynamique de réseau est souvent affirmé comme la clef de voûte du dispositif, fondement d'une démarche d'accompagnement de la personne tout au long de son parcours d'insertion socioprofessionnelle et permettant de l'inscrire dans le cadre d'une prise en compte globale de la personne. Le premier temps de cette stratégie se doit d'être une attention tournée d'abord et essentiellement sur la personne porteuse du trouble psychique, vers une écoute de sa

⁴² René Kaës (1993) *Le groupe et le sujet du groupe*, Paris : Dunod. p.42.

⁴³ Enriquez E. (1988) *Le travail de la mort dans les institutions*, in *L'institution et les institutions*, Paris : Dunod, p.62.

⁴⁴ Dans une communication intitulée *Mieux comprendre pour éviter les ruptures*, Forum Fil Rouge, Lorient, 17 juin 2008.

⁴⁵ De Queiroz JM., Ziotkowski M., (1994), *L'interactionnisme symbolique*, Rennes, PUR, p.43.

⁴⁶ Laing RD., (1971), *Soi et les autres*, Gallimard, Paris, p.104.

demande, vers une co-évaluation de ses besoins et de sa disponibilité au principe d'aide. Ce développement partenarial vient pallier trois risques. Le premier risque serait, pour le sujet handicapé, de ne plus envisager la relation d'aide que dans l'enceinte d'un milieu déjà connu et apprécié, tel la famille, l'entreprise. L'autre risque est celui de ne plus accepter le regard de l'autre. Enfin, ce serait aussi celui de se considérer comme tout puissant, omniscient, se privant alors du profit de la confrontation des savoirs professionnels et sociaux.

3.1. Penser et parler les partenariats

Nous avons une forte incitation à travailler en partenariat⁴⁷, et cela paraît s'imposer dans le travail social. F.Dhume⁴⁸ distingue la notion de partenariat de celle de réseau parce que, selon lui, ce sont deux points de vue différents. Le réseau serait pérenne et spécifie la manière dont quelque chose circule. Le partenariat se réalise à partir d'un projet commun qui a une fin. Il est selon F.Dhume, la réunion d'« *acteurs différents mais égaux qui constituent un acteur collectif dans la perspective d'un changement des modalités de l'action, sur un objet commun et élaborent à cette fin un cadre d'action adapté au projet qui les rassemble pour agir ensemble à partir de ce cadre*⁴⁹ ». Selon sa perspective, l'émergence du partenariat comme principe d'une démarche d'ouverture s'inscrit dans un langage de rencontre d'acteurs différents autour d'enjeux communs. Toute action engageant plusieurs acteurs, toute convention signée par plusieurs institutions, tout projet cofinancé serait un acte partenarial. Le partenariat a une fonction de proximité. Il est donc important pour le travail auprès de populations en difficultés, car dans une période de fragilité du lien social, ce qui peut avoir une fonction liante est sécurisant. F.Dhume note l'importance des enjeux du concept de partenariat, estimant que l'enjeu d'image, l'autre étant celui du pouvoir, suppose que le fait de mettre en avant le partenariat est un signe de qualité et de légitimité. Outil, le partenariat est un enjeu de méthode au service d'un idéal, conduisant à des constructions en fonction des capacités et compétences dans une logique de complémentarité. Par la collaboration entre institutions et entre personnes, F.Dhume souligne que la différence entre "faire avec" et "agir ensemble" relève d'une gradation des relations. Dans le partenariat, les relations sont tissées dans le temps, la confiance doit s'instaurer, le partage doit être accepté. C'est ainsi que dans le champ du handicap, le partenariat produit l'idée d'expert-handicapé quand il s'agit de prendre la personne handicapée comme partenaire à part entière, idée qui semble prendre un rôle « de plus en plus important dans la conception, la réalisation et l'évaluation des actions en faveur des personnes handicapées⁵⁰ ». Ceci est une conséquence sur les professionnels, à associer à la contrainte de rendre visible dorénavant son action, d'avoir nouveaux types de management et une appréhension du rôle de nouveaux acteurs.

Selon l'ISCRA-Est⁵¹, la question du partenariat semble mettre en tension deux dimensions, apparemment convergentes, mais en fait contradictoires. D'un côté, nous avons un désir ou un « besoin » de travailler ensemble, de construire des cohérences, des réseaux, des accords locaux pour pouvoir, tout simplement, cc faire son travail ». De l'autre, la diffusion de l'idée du partenariat apparaît comme une injonction politique ou gestionnaire qui tente de forcer la mise en relations interinstitutionnelles et de modifier les pratiques professionnelles souvent repliées sur un savoir jalousement sauvegardé. Construire un partenariat, c'est s'engager dans la prise en compte de conflits, alors que la commande

⁴⁷ Le terme de "partenariat" apparaît dans la circulaire n° 8823 du 28/12/88 relative au service public.

⁴⁸ Forum Fil Rouge, Rennes, 20 octobre 2008.

⁴⁹ Dhume F. (2001) *Du travail social au travail ensemble. Le partenariat dans le champ des politiques sociales*, éd. ASH.

⁵⁰ Anne Delucq *Les compétences collectives en questions, Croisement des rôles et compétences émergentes, le cas du projet ECLAS*, Collège Coopératif en Bretagne.

⁵¹ Institut social et coopératif de recherche appliquée fondé en 1996 à Montpellier.

publique valorise plutôt le consensus. F.Dhume avance que le conflit peut alors être pensé « comme le processus à travers lequel se fabrique concrètement la coopération et le lien social⁵² ». Le partenariat procède d'un déplacement du regard des professionnels et des institutions vers ce qui existe entre elles: l'interstice, ou le vide. Penser le partenariat à partir du vide et du conflit, c'est réfléchir aux enjeux de forme de l'action publique, et de la sorte relier les enjeux pratiques de réalisation de la coopération avec la question politique de la démocratie. Cette approche invite à repenser plus largement le travail et les politiques publiques, à partir d'une perspective que l'on peut dire « intermédiaire »⁵³. Penser le vide, penser ce qui est « au milieu » et ce qui fait médiation ou traduction, c'est donc, au-delà et à travers un enjeu d'action publique, une réflexion et un engagement pour transformer la société. Dans le partenariat, l'œuvre de déplacement conduit à vivre le dispositif comme objet médiateur entre les professionnels entre eux, et les institutions entre elles. Il faut cependant admettre que la distance de chaque opérateur à cet objet médiateur ne soit pas identique.

3.2. Exemple du Fil Rouge⁵⁴

Huit partenaires issus de différents secteurs ont conduit ensemble l'expérimentation, coordonnés par l'APASE⁵⁵ : le Centre Hospitalier Guillaume Rénier, l'AIMT, l'Union des entreprises, l'ATI, la Mission Locale du bassin d'emploi de Rennes, l'ADAPT, l'ADIPH 35 et Maffrais-services. Des associations représentantes d'usagers, la FNAPSY et l'UNAFAM, ont été impliquées au même titre que le PDITH35 et la PRTEFP. D'importants acteurs institutionnels de la région Bretagne ont apporté leur soutien: AGEFIPH, ARH, Conseil Général, DDASS, DRTEFP, DDTEFP35. Une équipe d'intervention pluridisciplinaire, par détachement du personnel des acteurs engagés, a été mise en place afin de proposer aux personnes concernées la mise en place d'un accompagnement adapté à travers la prise en compte dans la durée de leur parcours d'insertion socioprofessionnelle, d'identifier et expérimenter des pistes d'amélioration des pratiques, et de sensibiliser l'environnement à la thématique « santé mentale et emploi ».

Dans un rapport d'étape de Fil Rouge pointant l'activité de la création au 31 mars 2007, la démarche d'insertion professionnelle a concerné 385 demandes d'informations téléphoniques et 296 personnes accueillies lors d'une information collective ou individuelle. Ont été réalisés 224 bilans individuels, soit 76 % des personnes venues à information collective ou individuelle ; 185 bilans psychologiques réalisés soit 87 % des personnes ayant réalisé un bilan individuel ; 183 dossiers présentés en commission d'orientation soit 99 % des personnes ayant effectué un bilan psychologique ; 110 accompagnements mis en œuvre, ceux-ci représentant :

- 37 % des personnes venues aux séances d'information.
- 49% des personnes ayant effectué un bilan individuel.
- 59 % des personnes ayant effectué un bilan psychologique.
- 60 % des personnes dont le dossier a été présenté en commission d'orientation.

Cette activité atteste l'existence de besoins par rapport au public ainsi que de la pertinence du dispositif proposé face à ces besoins. La mise en place d'un accompagnement du projet d'insertion professionnelle s'avère pertinente pour 40% des personnes du dispositif, et l'insertion professionnelle a été possible pour 18 % d'entre elles. Nous allons analyser qualitativement trois concepts d'appui de Fil Rouge : ressource, passerelle, autodétermination.

⁵² Dhume-Sonzogni F. (2006) *La coopération dans l'action publique. De l'injonction de faire ensemble à l'exigence de commun*, Paris : L'Harmattan.

⁵³ Dhume F., *Le travail social en réseau: de l'injonction gestionnaire vers une pratique intermédiaire*, ISCRA, avril 2005, consultable sur www.iscra.org.

⁵⁴ Action expérimentale financée par le Fonds Social Européen ; www.filrouge.info.fr coordonnée par André Biche.

⁵⁵ Association Pour Action Sociale et Educative en Ille et Vilaine.

- Ressource et passerelle

Les usagers de Fil rouge peuvent affirmer qu'après un parcours difficile, Fil Rouge leur permet de reprendre confiance au sein du milieu social et de l'emploi. Cela est possible grâce à un suivi personnalisé avec une revalorisation d'eux-mêmes. La prise en compte de la dimension humaine les sensibilise aux problèmes liés à l'isolement et au découragement. Fil Rouge provoque une ouverture vers différentes possibilités, adaptées à chacun, pour une réinsertion progressive dans le monde du travail. Le suivi est en lien avec le milieu social, Fil Rouge se constituant comme plateforme d'information sur d'autres associations, et permettant de sortir de l'isolement. Ce qui est fait dans la vie associative est considéré comme servant de tremplin vers le travail grâce aux repères mis en œuvre. Fil Rouge leur permet de faire ressortir les aspects positifs de leur personne alors que la pathologie les enfermait antérieurement dans un monde néfaste, fermé, et estimé sans espoir. Un usager écrit « aujourd'hui, j'arrive à séparer le professionnel du personnel... bien que j'ai des qualités, j'ai souvent besoin de quelqu'un de sécurisant pour avancer, pour me rappeler que certaines de mes idées sur moi-même ne sont pas toujours vraies⁵⁶ ». L'écoute et la compréhension au sein de Fil Rouge, avec des échanges qu'ils estiment en toute confiance avec eux, permettent aux usagers de se reconstruire et de rompre l'isolement. Les forums organisés par Fil Rouge ont toujours donné la parole aux personnes atteintes de troubles psychiques qui y ont marqué leur place et leur vécu et insisté sur « pourquoi travailler est important » pour elles sachant que « la réinsertion pour certains peut devenir une désertion pour d'autres –une illusion, un fiasco⁵⁷ ».

- Autodétermination :

Érigé comme principe et pratique, il s'agit d'avancer l'idée du droit de faire sa vie selon ses propres choix, l'usager est considéré alors non comme utilisateur des services, mais comme acteur participatif de la qualité des services devant répondre aux besoins qu'il a pu identifier. Les rapports entre les uns et les autres, les places respectives des uns et des autres s'en trouvent ainsi modifiés. Cela laisse à penser que les personnes handicapées ont la possibilité d'influencer les décisions les concernant ; c'est le principe de co-décision. Cette approche est inspirée des travaux de Brigitte Pitois-Chaquet directrice de la permanence du Jard. La pratique de l'autodétermination se caractérise par la conjonction de difficultés dans les rapports à soi, rapports aux autres, rapports au réel. Dans cette démarche Fil Rouge, le projet se co-construit sur l'évaluation que fait la personne de ses possibles du moment. Elle a en permanence accès à l'intégralité de son dossier, est décisionnaire à chaque instant de son parcours, est associé aux rencontres entre partenaires. Son savoir sur lui-même et sur son vécu sont affirmés comme premiers dans la construction de la démarche. Le professionnel vise à consolider la trajectoire de la personne par la mise à disposition de ses compétences et savoirs, et à accompagner «le choisir » pour permettre et conforter l'agir.

Avec le choix de l'auto-détermination pour les personnes accueillies leur permettant de donner prise sur leur histoire, c'est ainsi la mise au centre de la personne et la garantie du respect de son cheminement, de son rythme et de sa temporalité qui font la force de Fil Rouge auprès du public ciblé. Ce postulat d'intervention permet de progresser en prenant en compte la temporalité des personnes, le parcours et la disponibilité psychique. Cette adéquation de l'intervention à chaque situation rend difficile une description précise de la méthodologie d'intervention de Fil Rouge puisqu'elle est de fait particulière à chaque individu.

3.3. Faire transition

⁵⁶ Extrait d'écrits des usagers du GCMS Fil Rouge 35 au colloque Emploi et trouble psychique, 20.10.2008, Rennes.

⁵⁷ Extrait d'écrits des usagers du GCMS Fil Rouge 35.

La conviction portée par les acteurs est une modifiabilité de la situation socio-professionnelle de la personne porteuse de troubles psychiques. Il s'agit donc de la permettre au travers de dispositifs visant une consolidation de l'insertion. En pensant un déroulement du parcours de vie du sujet avec différentes phases, des dispositifs aménagent des transitions vers d'autres états présentant moins d'incertitudes. Ces dispositifs de transition doivent présenter un cadre rassurant pour ces personnes fragilisées et très sensibles aux aléas du contexte pouvant être vécus comme violents ou persécuteurs. Dans la transition proposée dans l'exemple de Messidor⁵⁸, il s'agit de se remettre progressivement en activité, dans des activités reconnues socialement et notamment le travail. Messidor⁵⁹ a mis en place une méthodologie visant à aider les personnes handicapées psychiques à reprendre une activité et, si possible, à retrouver un emploi en milieu ordinaire. Cette méthodologie, qui se décline autour du concept de transition, s'appuie essentiellement sur la proposition d'un parcours (individualisé, compensé, balisé et progressif) et sur une animation permanente des différents réseaux relationnels dans lesquels le travailleur handicapé par des troubles psychiques va devoir évoluer. Dans cette période, l'idée est d'autoriser le sujet à faire des essais sans risques, qui ne sont pas vécus comme échec global et envahissant mais comme aléas certes difficile. Le monde du handicap a besoin de dispositifs permettant des transitions, des passages, besoin de passerelles souples permettant des allées et venues pour tenir compte des capacités qui se découvrent, mais aussi des retours toujours possibles des manifestations négatives de la maladie. Ces dispositifs visent à permettre le « prendre confiance en soi ». Le sujet peut être soutenu par plusieurs intervenants, et notamment un double encadrement associé aux deux dimensions production-insertion.

La mise en place de Tiers extérieur faisant médiation entre la personne handicapée et l'entreprise, œuvrant au soutien des tuteurs amoindrit les chocs émotionnels liés aux situations difficiles. Ce dispositif de transition, proposant une mise en perspective dynamique du sujet, pense en même temps à éviter les ruptures, éviter que le sujet atteint de troubles psychiques soit confronté durement au morcellement de sa vie et de son identité, éviter la séparation pleine entre étapes ou lieux qui l'amènerait à penser qu'il est totalement autre. C'est le sujet qui, au travers de sa difficile construction identitaire, doit pouvoir faire du lien et se reconnaître entre les différents éléments et événements de son existence. Ce lien vise à réduire les surgissements d'angoisse face aux menaces d'évanescence du sujet. Produisant du lien et évitant des fossés entre des espaces de vie, ce travail de transition est vigilant pour ne pas réactiver des situations fortement traumatiques de son histoire. Il exerce ainsi une contenance psychique et sociale.

3.4. La dynamique des GEM

Les GEM sont des clubs d'accueil et d'entraide, des lieux où les personnes souffrant de troubles psychiques peuvent se rendre pour rompre l'isolement et partager des activités en commun, à leur rythme si elles sont disponibles. En participant à la vie du club, les personnes s'entraident, construisent des projets et recréent des liens sociaux au cœur de la cité. Les animateurs du club les accompagnent dans cette démarche vers l'autonomie⁶⁰. Une circulaire des pouvoirs publics encadre les GEM⁶¹ et souligne que « les GEM sont créés pour favoriser l'autonomie des patients ». Cette circulaire insiste pour « l'inscription des GEM dans un réseau d'acteurs ». La note de la DGAS du 20 Mai 2008 reconnaît qu'après deux ans de dispositif public, « la création rapide de 302 GEM a confirmé que l'attente était forte ». Les groupes

⁵⁸ Présenté par René Baptiste lors du colloque Fil Rouge, Rennes, 20.10.2008. René Baptiste est auteur de l'ouvrage Reconnaître le handicap psychique, publié à Chronique Sociale, 2005.

⁵⁹ Association MESSIDOR, 65 route de Strasbourg 69300 CALUIRE.

⁶⁰ Voir le site web de l'UNAFAM www.unafam.org

⁶¹ Circulaire n° DGAS/3B/2007 du 30 Mars 2007, et Instruction n° DGAS/SD3B/20 Mai 2008.

d'entraide mutuelle (GEM⁶²) renforcent la palette des réponses en matière de santé mentale, et d'insertion citoyenne. Leur enjeu est d'importance car selon, M.Drancourt, un groupe d'utilisateurs « qui arrive à se vivre tel, constitue certainement pour ses membres un rempart contre le désir de mort, jamais très éloigné pour qui est affecté par des troubles psychiques durables⁶³ ». Le GEM est garant de l'expérience d'une vie sociale de la personne atteinte de troubles psychiques en l'inscrivant durablement dans la cité. Bernard Durand estime que les GEM sont un « pas de plus vers la désaliénation » qui « s'inscrit dans une logique de solidarité partagée et, en ce sens, ne vient aucunement s'opposer à une logique de soin telle qu'a pu la définir la psychothérapie institutionnelle⁶⁴ ». Ils sont une réponse à la solitude et un moyen de soutenir la dignité humaine par l'entraide et la solidarité⁶⁵. Pour répondre à ces enjeux, les principes organisationnels doivent permettre de restituer la place aux discours et aux élaborations des utilisateurs dans leur singularité. M.Drancourt estime que le GEM doit être « suffisamment souple » pour s'adapter à la « variabilité » des troubles. Il doit être « suffisamment ouvert » pour proposer un accompagnement à des personnes qui ne bénéficient pas nécessairement d'une reconnaissance de leur handicap⁶⁶ ». Il fait lui-même partenaire d'un ensemble plus vaste.

4. Apports, résistances et perspectives

4.1. Conditions de réussite de la personne présentant des troubles psychiques en milieu du travail

Une première condition est de tenir compte des caractéristiques majeures des personnes concernées et du contexte socio-économique. Pour les utilisateurs, il s'agit de l'instabilité des troubles, et pour le contexte des exigences spécifiques de rigueur du monde du travail. Les conditions de réalité donnent lieu des émotions et à penser. Il apparaît important qu'un « travail psychique d'élaboration et d'acceptation du handicap ait eu lieu pour que la personne puisse réellement investir un projet de réinsertion⁶⁷ ». Restituant de l'humain là où l'on risquerait de ne plus voir que dispositifs, chaîne de travail, dossier à traiter, financement, le premier temps de la démarche est le temps de l'utilisateur et de sa parole. Il s'agit de l'écouter et de valoriser son propre savoir sur lui-même. Le dispositif envisagé pour la personne présentant des troubles psychiques articule une diversité de compétences, de ressources et d'espaces jouant une fonction Tiers qui offre à la fois ressources, lieu à projections, à insatisfactions, à innovations. Il vient en soutien aux milieux professionnels et aux contextes familiaux.

4.2. Compétences collectives, une opportunité à penser

Dans ce champ spécifique du trouble psychique, la mise en œuvre de « compétences collectives » présente de grands intérêts. Cathy Krohmer estime que « *la compétence collective représente l'ensemble des savoirs et des savoirs faire d'un collectif de travail issu de l'interaction entre ses membres et mis en œuvre pour faire face à une situation de*

⁶² Les associations citées dans la circulaire sont UNAFAM, FNAP-Psy, Fédération d'Aide à la Santé mentale Croix-Marine.

⁶³ Michèle Drancourt (2006) *Entre l'exclusion et l'inclusion : quelle place pour l'émancipation des utilisateurs ?... les gem, in Empan, Erès, n° 64 2006/4.*

⁶⁴ Durand Bernard (2007) *Les GEM : une nouvelle étape du désaliénisme*, in *Pratiques en santé mentale*, 2007, vol. 53, n° 3 (48), pp. 5-10.

⁶⁵ Patrick Alary, Claude Finkelstein (2007) *Les GEM, une réponse à la solitude, le moyen de la dignité par l'entraide et la solidarité* in *Pratiques en Santé Mentale*, janvier 2007.

⁶⁶ Michèle Drancourt (2006) *Op.Cit.*

⁶⁷ Bernard Pachoud, Marli Nascimento Stieffatre (2005) *op.cit.*

*travail*⁶⁸». Didier Retour détermine que « *la compétence collective est la combinaison des ressources donnant la capacité reconnue et répétée à un groupe de faire face à une situation de travail et de co-construire des solutions pertinentes aux problèmes rencontrés qui ne pourraient être assumés seul, par chacun des membres* ». Cette démarche est une conjugaison de l'ensemble des compétences mobilisables pour co-construire. Deux principes y sont attachés : celui de l'individualisation, c'est-à-dire de la prise en compte de la singularité portant sur les contenus, les rythmes, les acteurs de l'insertion ; celui de la responsabilisation dans l'appropriation du projet. Singularité et responsabilisation entrent dans une démarche de citoyenne et mettent au travail cette capacité à la citoyenneté. La question des compétences collectives conduit à s'interroger sur quatre dimensions : le référentiel commun, le langage partagé, la mémoire collective et l'engagement subjectif. Nous sommes ici confrontés au croisement des discours selon les professionnels et à ce travail inévitable de mise en convergence, sans les confondre, référentiels, savoirs et mémoires de professionnels. Pour favoriser l'émergence et le développement de la compétence collective, Anne Delucq⁶⁹ estime qu'elle est « la résultante de plusieurs mécanismes complexes tels que la gestion de la diversité de compétences, des identités, des conflits et des connaissances ». Il s'agirait d'observer plus précisément le capital des compétences individuelles, les interactions affectives, les relations informelles qui permettent de créer un cadre d'action et la coopération. Anne Delucq conclut sur l'importance de permettre l'interaction au sein du groupe, la négociation du sens de l'action, le conflit puis le consensus, et la responsabilité mutuelle des membres du groupe. La dimension collective et interindividuelle⁷⁰ amène à innover ou reprendre des modèles pédagogiques d'accompagnement utilisant les principes du pair-aidant, du réseau d'échanges de savoirs, de la pédagogie coopérative, de la dimension de coopération dans la relation d'altérité. La recherche de compétences collectives développent les capacités de coopération, et vise à repérer ou trouver des objets d'échange.

S'il faut insister sur la légitimité de soutenir les démarches d'insertion dans le monde du travail, il est nécessaire de penser dialectiquement les impacts éventuels de cette insertion sur la personne elle-même et son fonctionnement psychologique, sur le poste de travail et la chaîne de travail y comprenant les autres dans cet espace travail. Il faut accepter de penser qu'à n'y prendre garde, l'emploi peut être destructeur pour la personne et néfaste pour l'atelier de travail qui l'accueille. Cela contraint à une évaluation permanente et plurielle qui prend en compte le maximum de paramètres personnels et structurels ainsi que les développements dans le temps.

4.3. L'idéal d'une prise en charge globale

Partant du postulat clinique et social de l'unicité de la personne, la prise en charge globale est aujourd'hui soutenue par tous. Elle est considérée comme la seule approche pertinente et efficace. Quelques-uns utilisent l'expression « nous sommes condamnés à travailler ensemble ». La prise en charge globale fait idéalité et peut cependant produire du mythe. Les points forts de l'idéologie de la prise en charge globale portent sur l'organisation des actions et dispositifs, sur les méthodologies d'analyse et d'évaluation, sur les bénéfices pour les personnes elles-mêmes handicapées, professionnels et familles. Elle conduit à penser des centres de ressources avec une diversité de prestations offertes visant également à améliorer les symptômes résiduels. Elle permet d'envisager la transférabilité des actions et des acquis sur d'autres préoccupations que celles pour laquelle elle est d'abord focalisée. Ainsi, une démarche d'accompagnement en milieu professionnel peut mettre en œuvre des processus qui

⁶⁸ Krohmer C, Retour D, « La compétence collective, maillon clé de la gestion des compétences », sous la coordination de Ch. Defélix, A. Klarsfeld et E. Oiry, à paraître.

⁶⁹ Anne Delucq op.cit.

⁷⁰ En référence à Jean-Michel Oughourlian (2007) *Genèse du désir*, Paris : Carnets nord.

sont en partie exploitable sur une problématique d'hébergement. La prise en charge globale et le partenariat qui y est associé permettent d'enrichir également sa propre posture professionnelle grâce à l'expérience tirée de celle des autres. Sans se laisser envahir ni contaminé par les soucis des autres, les échanges partenariaux mettent en tension la pluralité des vigilances envers la personne porteuse de troubles psychiques, et permettent de mettre à distance d'éventuelles réticences en les partageant et soutenir les dynamiques de soutien et d'accompagnement.

En conclusion, les perspectives ouvertes par les acteurs autour de la question de l'insertion de la personne handicapée psychique dans l'emploi couvrent la pensée de l'évaluation, des stratégies cliniques et opératoires et des cadres institutionnels. L'éthique de la personne est constamment présente. Le champ du handicap est riche de ses dynamismes et de ses interrogations. Il mobilise des personnes très diverses dans leurs appartenances professionnelles et culturelles, des mouvements associatifs nombreux, une militance et des engagements éthiques insistants. Ce champ produit ainsi constamment des idées et dispositifs innovants. La politique de l'Etat oriente vers une attention plus forte aux compétences individuelles, organisationnelles, et collectives. Le décret sur les GCSMS⁷¹, groupement de coopération sociale et médico-sociale et l'orientation de la réflexion sur les CPOM, sont des opportunités mobilisatrices. Les GCSMS permettent une mutualisation des moyens, des missions, créer et gérer des équipements ou des services d'intérêt commun, de créer et gérer des systèmes d'information nécessaires à leurs activités, permettent des interventions de professionnels. Il est à considérer comme un support permettant de donner de la permanence à des liens, un moyen de fédérer et de financer des initiatives engageant des partenaires de nature multiple, une structure souple, rapidement opérationnelle continuellement modifiable et adaptable aux besoins des personnes handicapées. Si savoirs professionnels et actions ne sont jamais définitifs, l'enjeu est de laisser un espace psychique et institutionnel de vacuité permettant de penser encore ou autrement l'accompagnement et le soutien vers et dans l'emploi de tout citoyen reconnu comme tel.

Eléments bibliographiques

- Bernard Durand (2007) *Les GEM : une nouvelle étape du désaliénisme*, in Pratiques en santé mentale, 2007, vol. 53, n° 3 (48), pp. 5-10.
- Bernard Gaillard (2001) *Suivi et accompagnement psychologiques*, Bruxelles : De Boeck.
- Bernard Pachoud, Marli Nascimento Stieffatre (2005) *Psychopathologie et réinsertion professionnelle, Une clinique pluridimensionnelle requérant des ressources théoriques pluridisciplinaires*, in Cliniques Méditerranéennes, n° 72 2005/2, p.147 à 171.
- Carl Rogers (1942), *La relation d'aide et la psychothérapie*, trad.fr., Paris : ESF, 1970.
- Caroline Muzard-Salci (2004) *La pensée de l'exclusion ou l'impossible altérité, De la psychiatrie à la santé mentale* in Figures de la psychanalyse (2004) n°10 2004/2, p. 115 à 152.
- Christophe Bartholomé (2005) *L'accompagnement : un concept au cœur de l'État social actif. Le cas des pratiques d'accompagnement des personnes handicapées*, in Pensée plurielle, De Boeck, n° 10 2005/2.
- E. Giraud-Bar (2007) *Réhabilitation sociale en France*, in Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique Volume 165, Issue 3, April 2007, Pages 191-194.
- Eugène Enriquez (1988) *Le travail de la mort dans les institutions*, in *L'institution et les institutions*, Paris : Dunod, p.62.
- Fabrice Dhume (2001) *Du travail social au travail ensemble. Le partenariat dans le champ des politiques sociales*, éd. ASH.

⁷¹ Issu de la loi du 02.01.2002.

- Fabrice Dhume (2005) *Le travail social en réseau: de l'injonction gestionnaire vers une pratique intermédiaire*, ISCRA, avril 2005, consultable sur www.iscra.org.
- Fabrice Dhume-Sonzogni (2006) *La coopération dans l'action publique. De l'injonction de faire ensemble à l'exigence de commun*, Paris : L'Harmattan.
- Jean-M.Lesain-Delabarre, Plaisance E. (2003) *Le rapport aux institutions des parents d'enfants en situation de handicap*, in Informations Sociales ; Handicaps et familles, n°112, décembre 2003, pp 96-101.
- Jean-Yves Barreyre, Yara Makdessi (décembre 2007) *Handicap d'origine psychique et évaluation des situations*, Recherche-action en matière d'évaluation conjointe du handicap psychique, réalisé par la Délégation ANCREAI Ile-de-France pour le compte de la CNSA.
- Jean-Pierre Boutinet (1993) *Anthropologie du projet*, Paris : PUF.
- Laurent Barbe , Michel Autès , Marc Bessin , François Chobeaux , Numa Murard (2006) *Une autre place pour les usagers ? - Intervenir dans le secteur social et médico-social*, Paris : La Découverte.
- Marc Corbière, Céline Mercier, Alain Lesage, Kathe Villeneuve (2005) *L'insertion au travail de personnes souffrant d'une maladie mentale : analyse des caractéristiques de la personne*, in Revue canadienne de psychiatrie, 2005;50:722-733.
- Michel Goffin (2006) *Aux antipodes des pensées univoques, libérons les milieux populaires de l'inclusion sociale, par l'éducation populaire !*, in Pensée plurielle, De Boeck, n° 11 2006/1, p. 131 à 137.
- Michèle Drancourt (2006) *Entre l'exclusion et l'inclusion : quelle place pour l'émancipation des usagers ?... les gem*, in *Empan, Erès*, n° 64 2006/4.
- P. Joly (1997) *Prévention et soins des maladies mentales, Bilan et perspectives*, rapport au Conseil économique et social, Paris, ENSP, juin 1997.
- Patrick Alary, Claude Finkelstein (2007) *Les GEM, une réponse à la solitude, le moyen de la dignité par l'entraide et la solidarité* in *Pratiques en Santé Mentale*, janvier 2007.
- Paul Fustier (2005) *Le Lien d'accompagnement, Entre don et contrat salarial*, Paris : Dunod.
- Rapport Charzat, mars 2002, 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.
- René Baptiste (2005) *Reconnaître le handicap psychique*, Lyon : Chronique Sociale.
- Ronald.D.Laing, (1971), *Soi et les autres*, Gallimard, Paris, p.104.
- Serge Ebersold (2001) *La naissance de l'inemployable, ou l'insertion au risque de l'exclusion*, Rennes : PUR.
- Soizick de Berranger (2004) *Travail et handicap psychique*, in *Empan, Erès*, n°55 2004/3, pp.111-114.