



**SOUTENIR LA RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE DES
PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES EN
ACCOMPAGNANT LE RETABLISSEMENT PAR L'EMPLOI**

CRÉATION D'UN SERVICE DÉDIÉ AU SEIN D'UN CENTRE POSTCURE

Jeanne FAUST

2023

cafedes

Remerciements

L'aventure CAFDES est le fruit de rencontres et d'échanges.

Je remercie toutes les personnes que j'ai trouvé sur mon chemin professionnel durant ces 30 mois : le CRFPFD de Toulouse, les associations qui m'ont accueillies en stage, en mission, ou m'ont accordé de leur temps dans le cadre de ce mémoire, ainsi que les différentes équipes de direction et de professionnels, les partenaires.

Pour cette dernière page du cursus CAFDES-ien, j'adresse des pensées particulières à :

Juliette, la qualité de nos échanges, bien avant l'entrée en formation, ta disponibilité. A l'heure des réseaux notre rencontre, fruit du hasard, a été déterminante ;

Alice, ta confiance au quotidien et ta relecture ;

Anne, votre accompagnement, vos relectures et nos échanges ;

Mes camarades de promotion, nos divers horizons ont été une force ;

Laure, nos heures de travail ensemble et le partage de nos doutes, nos réussites ;

Mes amis, indispensables alliés ;

Ma famille, qui a gardé un œil sur mon parcours et soutenante dans mes choix ;

Mon mari, qui a coopéré tout au long du cursus et m'a épaulé ;

Éléna, Apolline et Gaspard, mes enfants, mon énergie, voir vos yeux briller ont été ma plus belle réussite ;

Ma mère, pour ton soutien inconditionnel, en toute circonstance.

*« Le bonheur tiré du travail provient du pouvoir d'affirmer son humanité en agissant sur la
nature ou sur la société »,
Christian Baudelot et Michel Gollac*

Sommaire

Introduction	1
1 Troubles psychiques : du « fou » à la réhabilitation psychosociale	5
1.1 La santé mentale sur les territoires	5
1.1.1 La santé mentale, une histoire marquée par la transformation sociétale	5
1.1.2 Au niveau mondial : des visions partagées mais des prises en charge divergentes	7
1.1.3 En Europe : un cap commun mais décliné par différentes stratégies nationales d'accès à l'emploi.....	8
1.1.4 De la folie à la maladie, la santé mentale au cœur des préoccupations en matière de santé publique française.....	10
1.1.5 Après janvier 2002, un nouveau paradigme	11
1.1.6 Les orientations nationales prioritaires pour la santé mentale déclinées au niveau régional.....	12
1.1.7 Route Nouvelle, acteur de la santé mentale sur le secteur toulousain depuis 1956.....	14
1.2 Troubles psychiques et emploi, d'importants écarts et des freins à lever	17
1.2.1 La représentation du malade imaginaire.....	18
1.2.2 Les obstacles liés à la précarité.....	18
1.2.3 Les troubles psychiques : la RQTH, un droit et un choix.....	18
1.2.4 Des dispositifs de droit commun cloisonnés	19
1.2.5 Des représentations négatives : le « fou ».....	20
1.2.6 L'accès à l'emploi, un droit à défendre	20
1.2.7 Le handicap psychique, des capacités intellectuelles préservées.....	21
1.3 La réhabilitation psychosociale comme pouvoir d'agir sur son projet	22
1.3.1 La réhabilitation psychosociale, un mécanisme de rétablissement privilégié ..	22
1.3.2 La sortie préparée dès l'entrée par le lien entre le projet de vie et le projet de soins	25
1.3.3 Le rétablissement par le travail : un accompagnement qui peut s'inscrire dans la durée.....	25

2	Route Nouvelle accompagne par son expertise la réhabilitation psychosociale des personnes souffrant de troubles psychiques	29
2.1	L'accompagnement des personnes à travers 4 pôles, permettant transversalité et diversité de réponses	29
2.1.1	Le projet associatif : des axes stratégiques partagés entre chaque service ...	29
2.1.2	Le centre postcure : le projet de service et des indicateurs d'activité	31
2.1.3	Le case management au service du soin et de l'accompagnement social.....	33
2.2	L'activité économique comme projet de vie : l'enjeu de réponse aux besoins	34
2.2.1	Accompagner les effets des troubles psychiques par des professionnels experts de la santé mentale	35
2.2.2	La place de l'emploi : facteur de ressources et de reconnaissance	35
2.2.3	L'employabilité à travers la performance, le new public management appliqué aux organismes publics	36
2.2.4	Cap emploi : un partenaire dont les synergies n'opèrent pas avec le secteur privé	37
2.2.5	Processus de passage du jeune à l'adulte : le travail comme étape identitaire	37
2.2.6	Le travail protégé : la logique de parcours cloisonné.....	38
2.2.7	La déstigmatisation : faire évoluer les représentations.....	39
2.2.8	Empowerment : le choix du parcours de vie.....	39
2.2.9	Adapter le poste : considérer différents facteurs	40
2.3	Une offre de service dynamique mais perfectible	41
2.3.1	Participation à DuoDay depuis 2021, une démarche en milieu ordinaire naissante	41
2.3.2	Les ateliers : un succès sur lequel capitaliser	42
2.3.3	Des partenariats en milieu ordinaire à développer	42
2.3.4	Une expérimentation au sein du service qui trouve ses limites dans sa capacité d'accompagnement pour répondre aux besoins	43
3	Soutien à l'emploi par la création d'un service d'emploi accompagné rattaché au centre de postcure	45
3.1	L'emploi accompagné dit de « job coaching » comme réponse aux besoins : accompagnement intensif vers l'emploi	45
3.1.1	L'emploi accompagné, une démarche qui débute en France en 1994	45
3.1.2	Le job coach référent du parcours dans une logique d'autodétermination.....	46
3.1.3	L'efficacité de la méthode IPS approuvée sur différents territoires	47

A) A l'échelle mondiale	48
B) Sur le territoire national	48
C) En région Occitanie : le dispositif est déployé à Montpellier au centre d'un centre de réhabilitation psychosociale	48
3.1.4 L'absence de prérequis à l'entrée, une ouverture permettant de répondre aux besoins et aux demandes dans une logique individualisée	50
3.1.5 La remédiation cognitive et un programme de déstigmatisation pour compléter le job coaching	50
3.2 Pilotage et conduite du projet	52
3.2.1 Démarche projet : vers le changement	52
3.2.2 Le manager : responsable de la cohérence d'un projet	53
A) Ma place de directrice générale adjointe	53
B) La cadre de santé	54
C) Cohérence des responsables	54
3.2.3 Le public ciblé : l'absence de critères et de restriction d'adressage	54
3.2.4 Le partenariat : l'ouverture en milieu écologique.....	55
3.2.5 Le case manager : garant de la coordination de parcours	56
3.2.6 Adapter les ressources humaines au projet par la GPEC: des compétences transverses, alliant le soin et l'insertion professionnelle	56
A) Le recrutement.....	57
B) Les entretiens professionnels annuels	58
C) La fiche poste	58
D) Plan de développement des compétences : formation à la méthode <i>IPS - Individual Placement and Support</i>	59
E) Lancement d'un appel à candidature.....	60
3.2.7 Le job coaching : un service supplémentaire à inscrire dans le projet de service	60
3.2.8 La commission des usagers : Prendre en compte les stagiaires et proches dans la construction.....	60
3.2.9 Montage budgétaire : un équilibre à moyens constants.....	61
3.2.10 Une démarche qualité reconnue qui devra intégrer le nouveau service.....	62
A) La satisfaction des personnes accompagnées	62
B) L'amélioration continue	62
C) Documents préservant et garantissant les droits des usagers	63

D) Inscription du projet dans la démarche qualité.....	63
3.2.11 L'évaluation continue au travers d'indicateurs.....	64
3.2.12 Plan de communication : faire adhérer l'ensemble des acteurs.....	64
A) L'ensemble des salariés	65
B) La gouvernance et direction.....	65
C) Les instances représentatives du personnel.....	65
D) Les personnes accompagnées et les proches.....	65
E) Les autorités de contrôle et de tarification.....	66
F) Les partenaires.....	66
3.2.13 GANTT	66
Conclusion.....	69
Bibliographie.....	71
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AGEFIPH : Association nationale de GEstion du Fonds pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées

ARS : Agence Régionale de Santé

C2R : Centre de Rétablissement et de Réhabilitation

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CDU : Commission Des Usagers

CESF : Conseiller en Économie Sociale et Familiale

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIP : Chargé d'Insertion Professionnelle

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

CME : Commission Médicale d'Établissement

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNH : Conférence Nationale du Handicap

CPC : Centre de Postcure

CPT : Communauté Psychiatrique de Territoire

CSE : Comité Social et Économique

CV : Curriculum Vitae

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DGA : Directrice Générale Adjointe

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DITEP : Dispositifs Instituts Thérapeutiques Éducatifs et Pédagogiques

DREETS : Direction Régionale de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités

DUERP : Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels

EA : Entreprise Adaptée

ESAT : Établissement et Service d'Aide par le Travail

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FERREPSY : FEédération Régionale de Recherche En PSYchiatry et santé mentale

FIPHFP : Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

HAS : Haute Autorité de Santé

HCDH : Haut-Commissariat aux Droits de l'Homme

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire

IDE : Infirmier Diplômé d'État
IPA : Infirmier en Pratique Avancée
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IPS : Individual Placement and Support
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées
NECT : Narrative Enhancement and Cognitive Therapy
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économique
OIT : Organisation Internationale du Travail
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PPS : Projet Personnalisé de Soins
PRS : Projet Régional de Santé
PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale
RPS : Réhabilitation PsychoSociale
RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
TCA : Trouble du Comportement Alimentaire
TISF : Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale
TSA : Trouble du Spectre de l'Autisme
UE : Union Européenne
UNAFAM : Union Nationale de Familles et AMis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
QVCT : Qualité de Vie et Conditions de Travail

Introduction

La Réhabilitation Psychosociale (RPS) est un concept qui peut se définir comme l'ensemble des moyens mis en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques visant à favoriser leur autonomie et leur inclusion dans la société. Il s'agit d'une approche globale qui a pour objectif le rétablissement de la personne, c'est-à-dire l'atteinte d'une qualité de vie satisfaisante pour elle, en tenant compte de ses capacités, de ses compétences et de ses choix.

La réhabilitation psychosociale, le rétablissement et l'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques sont aujourd'hui considérés comme des priorités de santé. « Le projet territorial de santé mentale (PTSM) a pour priorité l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale. A ce titre, il prévoit [...] les actions destinées à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap, par l'accès le plus précoce possible aux soins notamment de réhabilitation, et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux. », Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale.

L'Association Route Nouvelle s'inscrit dans ce processus de RPS des personnes qu'elle accompagne dans une perspective de rétablissement. Pour répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques, l'association est constituée de 4 pôles : sanitaire par un centre de postcure, médicosocial par un SAMSAH Psy, social par une résidence accueil et des logements communautaires et formation par un diplôme universitaire et des formations sur-mesure. L'accompagnement peut être transverse : accueil de jour au CPC et logement au sein d'un appartement communautaire ou résidence accueil, suivi au SAMSAH Psy et au sein du pôle social pour le logement. L'Association est implantée en région toulousaine.

L'association développe une offre de soutien basée sur une philosophie humaniste privilégiant la liberté et la confiance en soi pour faire émerger les résiliences propres à chaque individu. J'ai intégré l'équipe de direction par ma nomination de directrice générale adjointe (DGA) début 2023. Lors de ma prise de poste j'ai réalisé un diagnostic afin de valoriser l'existant et m'interroger sur les axes d'amélioration à conduire en lien avec les besoins des personnes accompagnées. J'ai pu mesurer l'ancrage de Route Nouvelle sur son territoire. L'association est un acteur majeur en Haute-Garonne et plus spécifiquement sur Toulouse et le nord du département. Le SAMSAH Psy a été le premier en 2009 à être

spécialisé dans le handicap psychique. De nombreux salariés interviennent au sein du diplôme universitaire de RPS et proposent des modules de formation sur mesure. Les professionnels au contact des personnes accompagnées sont issus du soin et de la filière sociale : psychiatres, médecin généraliste, psychologues, neuropsychologue, ergothérapeutes, infirmiers diplômés d'état (IDE), conseillers en économie sociale et familiale (CESF), technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF) et un éducateur sportif. Ils sont tous formés à la RPS et au processus de rétablissement. Leurs pratiques professionnelles sont régulièrement renforcées par le biais de formation continue notamment.

Le travail a un rôle essentiel dans la société. Il est un facteur d'insertion et de prévention de la pauvreté. En effet, une mise à l'écart temporaire ou sur du long terme précarise la personne. L'emploi est un socle de l'économie, levier de consommation par le revenu qu'il génère, ce qui facilite l'insertion sociale. L'activité permet une plus grande autonomie et dignité. L'État, par son rôle régalien, intervient par les politiques publiques en faveur du soutien à l'emploi, de la régulation sociale. Le travail reste attaché à l'histoire et à l'évolution sociétale, de la technique et de la culture.

L'administration oppose deux statuts : les personnes en activité et les personnes sans emploi. L'inactivité est associée à la régression, alors que l'activité suppose participation, production. Le salaire reçu par le travailleur a une finalité de liberté, de récompense, de valorisation et le salarié détient un statut social, des droits. Cette représentation a pour finalité le rapport à la norme. Cette norme régule la conduite, elle se comprend comme loi informelle, d'un ordre naturel. L'activité professionnelle est une norme, qui contribue à l'identité de la personne.

Un écart important est mis en évidence : le profil des travailleurs atteint de troubles psychiques est source de fortes représentations pour les employeurs, ce qui est très excluante. Route Nouvelle a pour vocation d'accompagner les personnes à la santé mentale fragile, dès lors que leur état est stabilisé. La réinsertion et l'inclusion au sein de la cité est un des volets du projet coconstruit avec les stagiaires dès l'entrée. La RPS dispose de plusieurs leviers de rétablissement dont un des volets est le soutien à l'insertion par l'emploi : orientation, préparation et stage.

Il nécessite un accompagnement tripartite : la personne, l'employeur et le service. En effet, une insertion doit être préparée en amont mais également poursuivie sur la durée afin que l'inclusion puisse être observée sur le long terme. Lorsque les stagiaires souhaitent s'inscrire dans une démarche professionnelle, une action conjointe est réalisée entre les partenaires et l'équipe sans qu'un service dédié soit actuellement déployé.

La prise en charge de la santé mentale a évolué au cours de l'histoire. L'accompagnement n'est pas uniforme dans le monde, et est lié à l'évolution des croyances, de la culture et à la distinction des troubles du handicap. La maladie s'inscrit dans un projet de vie et projet de soin, en coordonnant les acteurs du parcours. En première partie je m'attacherai à décrire la place de la santé mentale sur différents territoires et les effets induits sur l'emploi. Je définirai également le processus de la réhabilitation psychosociale et les mécanismes de rétablissement.

Dans une seconde partie, je détaillerai les modalités d'accompagnement de Route Nouvelle et la place de l'association dans la réponse aux besoins. Étant une association experte de la santé mentale et reconnue, les dispositifs se sont ajustés dans le temps et la mission s'est adaptée afin de proposer une offre en phase avec les besoins des usagers et des orientations nationales et régionales.

Enfin, dans une dernière partie je soutiendrai la création d'un service d'emploi accompagné - le job coaching - afin de répondre aux souhaits d'insertion en milieu professionnel ordinaire, méthode qui a fait ses preuves. La directrice générale m'accorde sa confiance en me confiant le pilotage du projet. L'organisation de l'offre de service proposée par le centre de postcure est à bâtir, en lien avec les équipes, les administrateurs de l'association, les stagiaires, leurs proches et les partenaires.

1 Troubles psychiques : du « fou » à la réhabilitation psychosociale

1.1 La santé mentale sur les territoires

Les troubles mentaux sont de plusieurs ordres avec différentes échelles d'impacts sur les parcours de vie des personnes. Ils peuvent aller de légers et ponctuels à réguliers et sévères voire se chroniciser.

En France les maladies psychiatriques associées à l'ensemble des traitements par psychotropes (dont les anxiolytiques et hypnotiques) représentent 14 % des dépenses totales et le premier poste de dépenses de l'Assurance Maladie. En 2006, les affections psychiques représentent la première cause d'invalidité (28%, source AMELI) et sont responsables de 35 à 45 % de l'absentéisme au travail (source Santé publique France).

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé mentale comme un « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ». La première conférence de l'OMS sur la santé mentale en janvier 2005 à Helsinki a confirmé la priorité donnée à la prévention, la prise en charge des soins, la promotion des troubles mentaux et la réadaptation pour les états membres.

Le spectre de la santé mentale est large : il ne s'agit pas seulement d'affirmer l'absence de troubles mentaux. De nombreux facteurs concourent à la santé mentale : socio-économiques, biologiques et environnementaux, dont l'environnement de travail.

1.1.1 La santé mentale, une histoire marquée par la transformation sociale

La conception de la santé mentale a fortement évolué au cours de l'histoire, selon les avancées scientifiques, sociales et les normes des époques.

Dans l'Antiquité les troubles psychiatriques ne sont pas abordés sous la question de santé, mais comme une manifestation religieuse, du divin, le corps faisant un ensemble. Durant le Moyen Âge les personnes restent au sein de leurs familles, attachés lors d'une crise, ou dans des institutions religieuses au sein desquelles l'exorciste doit traiter les situations. En cas d'échec le bûcher pour motif de sorcellerie est appliqué. La religion est alors le rapport à la norme, et les personnes sont considérées comme habitées par le démon, le diable. Jusqu'au 17^{ème} siècle, la norme est l'enfermement dans des cages, au sein des villes, parfois sous la contrainte, pour divertir les notables. Le premier hôpital public pour personnes souffrant de pathologies psychiatriques est ouvert par Louis XIV en 1656.

Néanmoins l'enfermement et l'isolement restent les pratiques usuelles. Les traitements de guérison sont brutaux : saignées, administration de drogues, purgatifs, vomitifs, etc.

Les travaux de Philippe PINEL, médecin et philosophe, marquent un tournant :

« Les aliénés, loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades, dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante et dont on doit chercher, par les moyens les plus simples, à rétablir la raison égarée. ».

Cette rupture idéologique de traitement par la conception de « l'aliénation mentale » et de la possibilité de soins par le traitement moral, de bienveillance et d'humanité est une première étape de la psychiatrie contemporaine. Ce changement de doctrine passe par le désenchainement des malades et la considération en tant qu'Homme.

L'asile est créé par une loi de 1838 obligeant les départements à ouvrir un établissement d'accueil et de traitement des malades mentaux afin qu'ils ne représentent plus un danger pour eux-mêmes et la société.

De crime, la folie devient un statut médical, organisé par des établissements privés en grande partie gérés par des institutions religieuses. L'objectif est de surveiller, garder, isoler, classifier et ramener à la raison les malades.

Les études portant sur les troubles mentaux débutent dans les années 1900. Sigmund FREUD, médecin, mène une étude sur l'hypnose des malades. Face à l'essai jugé infructueux, il crée la psychanalyse. La société reste dans le rejet, l'Allemagne nazie extermine les personnes atteintes de troubles psychiatriques. Post 2^{nde} guerre mondiale des premières études sur de nouveaux modèles de structures, hors des murs des hôpitaux, sont menées. Le secteur se développe en dehors du milieu hospitalier, dans une logique de continuité des soins avec la participation des patients à leur médication. Des traitements somatiques annoncés comme solution à la maladie sont déployés : lobotomie, cure de Sakel, sismothérapie. La lourdeur de certaines thérapies, sans effet ou majorant les troubles, orientent la recherche vers les médicaments.

De 1960 à 1980 l'apparition de nouveaux traitements psychotropes, notamment des neuroleptiques sont prescrits largement et permet de sectoriser la psychiatrie. Les effets induits sur les patients atteints de troubles mentaux (baisse de l'agitation, des délires, des hallucinations) rendent possibles un retour au domicile ou dans des établissements ouverts. Depuis les années 1980 l'accompagnement des pathologies est majoritairement en dehors des murs et les personnes ont été progressivement actrices de leur prise en soin et des décisions institutionnelles (commission des usagers, représentation dans les instances des établissements, création de structures portées par des usagers). Les soins s'axent

aujourd'hui vers la parole, la psychothérapie, l'ergothérapie, l'art-thérapie, méthodes dites non envahissantes.

La réadaptation psychosociale passe dès le XIX^{ème} siècle par le travail. Depuis 1950 le spectre s'est ouvert aux professions paramédicales et sociales pour la réinsertion des personnes au sein de société.

1.1.2 Au niveau mondial : des visions partagées mais des prises en charge divergentes

La santé mentale trouve une place centrale dans de nombreuses recherches internationales depuis une vingtaine d'années. De multiples enjeux se confrontent : politiques, société, diagnostic, évaluation, et prise en charge notamment. De nombreux pays allient l'environnement écologique (l'usager, ses proches, inclusion sociale et professionnelle) et les soins. Un rapprochement culturel est majoritairement recherché entre le secteur sanitaire, médico-social et social pour accompagner le projet de vie, le coordonner et maintenir les personnes en milieu ordinaire.

La lutte contre la stigmatisation des troubles est une priorité partagée. Cette convergence des orientations politiques a été formalisée par différents textes : Conférence d'Alma-Ata en 1978, la charte d'Ottawa en 1986 ou encore les plans d'actions de l'OMS. Tous encouragent une approche globale dans l'accompagnement de personnes souffrant de troubles liés à la santé mentale. Le Haut-Commissariat des Droits de l'Homme des Nations Unies (HCDH), a rendu un rapport en 2017 sur la santé mentale et les droits de l'homme. Il souligne le travail à réaliser par chaque pays pour répondre aux enjeux suivants : stigmatisation, discrimination, violation des droits économiques, sociaux, et l'autonomie ainsi que les capacités juridiques individuelles. Les nations doivent prendre les mesures nécessaires à la formalisation et à la réalisation des droits de l'homme et assurer un environnement réglementaire permettant leur plein exercice par les personnes souffrant de troubles psychiques. Le rapport souligne l'importance de l'autonomie, de l'empowerment, de la dignité de chaque individu. Enfin, il précise que la prise en compte de la qualité de soins proposée est libre et éclairée ainsi qu'un exercice de la pratique professionnelle dans le respect des bonnes pratiques. En effet, le HCDH a mis en évidence les problématiques universelles rencontrées par les personnes souffrant de troubles liés à la santé mentale : discrimination, stigmatisation, violence, abus, exclusion et ségrégation.

Néanmoins de fortes inégalités entre les pays et les continents subsistent. En Afrique, la santé mentale est toujours étroitement liée aux convictions religieuses et philosophiques. Le suicide, dont l'origine est liée à la maladie psychique, n'est par exemple pas accepté.

Un réel tabou sociétal entoure les troubles. La stigmatisation est très prégnante. Le personnel soignant et les médecins sont moins nombreux qu'ailleurs :

- Au Kenya 8.000 professionnels pour 53 millions d'habitants
- Au Mali, 46 professionnels pour 26 millions d'habitants

Un taux 100 fois inférieur aux recommandations internationales sur le continent Africain, avec 1 psychiatre pour 500.000 habitants. Le taux de décès par suicide en est le plus élevé au monde (source Le Monde).

En Asie, la région reste marquée par la période soviétique, le collectif prime sur l'individu. Les représentations, le métissage, marquent un traumatisme très présent dans les consciences. Les infrastructures datent souvent de l'ère soviétique et peinent à se moderniser. Auparavant les médias ne relayaient que des affaires dites positives. Aujourd'hui la société du spectaculaire apparait, avec la recherche d'informations à sensation - qui participent à stigmatiser la maladie. L'Asie retrouve de nombreuses similitudes avec l'Europe. Les politiques publiques s'articulent avec la religion, encore très prégnante. Les populations restent pieuses, essentiellement musulmane ou bouddhiste, et attachées à respecter les préceptes philosophiques.

Les États-Unis précurseurs d'orientations politiques en matière de santé mentale ont un programme dédié à la réinsertion dans l'emploi d'adultes souffrant de troubles ou handicaps psychiques. 1,4 millions de travailleurs en bénéficient en 2004 (source US Department of Education, 2007). Le financement est mixte entre l'État fédéral et les États fédérés.

1.1.3 En Europe : un cap commun mais décliné par différentes stratégies nationales d'accès à l'emploi

L'accès à l'emploi est une difficulté partagée en Europe. Les personnes souffrant de santé mentale sont particulièrement touchées.

84 millions de personnes membres de l'Union Européenne (les 27 pays et le Royaume-Unis) sont touchés par une santé mentale fragilisée, selon le rapport « Panorama de la santé : Europe 2018 ». Les conséquences sont multiples. Le coût est estimé à 4% du PIB, soit plus de 600 milliards d'euros.

Ce rapport a été complété en 2022 par le « Panorama de la santé 2022 » qui met en exergue l'insatisfaction d'un jeune Européen sur deux en matière de soins de santé mentale. La pandémie a aggravé la situation : les symptômes de dépression ont doublé (source Commission Européenne).

L'initiative de l'UE sur les maladies non transmissibles (« Vivre ensemble en bonne santé »), présentée par la Commission en juin 2022 a émis un rapport dont un des axes « La

santé mentale et les troubles neurologiques » encourage la prévention et invite à l'inclusion sociale. Les 4 orientations prioritaires sur la santé mentale sont :

- D'intégrer la santé mentale au sein de toutes les politiques
- Prévenir et promouvoir le bien-être mental
- Accéder à des services de qualité liés à la santé mentale et pour tous
- Renforcer l'inclusion et la protection des droits pour lutter contre la stigmatisation

En Allemagne, les handicaps physiques et psychiques ne sont pas différenciés. Il existe un quota contraignant pour les handicaps les « plus sévères » seulement. Les emplois protégés ne sont pas accessibles aux personnes souffrant de handicap psychique. Des entreprises de transition offrent des possibilités proches du milieu ordinaire. Des formations d'encadrants et managers sont offertes.

Au Royaume-Unis les politiques des quotas ont été jugées stigmatisantes. Il existe un consensus sociétal, approuvé par les associations de personnes handicapées pour qu'une règle de non-discrimination à l'emploi soit la norme. Néanmoins l'emploi des personnes ayant des troubles de la santé mentale ont 40% de chances en moins de trouver un emploi qu'une personne ayant un handicap physique. Le taux global d'activité est seulement de 22%. Il n'existe pas de soutien des pouvoirs publics en faveur des personnes souffrant de handicap psychique. Les employeurs ont une réserve sur les performances professionnelles, liée à une méconnaissance de la maladie et qui nécessite des adaptations. Afin de faire évoluer les représentations qui persistent, la société anglaise a engagé une forte démarche de sensibilisation sur les répercussions négatives de la maladie psychique. Des campagnes de témoignages de dirigeants révélant avoir connu des périodes avec des troubles ont été diffusées par de nombreux supports et médias. Cette action encourage les travailleurs à communiquer sur la maladie et le grand public à changer de regard.

En Espagne, une obligation d'emploi au sein des entreprises de travailleurs handicapés est légiférée à 2% pour les plus de 50 salariés et 5% dans le public. La maladie mentale fait partie du dispositif relatif aux personnes handicapées. Comme pour le Royaume-Uni, les personnes présentant un handicap psychique sont celles dont l'accès à l'emploi est plus faible et moins de 4% occupent un emploi permanent même dans le milieu protégé.

Le Danemark n'a pas légiféré en matière de quota ou de non-discrimination. Les orientations se fondent sur une politique décentralisée dont la ville est actrice. La flexibilité, assortie de la sécurité, permet d'améliorer l'insertion professionnelle. Cette stratégie permet d'allier un taux élevé de la population présentant des troubles (1 personne sur 5) et un taux d'activité supérieur aux autres pays (60%), bien qu'inférieur au taux global d'emploi (75%).

Ces résultats favorables devraient se retrouver consolidés par un nouveau modèle de réadaptation pour les jeunes avec un handicap léger/modéré : un accès aux modulations du temps de travail « flexjobs » et un renforcement des aides de l'État aux collectivités. Des expériences menées vont également se généraliser : expérience précoce durant les études afin de faciliter l'entrée dans la vie active des jeunes présentant un handicap psychique. Le gouvernement Danois est très engagé sur des campagnes de sensibilisation et sur la communication afin de déstigmatiser la maladie.

1.1.4 De la folie à la maladie, la santé mentale au cœur des préoccupations en matière de santé publique française

La psychiatrie moderne trouve sa naissance avec Philippe PINEL, médecin de l'Hospice de Bicêtre à Paris, qui se fonde sur son observation des malades aliénés enfermés, afin de pouvoir concevoir des soins dès 1786.

L'ouvrage « Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie » paru en 1800 permet de faire évoluer la représentation des malades qui étaient qualifiés d'insensés et d'incurables, sans raison. Les malades passent au statut d'aliénés. Un traitement devient possible car il subsiste de la raison. La prise en charge devient individualisée, avec douceur, pour « modifier la direction vicieuse de leurs pensées » mais autorité. Le traitement moral doit s'exercer au sein d'une institution : l'asile, créé dès 1802. Le Dr PINEL met en avant l'effet central du travail en tant que traitement thérapeutique. Ses travaux marquent le début d'une politique en faveur des maladies psychiatriques.

En 1818 Mr Étienne ESQUIROL remet un rapport au ministère de l'intérieur « Des établissements des aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés » qui dénonce la non application des admissions en asiles pour les malades et leur maltraitance courante. L'isolement est proposé comme moyen concourant à la guérison. Laisser les personnes au sein des familles ou des institutions religieuses renforce les pathologies. Le médecin est le seul ayant autorité pour accompagner le malade et la maladie.

La loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, dite Esquirol, organise les internements, placements d'office et placements volontaires. Cette loi ne sera que peu déployée, le nombre d'établissement n'augmente pas. Les asiles restent des lieux de ségrégation et surencombrés.

En 1937-1938, Marc RUCART Ministre de la santé du front populaire publie 2 circulaires permettant l'ouverture « d'Hôpitaux psychiatriques » afin de soigner les stagiaires libres de toute contrainte ou mesure de protection.

Durant la 2nde Guerre Mondiale la famine, majorée de facteurs environnementaux (tuberculose, froid notamment), a engendré 40.000 morts. Certaines régions ont été moins touchées du fait de leur ouverture sur l'extérieur et d'une insertion sociale plus étroite.

La création en 1945 de la Sécurité Sociale est un tournant dans la prise en charge :

- Financement des hospitalisations
- Qualification des soignants – infirmiers (ex gardiens des malades)

Les traitements pharmaceutiques remplacent les traitements très invasifs dès le début des années 1950.

Le 9 mars 1956 paraît le décret sur les maisons de santé puis en 1960 la circulaire sur la santé mentale qui pose les bases de la réinsertion des malades dans la cité. Elle préconise un appui à la sortie de l'hôpital pour éviter la rechute et favoriser la réinsertion.

Les années 60 marquent également la création du secteur de la psychiatrie avec des équipes de soins dédiées, des moyens alloués spécifiques par la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

Le sanitaire est scindé du médico-social et du social par la loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Les financements évoluent par une unification des activités intra et extra hospitalière par la loi 82-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique

La loi du 27/06/1990 remplace celle du 30/06/1838. Le rapprochement de la psychiatrie du médico-social, ainsi que la professionnalisation du personnel soignant ont pour objectif la réinsertion sociale, le respect de la dignité et des droits des personnes.

1.1.5 Après janvier 2002, un nouveau paradigme

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale marque un tournant. La personne devient actrice de son parcours, c'est l'ensemble de ses droits qui est réaffirmé. Un de ses articles promeut le consentement et une insertion sociale accompagnée par des professionnels dont la construction est soutenue par la personne : « Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché », Loi 2015-1776 relative aux droits des usagers.

La loi du 11 février 2005 n'apporte pas une définition particulière du handicap psychique mais indique que le handicap peut-être en relation, avec l'altération des fonctions psychiques « en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou

plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. ». Loi N°2005-102 du 11 février 2005.

La loi « Hôpital, patient, santé et territoire », dite HPST, a été promulguée le 21 juillet 2009. De fortes perspectives sur le secteur psychiatrique étaient attendues. Lors de sa publication de nombreuses déceptions se sont faites entendre, la seule évolution a été la création des territoires de santé en remplacement du secteur psychiatrie.

La loi 2006-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé institue le Projet territorial de santé mentale (PTSM) afin que parcours de vie et parcours de soins soient liés et sans ruptures.

La loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge a restreint les hospitalisations sous contraintes en légiférant sur l'obligation d'une décision du juge des libertés et de la détention.

Le rapport LAFORCADE du 10 octobre 2016 place une des actions prioritaires en faveur de la déstigmatisation des personnes ayant des troubles psychologiques et une coopération entre les acteurs.

Récemment, la 6e Conférence nationale du handicap (CNH) qui a eu lieu le 26 avril 2023, s'est déroulée sous tension. De nombreuses associations – dont le collectif Handicaps et l'UNAFAM – ont dénoncé « l'inaction du Gouvernement sur le handicap psychique ».

Les lits de psychiatrie ferment et les moyens sont réalloués sur des structures ouvertes, médico-sociales ou sanitaires, de jour. L'ère de la psychiatrie fermée est révolue. De nouveaux modèles continuent de se développer dans une logique de parcours décloisonnée.

L'offre d'accompagnement en psychiatrie se déplace vers le secteur médico-social, avec la « déshospitalisation ». De nouvelles modalités d'accompagnement ont émergé :

- Les SAMSAH et SAVS, proposant des accompagnements spécialisés avec des professionnels soignants et/ou socio-éducatifs
- Les foyers de vie, FAM, MAS spécialisés
- Les logements spécialisés (appartements, résidences...)

1.1.6 Les orientations nationales prioritaires pour la santé mentale déclinées au niveau régional

Le PTSM permet une transversalité entre le sanitaire, le médico-social et le social afin que chaque secteur participe à l'élaboration de la politique de la santé mentale sur le territoire. La concertation entre les professionnels et établissements permet la construction d'une logique de parcours et d'accompagnement la plus cohérente. « [...] Les actions destinées

à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap, par l'accès le plus précoce possible aux soins notamment de réhabilitation, et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux. Le développement de services adaptés et diversifiés destinés à faciliter l'accès des personnes au logement, à l'emploi, à la scolarisation, aux études et à la vie sociale, en visant le plus possible l'insertion et le maintien en milieu ordinaire. » Décret N°2017-1200 du 27 juillet 2017.

En Haute Garonne la Commission en Santé Mentale est composée d'acteurs et établissements couvrant le champ de la santé mentale. La priorité est donnée à l'accompagnement des personnes relevant du sanitaire, médico-social et social dans le milieu ordinaire. Lors de l'élaboration du dernier PTSM Haute-Garonne 2021-2025 les principales fragilités soulevées sur le territoire sont : un manque de coordination entre les acteurs, des ruptures de parcours, des inégalités d'accès aux soins et à l'accompagnement, une stigmatisation.

Le PTSM31 concourt au développement d'une approche globale dans le cadre d'un parcours repéré, coordonné, gradué et fluide entre les partenaires intervenants des différents secteurs, avec la participation de la personne souffrant de troubles psychiques sévères et persistants, afin qu'elle soit véritablement actrice de sa santé.

Plusieurs priorités y sont énoncées, notamment :

Priorité 2 - Parcours de santé et de vie, de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale.

Priorité 5 - Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir. Lutter contre la stigmatisation des troubles psychiques.

Priorité 6 - Action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

L'un des enjeux est de « Promouvoir le case management, la psycho éducation, la réhabilitation psychosociale, la réinsertion par l'emploi, le logement », PTSM Haute Garonne 2021-2025.

Le projet régional de santé (PRS) de la région Occitanie, Occitanie santé 2022, définit le parcours santé mentale parmi les cinq axes prioritaires. Les indicateurs socio-environnementaux : taux de précarité, chômage, addictions notamment ont justifié ce choix. Arrivé à échéance, son renouvellement est en cours. Contactée, l'ARS indique que la santé mentale et la prise en charge restera un axe majeur :

« Le 3ème projet régional de santé, que mes services travaillent actuellement dans une logique de concertation soutenue avec les instances territoriales et régionales de démocratie sanitaire, intégrera ces défis pour permettre aux personnes vivant avec un handicap de grandir, vivre et vieillir dans le respect de leurs choix et de leurs droits, qu'il s'agisse d'accès à l'éducation, à l'emploi, à la citoyenneté, à la vie sociale, à la vie affective et sexuelle, ou encore à la santé ».

Le document préliminaire présenté aux établissements fait état des orientations suivantes :

- Parcours santé mentale et psychiatrie

Priorité stratégique opérationnelle : « favoriser l'accès de l'utilisateur aux dispositifs innovants en santé mentale ».

A ce titre, le PRS III, promeut les approches innovantes favorisant l'approche bio-psycho-sociale, afin de maximiser les chances de rétablissement pour les personnes souffrant d'un handicap.

- Renforcer, ajuster et coordonner les dynamiques impulsées dans les territoires en soutien du parcours en santé mentale

La spécificité du parcours handicap est de permettre la pleine réalisation du projet de vie des personnes en situation de handicap, en répondant à leur besoin d'accompagnement afin de promouvoir leur autonomie.

La région a déployé en copilotage avec l'ARS, l'AGEFIPH, le FIPHFP et la DREETS un dispositif d'emploi accompagné. Au 1^{er} janvier il comprenait 13 plates-formes. Ce dispositif s'adresse aux personnes en situation de handicap, en complément des structures et services existants. Mobilisable sur décision de la CDAPH ou prescription d'un service public, elle se mobilise par une convention entre la personne, le gestionnaire régional et l'employeur. Ce dispositif est essentiellement adapté pour l'emploi adapté et protégé, et ne peut être mobilisé qu'avec l'employeur, partie prenante de la convention.

1.1.7 Route Nouvelle, acteur de la santé mentale sur le secteur toulousain depuis 1956

L'histoire de Route Nouvelle débute en 1956 par un accueil de jour qui aide charitablement 2 fois par semaine un groupe de 11 femmes en difficultés. Il leur est proposé des travaux en contrepartie de repas, d'aide financière et d'écoute. Les principes de la réinsertion par l'activité ont été posés. L'œuvre est statutarisée association en 1964. Le premier agrément est apporté au centre de posture en 1969, par la sécurité sociale et à l'aide médicale pour 20 places, réalisé par des bénévoles.

Une extension de l'accueil a été formalisée en 1982 pour 55 places avec la possibilité d'accueillir les stagiaires en mixité. Le centre se professionnalise par le recrutement de salariés du secteur éducatif.

Depuis 1998 l'association soutient de nouveaux projets pour renforcer l'offre et répondre aux besoins du territoire.

Des professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux intègrent l'équipe qui devient pluridisciplinaire. Les dimensions stratégiques répondent au projet régional de santé et au schéma régional d'organisation sanitaire, médico-sociale et sociale.

De Philippe PINEL en 1789 avec la publication de la première classification des maladies mentales jusque dans les années 1960 avec l'instauration d'une politique pour la réintégration sociale des personnes souffrant de pathologies psychiatriques, la prise en soin des personnes s'est transformée. Les évolutions sociétales et des prises en charge sanitaire ont posé les bases de la culture associative.

Depuis sa création Route Nouvelle accompagne les pathologies psychiques en aval et l'évolution des pratiques s'est accélérée. L'association intervient lorsque l'état de la personne est stabilisé et a pour mission, par son suivi et accompagnement, de favoriser l'épanouissement personnel, social, culturel et professionnel.

Afin de structurer l'activité l'association est organisée en 4 pôles :

- SANITAIRE : un centre de postcure (CPC), d'hospitalisation de jour en psychiatrie reconnu Centre de proximité en Réhabilitation Psychosociale de 55 places, soit un accompagnement quotidien de 72 personnes. L'agence régionale de santé (ARS) a labellisé la structure de soins en réhabilitation psychosociale en 2019. Cette certification de l'HAS permet à Route Nouvelle de faire rayonner son expertise RPS sur son territoire.
- MEDICO-SOCIAL : un SAMSAH Psy de 47 places ce qui représente un accompagnement en continu de 120 personnes et 3 appartements communautaires
- FORMATION : le pôle formation - certifié QUALIOPi - propose des formations sur mesure, et anime en parallèle le Diplôme Universitaire de « Réhabilitation Psychosociale en psychiatrie », conjointement avec l'Institut Catholique Toulousain.
- SOCIAL : Habitat Friendly avec 2 appartements communautaires réservés aux 18 / 30 ans et depuis octobre 2022 une résidence accueil « Suzanne Rio » : deux dispositifs d'habitats inclusifs pour des personnes fragilisées par la maladie psychique.

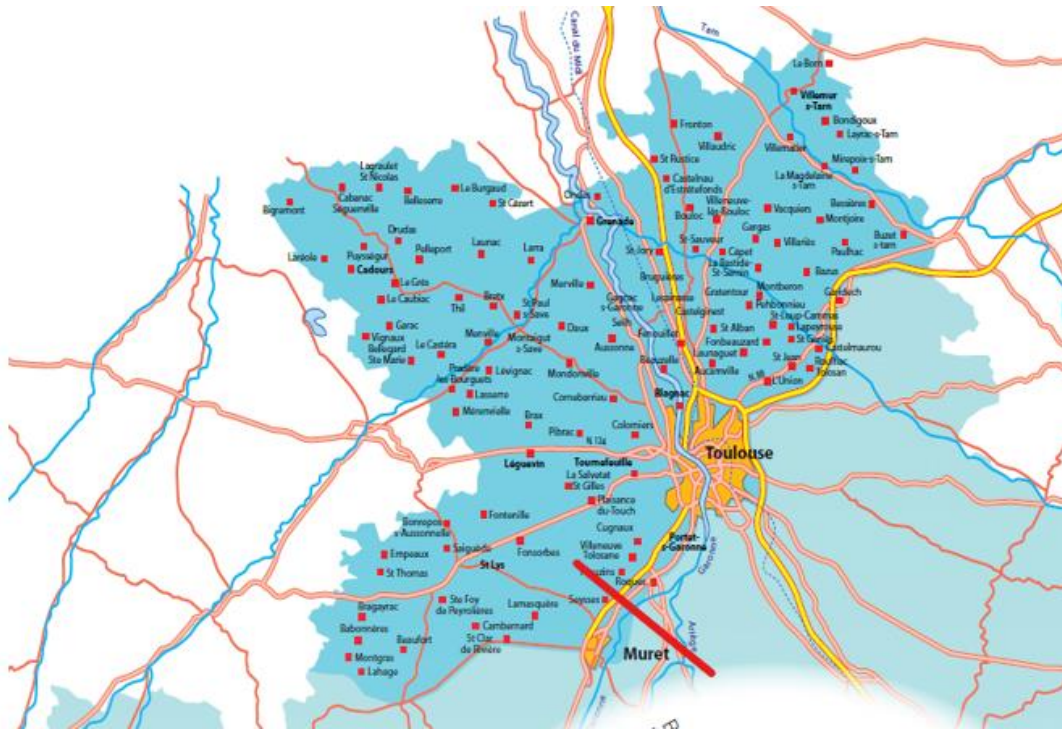


La question de l'adéquation de la réponse aux besoins des personnes et du territoire est une réflexion constante. Route Nouvelle est reconnue comme un acteur majeur de la santé mentale par son expertise et sa pluralité de dispositifs. Pour partager le savoir et l'expérience ainsi que l'éthique de mission, un diplôme universitaire est dispensé en partenariat avec une université toulousaine depuis 2016 et des formations sur-mesure de RPS sont proposées.

L'association a accompagné 295 personnes en 2022.

Par ma fonction de directrice-adjointe, j'ai sous ma responsabilité au sein des différents pôles : 5 cadres (1 cadre de santé, 1 cheffe de service, 1 responsable qualité, 1 responsable RH, 1 responsable formation), 3 médecins, 2 psychologues, 1 neuropsychologue, 10 IDE, 2 ergothérapeutes, 1 agent de restauration, 2 assistantes de service social, 5 CESF, 1 TISF, 2 éducateurs sportifs, 1 art-thérapeute, 2 secrétaires. Organigramme en ANNEXE 1.

Route Nouvelle a ses locaux basés en hyper centre-ville de Toulouse. Son territoire d'intervention est principalement Toulouse, le nord et l'ouest du département. Une autre association « Après » couvre le territoire est et sud.



L'orientation étant faite par le psychiatre référent de la personne, cette cartographie ne peut être limitative. Il n'y a pas de sectorisation. Une logique de parcours est privilégiée.

Route Nouvelle s'est développée avec une même ambition : rester au cœur de la cité et dans un maillage territorial facilitant l'inclusion dans le milieu ordinaire. L'accès rapide aux transports urbains, aux acteurs du soin, de la culture, du logement, de l'emploi est un véritable levier de rétablissement. Toulouse est la 4^{ème} commune la plus peuplée de France, avec une démographie dynamique + 1.4% / an depuis 2012 (INSEE, Dossier intercommunalité, Métropole de Toulouse). Cette attractivité profite à l'ensemble des acteurs. En effet l'offre se renforce et se densifie, ce qui permet une pluralité de réponses et d'accompagnements de parcours.

1.2 Troubles psychiques et emploi, d'importants écarts et des freins à lever

Plusieurs situations se présentent : les personnes présentant la maladie avant l'entrée en emploi et celles pour qui la maladie se déclare en cours de vie professionnelle. Les enjeux sont donc multiples : l'insertion, la réinsertion et le maintien en emploi.

De nombreux freins sont soulevés, qui constituent les enjeux de l'accompagnement.

L'accès à l'emploi pour les personnes souffrant de troubles psychiques est très inférieur au niveau d'activité national : le taux d'activité des personnes en situation de handicap est moitié moins élevé que celui de la population générale (donnée INSEE). Cet écart est également plus important pour les personnes souffrant de troubles psychiques par rapport

aux personnes ayant une reconnaissance de handicap : seulement 19% sont en emploi, soit 2 fois moins que les personnes en situation de handicap (source UNAFAM 2016).

Les troubles psychiques sont la première cause d'invalidité et la seconde d'arrêt de travail. 10% des hommes et 20% des femmes connaîtront au cours de leur vie une profonde dépression.

1.2.1 La représentation du malade imaginaire

80% des handicaps sont invisibles. Il est nécessaire de faire face au regard des personnes pour qui les difficultés ne sont pas perceptibles. L'invisibilité suggère l'imprévisibilité sur ce qui peut survenir, et donc génère de la peur. L'incertain, contrairement à un handicap qui serait visible (aménagement du bureau pour des pathologies dorsales par exemple) fait place aux fantasmes. L'évolution des troubles, leur caractère instable, font craindre sur la durée un possible maintien dans le poste.

Ces troubles imperceptibles, sans compensation visible (une personne bipolaire n'a pas besoin d'aménagement différent de bureau) peuvent engendrer un non discernement de la maladie et renforcer les représentations négatives : de la paresse pour la fatigabilité, de la désinvolture pour les troubles de la mémoire.

La représentation du malade imaginaire peut se développer au sein de la sphère professionnelle. La maladie s'en retrouve alors dégradée par l'isolement social et la solitude.

1.2.2 Les obstacles liés à la précarité

La précarité est non seulement associée à une situation financière dégradée, de fragilité, d'instabilité mais elle entraîne en plus des conséquences multifactorielles sur la personne, ce qui en aggrave l'état. Plus la précarité est conséquente, plus l'insertion en milieu ordinaire est difficile, et le nombre d'obstacles à lever est important.

Les obstacles à l'emploi liés à cet état peuvent être : des comorbidités (addictives ou somatiques), sans-logement ou mal-logement, éloignement du travail, auto et sur-stigmatisation, conduite à risque pouvant entraîner une judiciarisation, défaut de motivation, niveau faible de formation, d'expérience professionnelle et parfois d'éducation (carences éducatives).

1.2.3 Les troubles psychiques : la RQTH, un droit et un choix

La santé mentale fait partie intégrante de la santé de chaque personne et donc de son bien-être. La santé mentale est un droit, et constitue un droit de l'homme.

La santé mentale a pour objet l'épanouissement de la personne et son bien-être. Elle comporte plusieurs dimensions :

- Le trouble psychique : chronique, imprévisible, d'intensité variable, qui n'altère pas les facultés intellectuelles. Il diffère du handicap mental qui est reconnu comme une déficience.
- La détresse psychologique vécue lors d'une situation délicate et qui entraîne des difficultés existentielles

La souffrance psychique peut générer une maladie somatique ou psychique.

Dans certains cas, il est possible de faire reconnaître le handicap par la constitution d'un dossier à la MDPH pour obtenir la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH). Néanmoins cette disposition peut être ressentie comme une sur-stigmatisation. Par conséquent, bien que certaines situations puissent être éligibles, la demande n'est pas constituée et déposée.

1.2.4 Des dispositifs de droit commun cloisonnés

Des dispositifs de droit commun permettent l'accompagnement du projet professionnel (Pôle emploi, les missions locales par exemple). Leurs missions sont l'évaluation et la mise en œuvre des projets individuels. Aucune condition d'accès, liée au handicap ou au trouble, n'est imposée.

Si une orientation de la MDPH est formalisée, le handicap est reconnu. Par ce biais des structures dédiées permettent l'accompagnement : Cap emploi, formations spécialisées. Des fonds sont alloués par l'AGEFIPH et le FIPHFP. En janvier 2023 le taux de chômage restait bien supérieur pour les personnes avec une reconnaissance de handicap : 14% (contre moins de 8% de la population).

Le fonctionnement actuel présente donc des limites : des personnes insuffisamment informées de leurs droits, des passerelles entre les services publics inexistantes, des résultats perfectibles.

France Travail, entité amenée à remplacer Pôle emploi dès 2024 s'attachera particulièrement au public éloigné de l'emploi. L'objectif affiché est le plein emploi, par tous les « talents ». Le pilotage du projet a inclus des personnes en situation de handicap et de ses représentants. Cap emploi deviendra « France Travail Handicap ». La seule évolution majeure est l'obligation d'un référent handicap pour les entreprises de plus de 250 salariés. Des axes sont proposés en faveur des travailleurs avec une orientation de la MDPH : des conseillers davantage formés aux jeunes sortants des ESMS, le milieu protégé proposé comme alternative au milieu ordinaire qui doit être le choix prioritaire, une formation plus avancée sur les troubles invisibles (dont psychiques). Les formations sur la santé mentale seront prioritaires pour faire face à l'augmentation des situations et pourront apporter une réponse plus adaptée.

1.2.5 Des représentations négatives : le « fou »

De nombreux faits divers font la une des médias, relatant de sordides affaires de meurtres, violences et actes malveillants perpétrés auprès de civils ou professionnels. Faits d'autant plus retentissants qu'ils peuvent survenir au sein même des institutions qui sont identifiées comme établissement de soin. L'infirmière tuée au CHU de Reims le 23 mai 2023 a une fois encore marqué les esprits : une personne malade qui tue un soignant dans un service psychiatrique.

A chaque fois la personne auteur est qualifiée de « fou ». Derrière cette appellation est décrite une personne souffrant de troubles psychiques, avec une santé mentale fragile. Le danger est alors décrit comme imprévisible. La personne a perdu la tête, elle ne s'appartient plus. L'inadaptation est donc large, au monde, à la société. Le monde réel n'est pas celui partagé par toutes et tous, sans cadre ni limite. Comme il ne répond pas à notre réalité, aux schémas classiques, il est fantasmé comme inadapté pour vivre dans toutes les dimensions de la société, dont celle du travail. En effet, incapable de se conformer aux règles, il ne pourra pas s'adapter à celles de l'entreprise. Les relations avec les autres sont également un facteur de défaillance, d'impossibilité d'inclusion. La folie est donc un trait intolérable pour la société, générant peur, crainte et rejet. Le classement des affaires médiatiques déclare de surcroît la personne « irresponsable » de ses agissements.

L'idée est donc renforcée : la personne est malade, imprévisible, irresponsable et incurable. Si les services de soin de psychiatrie n'arrivent pas à prendre en charge les personnes avec des troubles psychiques, elles n'ont aucunement la capacité d'être en activité.

1.2.6 L'accès à l'emploi, un droit à défendre

L'article 225-1 du Code Pénal qualifie de discrimination « tout acte distinguant notamment la vulnérabilité, l'état de santé d'une personne en rapport avec une autre ». La dignité est donc questionnée dès l'embauche d'une personne à la santé mentale fragilisée.

Le mot citoyen vient du latin *civitas*, signifiant : droit de cité, droit d'un habitant d'un pays. Les individus sont égaux en droits.

Il est donc fondamental de rappeler que l'accès au monde du travail ne doit pas être limité par la maladie ou les troubles. De très nombreuses personnes souffrant de troubles sont tombées malade à l'âge adulte, donc après le parcours universitaire. Elles ont donc des compétences acquises durant leur formation, et ont souvent eu un emploi. Les représentations négatives continuent de peser, ce qui est un caractère discriminant.

Les incapacités sociales provoquées par la maladie et le manque d'autonomie, affectent la capacité à faire reconnaître leurs droits.

1.2.7 Le handicap psychique, des capacités intellectuelles préservées

L'UNAFAM – Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques – est une association de référence dans le secteur de la santé mentale, couvrant le territoire national. Engagée en faveur de l'ouverture sur le monde des malades, un de ses membres fondateurs est à l'origine d'un des premiers services libres d'accueil en hôpital psychiatrique, et des soins en dehors des hôpitaux. L'action de l'UNAFAM est d'accompagner les personnes mais également l'entourage notamment sur l'insertion sociale et professionnelle et promeut l'autonomie.

Une précision sur la nuance du handicap est portée par l'association. Le handicap psychique est la conséquence de la maladie psychique. Par conséquent, elle n'affecte ni les capacités intellectuelles, ni leur mobilisation. Au regard de la pathologie, une prise médicamenteuse doit être observée, les symptômes sont instables et doivent être associés des soins de rétablissement et de réadaptation. Le handicap mental ne peut être apparenté à la maladie mentale, étant facteur de limitation et d'altération de capacités intellectuelles non évolutives et parfois non médicamenteuses.

Le handicap psychique recouvre divers diagnostics : psychoses (dont les troubles schizophréniques), bipolarité, troubles de la personnalité, troubles névrotiques, etc. L'organisation est une difficulté partagée prégnante pour les personnes : temps, communication, mémorisation, participation sociale. Les limites induites ont des conséquences multifactorielles : vie quotidienne, professionnelle, sociale.

L'UNAFAM souligne la nécessité de l'accompagnement dans toute démarche vers l'emploi : « La recherche d'un tel emploi, la préparation de l'accueil de la personne, le maintien dans cet emploi malgré la variabilité de son état et les évolutions de l'environnement nécessitent souvent un accompagnement dans la durée. ». Cette association militante d'usagers et de proches, rappelle l'importance du travail comme levier de rétablissement, le fait qu'il doit être encouragé et soutenu. Cet accompagnement dans la durée permet de prévenir les échecs dus à l'instabilité de la maladie, et de déstigmatiser les troubles, qui sont facteurs d'interprétations et d'idées reçues.

Enfin, la maladie, par la définition apportée par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées peut être identifiée comme un handicap, que nous rappelons comme handicap psychique et non handicap mental. Toutes les personnes ne souhaitent pas faire valoir cette reconnaissance, ce qui constitue non seulement un droit mais également un choix individuel.

Le taux d'accès à l'emploi est faible, pourtant les personnes souhaitent majoritairement travailler. La fonction de travailleur répond à un besoin humain fondamental, mais également au rôle d'adulte dans la société. C'est un moyen de ne pas subir la précarité et un outil du rétablissement.

1.3 La réhabilitation psychosociale comme pouvoir d'agir sur son projet

Le Centre de postcure de réhabilitation psychosociale accompagne à travers le projet de soin le projet de vie des personnes « stagiaires ». Stagiaire est la terminologie qui a été retenue de préférence à celle de patient, pour souligner l'autonomie et la prise en charge par la personne de son projet. Dès lors que le traitement est stabilisé, le processus de réhabilitation psychosociale peut débuter et différentes phases vont se succéder.

Le Centre s'adapte à chaque personne, en fonction de ses troubles et de son projet en s'appuyant systématiquement sur l'ensemble des partenaires (CHU, CHS, CMP, Clinique, CATTP, hôpital de jour, SAMSAH, maison des solidarités, Pôle emploi, GEM, famille, entreprises et ESAT, médecins traitants, infirmiers libéraux, etc.).

L'organisation est spécifique et répond aux besoins de réhabilitation et réinsertion psychosociale ; à ce titre elle apporte des solutions de transition entre les soins "hospitaliers" et le "monde social" où le stagiaire aspire à retourner.

1.3.1 La réhabilitation psychosociale, un mécanisme de rétablissement privilégié

La RPS comprend 3 étapes communes et essentielles :

- L'évaluation pour établir un diagnostic de réhabilitation
- Un déploiement de techniques de soins ou d'accompagnement spécifiques afin de conserver le pronostic fonctionnel
- La poursuite d'un parcours le plus autonome possible dans la société.

La RPS est apparue dans les années 1970 aux États-Unis et s'est ensuite étendue dans les pays anglo-saxons pour arriver en France dans les années 1990. A l'origine du courant, la dualité entre la réalité de prise en charge de la psychiatrie et les attentes : exclusion/inclusion, enfermement/ouverture, soins/autonomie, émancipation/sécurité, individu/société. Une alternative à l'hôpital déshumanisé voit le jour, permettant de concilier vie et soin au sein de société. Le premier acte fondateur fut initié en 1963 aux États-Unis par le Président J.F. Kennedy, avec la signature du Community Mental Health Act. Il prévoyait la création sur tout le territoire de Community Mental Health Centers, centres destinés à se substituer aux grands asiles psychiatriques des États.

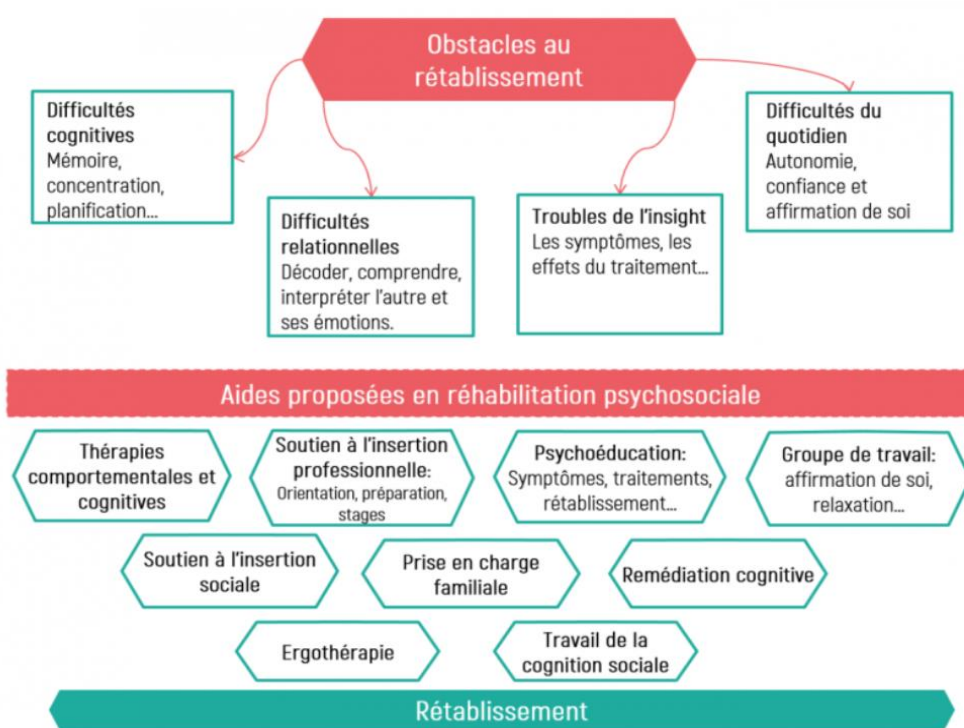
Les formes et modalités ont pu varier, selon la temporalité de la désinstitutionnalisation des pays et des systèmes de soins y opérant. En France, il existe un consensus partagé entre les médecins psychiatres et le secteur de la psychiatrie quant aux objectifs des pratiques et la mise en œuvre institutionnelle.

Définition de la réhabilitation psychosociale de l'I.A.P.S.R.S. (1985) : « processus visant à faciliter la restauration d'un niveau optimal de fonctionnement dans la société. La RPS encourage invariablement la personne à participer activement avec les autres à l'atteinte des objectifs en matière de santé mentale et de compétences sociales » en fournissant, « dans une approche compréhensive, les services nécessaires à l'adaptation en matière d'emploi, de résidence, d'éducation et de croissance personnelle ».

Plus récemment, la réhabilitation psychosociale est définie par le Manifeste de Réh@b, proposé par le Comité français pour la réhabilitation psychosociale (C.F.R.P.) en 2008 : « la réhabilitation, c'est conjointement, un ensemble d'actions, de soins à l'intention de la personne souffrant de troubles psychiques, et un ensemble d'actions en direction de la société afin qu'elle soit plus porteuse, et plus apte à l'accueillir ». D. Leguay et al.

Selon FARKAS, LIBERMAN, BELLACK et DELEU, il s'agit d'un ensemble d'actions mises en œuvre dans le but de favoriser, d'optimiser les capacités d'autonomie de la personne et de réduire les difficultés de cette dernière. Toutes ces actions prennent en compte des aspects cognitifs, systémiques, psychodynamiques. La RPS est une démarche globale et dynamique de soins. C'est un processus complet à la fois de prise en charge et de pensées. Les principes généraux de la RPS concernent les valeurs mais aussi le type et le niveau d'intervention à proposer. Il s'agit d'avoir une approche globale de la personne centrée sur son autodétermination, ses capacités mais aussi sur l'amélioration de compétences et sur la mobilisation de son environnement social. Il s'agit de la ligne conductrice à adopter avec le stagiaire et toujours avec lui.

Le mécanisme de la RPS peut être schématisé comme suit :



1

Les textes législatifs mentionnant la RPS débutent en 2009 par le rapport de Couty et concernent les missions et l'organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. Ce rapport introduit pour la première fois la locution de réhabilitation psychosociale dans un texte officiel. En 2016 le rapport Laforcade relatif à la santé mentale y fait aussi référence. La notion de RPS se renforce depuis. La feuille de route 2018-2022 du PRS II l'indique comme pratique d'accompagnement. L'instruction de la DGOS relative au développement des soins sur les territoires précise les principes de son organisation dans les régions, et détaille les modalités de soins à mettre en place ainsi que les moyens à déployer.

De l'évaluation de la personne, au questionnement en équipe pluridisciplinaire, qui tient compte de tous les facteurs de la maladie (médicale, neurocognitive, fonctionnelle, environnementale) à la définition des objectifs à atteindre (sociaux, professionnels, éducatifs, résidentiels), le stagiaire est au cœur du process, des actions entreprises. Ses demandes fondent les interventions, il est le sujet de son rétablissement et non l'objet des soins.

¹ <https://centre-ressource-rehabilitation.org/qu-est-ce-que-la-rehabilitation-psycho-sociale>

1.3.2 La sortie préparée dès l'entrée par le lien entre le projet de vie et le projet de soins

Dès leur entrée, la sortie des stagiaires se prépare. En effet, la durée maximale de prise en soin est de 3 ans, et il faut que la personne soit dans la démarche « d'aller vers » dès le départ dans son projet.

Au sein de Route Nouvelle, la réhabilitation psycho-sociale est mise en place afin de permettre aux stagiaires de réintégrer la cité dans un projet de soins et un projet de vie. La RPS accompagne les stagiaires dans une dynamique positive en structurant un environnement qui les entoure.

Un groupe « Et Après » prépare à la sortie. Il permet aux stagiaires une mobilisation psychique sur un projet (adapté à ses envies, ses besoins). Ce groupe est animé par l'IDE, formée à la méthode IPS (Individual Placement and Support) dispensée par le centre « Working first » de Marseille et le psychologue. Ce dispositif, permet une ouverture sur les possibilités de projections dans un temps de groupe qui ouvre au partage.

Le case manager, avec la psychiatre, veillent à ce que chaque fin de prise en charge soit suffisamment coordonnée, notamment par un travail de lien et d'anticipation avec le secteur médicosocial et social pour les stagiaires qui le nécessitent, afin que ces derniers bénéficient d'un étayage pertinent de leur projet de vie.

Afin de répondre au mieux aux besoins, un dispositif « suivi sortie » est mis en place. Piloté par l'assistante sociale pour 3 personnes maximum, il s'agit d'un suivi régulier, sur 3 à 6 mois, de stagiaires en cours de sortie du centre Route Nouvelle, qui justifient, du fait de leurs fragilités ou d'un manque de ressources personnelles à l'extérieur, d'un temps de maillage sur la fin des soins, afin de finaliser un projet en cours de construction. Ainsi, en découle un meilleur repérage pour le stagiaire des appuis qu'il a choisi (GEM, emploi ...), avec visites accompagnées, stimulations autour du maintien des liens. L'évolution du stagiaire est évaluée par 2 à 3 rencontres avec le psychiatre, le stagiaire et le référent du dispositif, afin de convenir ensemble de la fin de cet accompagnement et de la sortie du centre.

La sortie est un temps préparé, accompagné, et fait l'objet d'un suivi afin que le stagiaire retrouve le cadre permettant une réinsertion dans la durée.

En ANNEXE 3 : les indicateurs de sortie.

1.3.3 Le rétablissement par le travail : un accompagnement qui peut s'inscrire dans la durée

Il est longtemps apparu l'idée qu'une réduction des troubles ou disparition de la maladie soient essentiels pour un retour à l'emploi. De nombreux autres éléments sont déterminants, notamment liés à l'environnement. Les conditions ne sont pas les mêmes

pour un premier emploi, ou un retour à l'emploi. En effet selon l'expérience, le travail à réaliser diffère. D'autre part, la qualité de l'accompagnement et du soutien est un facteur incontournable pour réussir la démarche de réinsertion par l'activité.

Ce changement de paradigme est essentiel : inclusion, accompagnement de proximité qui s'adapte aux besoins individuels, promotion de l'autonomie et du libre choix de son parcours, du pouvoir d'agir et d'initiative - empowerment.

Les employeurs sont donc des acteurs qui doivent faire partie intégrante du rétablissement par l'emploi.

Contrairement à l'hypothèse médicale soutenant l'idée d'une guérison pour démarrer une activité professionnelle, l'évolution des symptômes de la maladie ne peut être limitative pour rechercher un emploi. La guérison ne peut être l'objectif préalable à l'insertion professionnelle, la maladie supposant rétablissement et non guérison. Une guérison signifie la disparition des symptômes, ce qui n'est pas le cas pour les troubles psychiques. Le succès d'une activité repose davantage sur les facteurs environnementaux et personnels. L'emploi est vecteur de rétablissement : l'estime de soi, l'empowerment, les liens sociaux, la sécurité financière sont renforcés. La RPS permet aussi de faire reculer la consommation de toxiques et des retours en unités psychiatriques hospitalières.

Les éléments personnels : le rapport au travail que l'individu entretient, ses capacités relationnelles et sa motivation, ainsi que les éléments environnementaux : l'accompagnement et le soutien de sa démarche, sont des clés de réussite et tout l'enjeu de l'insertion-réinsertion professionnelle.

Conclusion 1^{ère} partie :

La santé mentale est une préoccupation de premier ordre politique partagée par de nombreux pays. L'histoire et la culture sont des déterminants de l'évolution des orientations prises par les pays et régions. Les États-Unis et les pays nord-américain, précurseurs de la réhabilitation psychosociale, ont vu le modèle s'exporter et de développer en Europe. La personne est pleinement actrice de son rétablissement. La maladie psychique, par son instabilité dans le temps, ne peut pas être traitée que sous l'angle de la guérison, d'une vision purement médicale et/ou médicamenteuse. De nombreux faits divers font les titres sur des actions violentes, voire meurtrières, de personnes atteintes de troubles ce qui participe à véhiculer une image négative, renvoyée par la société.

La maladie psychique se traduit notamment par une employabilité difficile et un taux de chômage bien supérieur au taux global, y compris au taux de chômage national et des personnes en situation de handicap dits « visibles ». Pour s'inscrire en tant que citoyen, dans une dimension inclusive de la cité, la réhabilitation a pour objet de valoriser les compétences et résiliences individuelles. Le respect des choix, des volontés de parcours de vie, se trouve soutenu dans le projet de l'association et du centre de postcure Route Nouvelle. Le travail peut être un levier au rétablissement, les acteurs devant se coordonner afin de mettre en œuvre la coopération entre les différents partenaires.

2 Route Nouvelle accompagne par son expertise la réhabilitation psychosociale des personnes souffrant de troubles psychiques

Rappelons l'écart entre guérison et rémission qui sont des notions médicales et le rétablissement qui se caractérise par les actions de la personne qui souhaite « s'en sortir ». La maladie ne disparaît pas mais la personne recouvre une vie active et sociale, en tenant compte d'éventuelles difficultés résiduelles. Le rétablissement est donc la phase d'acceptation des limites imposées par les troubles mais qui capitalise sur ses possibilités. Les objectifs de la personne, ses ressources et potentialités sont les fondements sur lesquels les professionnels s'appuient pour construire le projet. Les stagiaires se réapproprient le pouvoir d'agir et le contrôle de leur vie. Le CPC participe à l'autodétermination en accompagnant ceux qui le souhaitent à aller vers l'emploi et vers la réinsertion.

2.1 L'accompagnement des personnes à travers 4 pôles, permettant transversalité et diversité de réponses

L'association permet par sa diversité de dispositifs de répondre aux besoins selon les souhaits et les projets de vie des personnes souffrant de troubles psychiques.

Le centre de postcure permet un accueil de jour de type ambulatoire, le SAMSAH un accompagnement dans leur environnement et les logements communautaires de bénéficier de l'autonomie au travers d'un projet collectif.

2.1.1 Le projet associatif : des axes stratégiques partagés entre chaque service

L'association place la personne au cœur de son dispositif avec une éthique basée sur une reconnaissance des personnes dans tous les aspects de leur dignité. Elle a pour objet : « d'accueillir, de soigner, d'aider par le travail, de réadapter à la vie sociale et professionnelle des personnes atteintes de difficultés psychologiques en créant, organisant et gérant des formations, des services ou des établissements qui poursuivent ce but, ainsi que d'insérer, par l'hébergement et le logement, des personnes handicapées par la maladie psychique et donc défavorisées. Les activités et la gestion de l'Association sont totalement désintéressées. ».

La philosophie repose sur une éthique favorisant la récupération de la dignité des personnes rendues vulnérables par la pathologie psychiatrique et faisant émerger les résiliences individuelles.

Le projet stratégique vise l'amélioration de la qualité de vie des personnes, de leur situation clinique et le développement de leurs habiletés sociales.

Les différents axes sont :

- Poursuivre la mise en œuvre de techniques novatrices en réhabilitation psychosociale.
- Développer une offre de proximité, ouverte sur la cité.
- Fluidifier les parcours en intensifiant les partenariats.
- Coordonner les parcours de santé complexes (case management et références).
- Assurer la qualité des soins et la gestion des risques en replaçant la personne au cœur du dispositif.
- Développer la qualité de vie au travail, prévenir les risques psychosociaux.
- Développer la formation du personnel.
- Participer à l'ambition numérique en santé.

Chaque objectif est décliné au travers des projets de service. Chaque pôle a son projet, et porte les différentes ambitions. Le respect de la dignité, de l'intégrité de la personne dans un cadre bienveillant et bientraitant sont des piliers de l'éthique d'accompagnement et de mission défendue par l'association, des professionnels auprès des usagers.

Route Nouvelle a adapté ses modalités d'accompagnement en lien avec l'évolution législative de fermeture de lits en hôpital psychiatrique et une réallocation des ressources vers le secteur médico-social et social. Le CPC est à l'origine de la création de Route Nouvelle. Le SAMSAH Psy a ouvert en 2009. Des appartements communautaires ont été proposés dès 2011 par le SAMSAH. Des logements inclusifs à destination des jeunes (18/29 ans) en 2020 et la résidence accueil dotée de 25 studios en 2022 ont ouvert et constituent les logements rattachés au pôle social.

Depuis 2013 l'association participe au Conseil Local en Santé Mentale (CLSM) de Toulouse afin de promouvoir des actions de déstigmatisation notamment lors de la semaine de la santé mentale. Elle participe également à la Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT) missionnée par le GHT pour définir le Projet Médical Partagé en Psychiatrie et aux réunions des groupes de travail, à l'assemblée médicale et au comité de pilotage.

Route Nouvelle est également membre actif de la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie (FERREPSY) avec un siège à l'assemblée générale, au sein de la commission scientifique, et participe activement à différents groupes (groupe famille, groupe éthique, groupe d'évaluation de la pratique professionnelle).

Route Nouvelle participe au Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM 31), en particulier sur la priorité 2 : « Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée,

en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale ».

Les réflexions menées à la CPT, à la FERREPSY, au CLSM - dispositifs dans lesquels le centre de postcure Route Nouvelle est intégré et investi - vont vers la nécessité de diminuer les durées d'hospitalisation, de travailler l'articulation avec le médico-social et le social, et prônent la réhabilitation psychosociale.

L'association répond à l'évolution des besoins et des orientations politiques publiques, et conserve son expertise de la santé mentale.

2.1.2 Le centre postcure : le projet de service et des indicateurs d'activité

L'admission au centre postcure se fait à l'initiative d'une démarche volontaire du stagiaire, acteur de sa prise en charge, sur orientation de son psychiatre référent. Un contrat d'engagement est mis en place. La personne est libre d'aller et venir au centre. Le centre prend en charge des stagiaires stabilisés, suivis régulièrement par un psychiatre référent extérieur à l'institution.

Le projet d'établissement de Route Nouvelle prône le développement des compétences. Ainsi la formation professionnelle concourt à développer leurs compétences, et assurer une dynamique professionnelle afin que les soins soient en accord avec les évolutions que connaît le secteur.

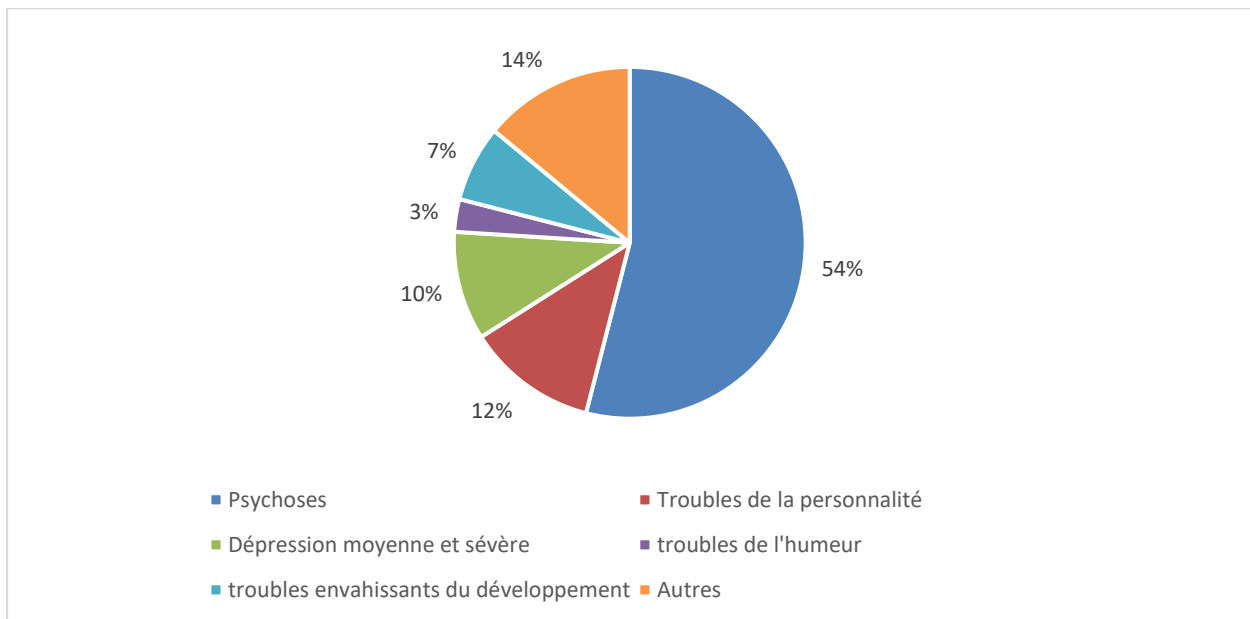
L'hospitalisation en Centre de postcure de jour propose des soins de réadaptation et de réhabilitation psychosociale et a plusieurs fonctions thérapeutiques :

- Consolider la stabilité clinique du stagiaire.
- Améliorer cliniquement sa condition physique et mentale.
- Prévenir et réduire les crises nécessitant l'hospitalisation complète.
- Favoriser l'éducation à la santé.
- Retrouver l'autonomie.
- Retrouver les habiletés sociales du quotidien.
- Reconstruire des liens sociaux.

Le projet de soin de chaque personne est réalisé sur la base d'une évaluation des besoins et envies pour lui permettre d'évoluer vers son rétablissement. Il est coconstruit et ré-évalué tous les 4 à 6 mois.

Le centre prend en charge des stagiaires adultes de 18 à 60 ans souffrant d'un trouble psychiatrique grave et persistant, à l'origine de ré-hospitalisations récurrentes.

Les personnes prises en soin en 2022 présentaient les diagnostics principaux suivants :



Les stagiaires présentent également de nombreux diagnostics associés :

- Comorbidités addictives (23 % des stagiaires) ;
- Obésité sévère (13% des stagiaires) ;
- Facteurs familiaux et sociaux (56% des stagiaires) qui sont déterminants pour envisager un processus de rétablissement. Indicateur suivi attentivement puisqu'il participe à la prise en charge globale des projets de réhabilitation psychosociale et fait le socle d'actions spécifiques.

Les projets de réhabilitation psychosociale sont individualisés, les stagiaires présentant des pathologies diverses, avec pour visée commune le rétablissement. La commission médicale d'établissement (CME) supervise et promeut ces outils par le projet médical d'établissement. Les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire sont tous formés à la RPS. L'équipe se compose de six IDE, d'un psychologue, d'un neuropsychologue, d'un ergothérapeute, d'une assistante de service social, sous la hiérarchie d'une cadre de santé. La psychiatre et l'interne sont placées sous ma responsabilité. Des prestataires externes interviennent régulièrement (un art-thérapeute, un coach sportif) et ponctuellement un professionnel du théâtre, un musicothérapeute par exemple.

Les professionnels travaillent en coordination avec les dispositifs extérieurs, qu'ils soient sanitaires, sociaux, médicosociaux, ou qu'ils interviennent dans le domaine du logement, des loisirs, de l'accès à l'emploi en milieu protégé ou ordinaire. Au quotidien, les structures de ville au sens large sont sollicitées : dans le cadre d'activités thérapeutiques, mais aussi en tant que terrains de stage professionnel. L'ouverture sur la cité se matérialise également par des portes ouvertes, des « soirées réhab' » ouverte à tous (stagiaires, proches, milieu ordinaire).

Les professionnels s'attachent à maintenir un partenariat étroit avec le médecin généraliste et le médecin psychiatre traitant de chaque stagiaire dans le but de développer et promouvoir la coordination des parcours et des pratiques, d'accompagner la prise en charge, et de prévenir les ruptures des parcours de soins des stagiaires.

Le centre propose des prises en charge quotidiennes, du lundi au vendredi de 9h à 17h. Le projet de soins s'appuie sur :

- Des ateliers thérapeutiques médiatisés (plus de 50) ;
- Des ateliers spécifiques de thérapie comportementale ;
- Des actions d'éducation à la santé (être capable de tenir un rythme de vie, de prendre soin de soi physiquement et psychologiquement, être observant dans la prise de son traitement et son suivi psychiatrique) ;
- Des temps de vie de groupe institutionnels ;
- Un temps de repas thérapeutique quotidien ;
- Un accompagnement individualisé par un professionnel référent, appelé « case manager ».

Il s'agit de l'aider à retrouver une meilleure qualité de vie dans un souci d'autonomie et d'insertion dans le milieu ordinaire (vie sociale, professionnelle, culturelle, artistique notamment).

2.1.3 Le case management au service du soin et de l'accompagnement social

La notion de « case manager » se traduit littéralement par « gestion des cas » et se comprend comme référent, coordonnateur de parcours. Progressivement cette évolution des pratiques s'est développée avec le passage d'une logique de place en structure à une logique de service, dite de décloisonnement de parcours.

Apparu dans les années 1920 aux États-Unis, ce terme a été utilisé dès le départ en médecine. Il fait référence à une complexité de situation à accompagner dont la coordination de parcours doit être soutenue par un professionnel. Il permet de fluidifier le travail et lien avec tous les acteurs.

La participation des personnes est recherchée, tout en garantissant l'accessibilité, la continuité des soins, la communication entre les partenaires et le lien avec les proches. Le référent organise ainsi la coordination : accès aux soins, ressources pour vivre, hébergement, autonomisation, participation sociale et professionnelle. Cette méthode d'accompagnement permet également le maintien de la personne dans son environnement. L'objectif premier est de proposer un parcours de vie et parcours de soin le plus inclusif possible.

Au sein du CPC chaque stagiaire bénéficie dès son entrée d'un suivi personnalisé par son case manager. Il a pour mission dans un premier temps de mettre en commun les différentes conclusions cliniques pluridisciplinaires et de travailler avec l'ensemble de l'équipe dans le but de concourir à la mise en place du projet personnalisé de soins (PPS). Dès l'entrée programmée, la cadre coordonnatrice organise les différents bilans dans le 1er mois. A son entrée, le premier rendez-vous est réalisé par le case manager du stagiaire, qui par la suite sera garant de la continuité des soins et du projet personnalisé. Il est alors réalisé une évaluation globale afin de mesurer le niveau d'intervention et les professionnels qui seront à mobiliser. L'équipe détermine alors le plan de soins le plus adéquat possible aux besoins, de façon claire et cohérente.

Le stagiaire est acteur de son parcours de rétablissement. Au sein du CPC, le modèle appliqué est celui du « case management des forces personnelles » : s'appuyer sur les capacités et renforcer ses habiletés. Le référent est pro-actif et intégré au sein de l'environnement. Il coordonne le parcours et va également réaliser la coordination de sortie et l'accompagner. La prise en charge est globale.

La RPS a plusieurs facettes : soins psychiatriques, somatiques, logement, vie personnelle, vie sociale, quotidienne, loisirs, formation professionnelle, activité professionnelle. Au sein du CPC le case manager est garant du projet, l'interlocuteur privilégié, le coordonnateur de parcours. De fait, il doit recueillir l'exhaustivité des besoins et pouvoir répondre aux projets construits. L'accès à l'emploi est un des facteurs de rétablissement qui peut être demandé par les stagiaires mais de nombreux obstacles s'y opposent.

2.2 L'activité économique comme projet de vie : l'enjeu de réponse aux besoins

Le travail procure épanouissement mais génère également des résistances, majorées par la maladie psychique. Les besoins se révèlent face aux troubles : sensibilité accrue au stress, fatigabilité plus importante, adaptation au rythme professionnel, repérage et compréhension de la maladie par l'environnement (hiérarchie, collègues notamment).

En moyenne dans les pays de l'OCDE, environ 20% de la population qui a atteint l'âge de travailler connaîtra au cours de sa carrière des troubles psychiques (source OIT). Ce haut niveau rend évident la nécessité d'accompagner ce trouble dans la sphère professionnelle. Plusieurs situations demandent à être soutenues : les jeunes qui n'ont jamais eu d'expérience professionnelle et dont la maladie s'est déclarée dans l'enfance ou adolescence, les adultes qui se sont exclus du marché du travail du fait des troubles. Dans ce dernier cas, il peut s'agir de personnes avec des troubles passagers ou de courte durée type burn-out ou dépression ayant entraîné un retrait temporaire à des troubles sévères et de longues durées.

Pour ceux qui le souhaitent, le travail est un réel levier de rétablissement, il contribue à :

- Améliorer l'estime de soi notamment grâce à la reconnaissance de ses compétences et de sa contribution à l'effort collectif par les pairs ;
- Apporter un sentiment d'accomplissement d'une activité significative dans la société qui donne du sens à son engagement ;
- Permettre de développer son réseau social. Parfois, les personnes vivant avec des troubles psychiques sont isolées ;
- Augmenter son pouvoir d'achat ;
- Renforcer une identité socioprofessionnelle, distincte d'une identité de malade ou de personne handicapée.

Freud le souligne, le travail lie l'individu à la réalité « aucune autre technique pour conduire sa vie ne lie aussi solidement l'individu à la réalité. ». Il agit donc également comme dimension thérapeutique.

Pour atteindre les objectifs d'insertion dans la durée, de nombreux freins sont à lever.

2.2.1 Accompagner les effets des troubles psychiques par des professionnels experts de la santé mentale

Les conséquences des troubles sont de deux ordres, somatiques et psychiques.

Sur le plan somatique, plusieurs manifestations de la maladie peuvent être majorées : les tremblements, les impatiences, les sueurs, la fatigue, l'endormissement, la prise de poids, l'appétence, les effets des traitements et les prises de toxiques.

Sur le registre psychique, les effets portent sur la mémoire, la concentration, la vigilance et la cognition.

Il est donc nécessaire de mobiliser les moyens nécessaires avec un réseau de professionnels qui a les compétences en matière de santé mentale, afin que l'accès à l'emploi soit facilité par l'accompagnement mis en place : humain, matériel et médicamenteux.

2.2.2 La place de l'emploi : facteur de ressources et de reconnaissance

Les ressources financières et le travail ont un rôle dans la santé psychique. Ainsi la pauvreté est un facteur défavorable. La santé mentale étant une situation de bien-être, les conditions d'emploi, les facteurs psychosociaux (stress, possibilité de prendre des décisions liées à ses tâches, liens avec les collègues, reconnaissance de l'expertise et des compétences etc.), la sécurité des lieux, la précarité du travail ou le chômage influent. L'environnement écologique bien structuré en famille, entre amis, dans une communauté, avec des collègues de travail est également un facteur protecteur.

Les personnes ayant une santé mentale fragile, à tendance suicidaire, déclarent que leur emploi est plus important que tout le reste à 18% contre 5% de la population générale (source : profils et trajectoires des personnes ayant des idées suicidaires, DRESS,2014). Avoir des ressources financières permet de garantir un revenu et prévenir la pauvreté, le travail est donc une priorité plus importante.

2.2.3 L'employabilité à travers la performance, le new public management appliqué aux organismes publics

Depuis les années 1990, le new public management a fait son apparition dans la gestion des administrations publiques. Le pilotage est réalisé par le prisme performance et résultats chiffrés. Les conséquences sur l'évolution de l'accueil et de l'accompagnement des usagers sont issues de cette organisation. Pôle emploi détermine les modalités d'accompagnement des chômeurs à l'entrée par différents indicateurs : profil, évaluation du risque de chômage sur une longue durée notamment.

Cap emploi, structure dédiée aux personnes en situation de handicap n'échappe pas à cette logique de performance chiffrée. Bien que les situations se doivent d'être dans le schéma d'individualisation porté par la loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, la logique performative est recherchée. L'utilisateur devrait être pris en charge selon sa singularité, en accord avec ses besoins et son parcours déterminé. Cap emploi doit donc être un soutien à travers l'accompagnement classique et spécialisé. Or cette logique est en tension avec l'enjeu d'efficacité et de performance chiffrée.

Une enquête menée à Cap emploi (Dessein, 2020) démontre un fléchage de l'accompagnement en lien avec le marché du travail et ses exigences. Le handicap psychique, très défavorable pour l'employabilité, est le premier critère évalué. Les éléments liés au diplôme, à l'âge et à l'expérience ne sont que secondaires. N'ayant pas accès au dossier médical, les données sont recueillies par les agents selon la catégorie de handicap et les contre-indications médicales déclarées par la personne. Les salariés de Cap emploi soulignent la multiplication d'objectifs à atteindre et la pression des résultats. Le tri à l'entrée découle d'éléments sanitaires, de la décision MDPH et de la performance chiffrée. C'est donc la logique du placement sur le marché du travail qui prime, au détriment d'une perspective d'accompagnement et d'insertion globale.

L'enquête a sondé des salariés, qui ont pu verbaliser ce mécanisme :

« Ici, on fait le tri. [...] Tout ça parce qu'on est attendu au tournant. Faut pas oublier qu'on est financé par l'Agefiph selon nos résultats. On est avant tout un organisme de placement. On a un rôle d'écrémage. » FD, conseillère.

Ce tri opéré est d'autant plus défavorable pour les personnes ayant une santé mentale fragile. 34% des personnes déclarant un handicap psychique sont refusées par Cap emploi et réorientées vers Pôle emploi. Le taux de refus global s'élève à 16% entre 2009 et 2016, dont 56% pour des motifs liés à la santé mentale. Établissement spécialisé dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap et de fragilité, les refus pour troubles psychiques sont sur-représentés, ce qui limite l'accompagnement des personnes souffrant de ces pathologies.

Ces refus ne peuvent être mis en lien qu'avec le trouble, le niveau d'âge et de diplôme étant à priori plus favorable. Les personnes sont plus diplômées à l'entrée de Cap emploi : 1/3 a entre 18 et 34 ans (contre 1/4 en moyenne), 24% ont au moins une licence (contre 15% en moyenne). L'effet du handicap psychique est donc très discriminant, les personnes déclarant un handicap moteur ou une maladie invalidante ont 5 fois plus de chance d'être admises.

2.2.4 Cap emploi : un partenaire dont les synergies n'opèrent pas avec le secteur privé

Par ailleurs, les entreprises doivent répondre à des normes légales d'emploi de personnes en situation de handicap selon leur taille. Le nombre de salariés ayant une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) permet d'atteindre le quota attendu. Cap emploi n'est pas le principal interlocuteur des entreprises, ces dernières préférant répondre à ses prérogatives par d'autres moyens (stagiaires, sous-traitance auprès d'entreprises adaptées ou d'ESAT, contributions financières AGEFIPH, appel à des cabinets externes privés pour détecter des potentiels bénéficiaires de RQTH en interne par exemple). Cap emploi n'est donc pas l'acteur pertinent pour accompagner les situations. En 2015, les demandeurs d'emploi reconnus handicapés représentaient environ 500 000 personnes dont seulement un tiers était accompagné par cette structure, toutes envoyées par Pôle emploi. Dans ces chiffres ne sont pas répertoriés les travailleurs qui pourraient bénéficier d'une RQTH mais qui n'en font pas la demande ou ne souhaitent pas constituer un dossier.

2.2.5 Processus de passage du jeune à l'adulte : le travail comme étape identitaire

Être autonome c'est acquérir une situation suffisamment stable et déterminée.

En 2022 la Fondation de France a publié un état inquiétant post crise sanitaire du COVID. 40% des 18/24 ans souffrent de troubles de l'anxiété généralisés et 1 sur 5 ont des symptômes dépressifs. Ces chiffres sont à mettre en miroir de la population générale, 1 français sur 4 étant concerné par des troubles psychiques au cours de sa vie (chiffres issus du rapport Santé publique France, 2021). La crise sanitaire a renforcé les fragilités des jeunes adultes, la demande de prise en soin de ces jeunes est logiquement croissante au

sein du CPC. De plus, 80 % des troubles psychiques apparaissent chez les 15-30 ans, et les 15-29 ans représentent 31% de la population toulousaine.

Cette préoccupation de l'autonomie, souvent soutenue par la famille, s'accompagne d'un double objectif : continuer les soins et vivre de façon indépendante. Cette norme de l'indépendance est un socle des politiques publiques. Être adapté au sein de la société trouve son essence dans l'autonomie et ses choix de vie. En France, le rite de passage du jeune à l'adulte est le départ du domicile familial et un travail. Les personnes issues du médico-social « jeune » – des DITEP notamment – ont également la marche de l'institutionnalisation au monde adulte à franchir.

Par ailleurs, les jeunes dont la maladie est apparue tardivement, ont fréquemment un cursus universitaire. L'enjeu est l'insertion professionnelle en acceptant la maladie, en identifiant ses symptômes et en anticipant les adaptations nécessaires. Une redéfinition des orientations professionnelles est parfois à construire, en lien avec un nouveau projet de vie.

La difficulté d'accès à l'emploi se lit par un taux de chômage qui est en moyenne le double du taux moyen, et un emploi de plus courte durée. Outre la raison financière, être en activité permet une « normalité », une identité et un statut social.

L'emploi comporte des facteurs fragilisant les troubles des personnes dus au stress, aux angoisses et à la flexibilité souhaitée. Le maintien dans un contexte professionnel et aux conditions de travail sont difficiles.

2.2.6 Le travail protégé : la logique de parcours cloisonné

Lors de leur déploiement, les ESAT avaient pour mission de préparer à la transition vers le milieu ordinaire. On constate cependant historiquement une déconnexion entre le milieu protégé et le milieu ordinaire, le nombre de travailleurs qui passent d'ESAT vers le secteur privé ou public étant du domaine de l'exceptionnel. Ce cloisonnement interroge, un consensus pour l'inclusion en milieu écologique devant être la norme.

De plus, l'ESAT ou l'entreprise adaptée ne sont pas les réponses dites « logiques » aux personnes sortant d'un parcours de soins pour des troubles psychiques. De nombreux freins sont relevés :

- L'offre est réduite. Les ESAT n'offrent des postes que sur des domaines d'activité restreints. Les aménagement horaires sont difficiles : pas ou très peu de temps partiel, horaires fixes.
- Une localisation géographique contraignante : à plusieurs centaines de kilomètres sur des activités plus confidentielles.
- Une logique de places : monter un dossier et attendre qu'une place se libère pour pouvoir débiter.

L'insertion en milieu adapté peut être une possibilité mais elle ne doit pas se révéler comme référence.

2.2.7 La déstigmatisation : faire évoluer les représentations

La déstigmatisation est un enjeu majeur. Un travail d'accompagnement en entreprise favorise l'intégration par le biais de campagnes, d'entretiens, d'une communication élargie. L'accès accompagné à l'emploi, aux formations et à un enseignement adapté facilitent l'embauche. En associant soignants et travailleurs sociaux, la communication est adaptée et un facteur rassurant.

Les personnes souffrant de troubles psychiques ont la crainte d'être stigmatisées par les collègues, leur hiérarchie et l'entreprise. L'effet d'auto stigmatisation est important. En miroir se trouvent des salariés, qui par méconnaissance de la maladie et des informations renvoyées par la société (médias, fantasmes) émettent des craintes à travailler avec des collègues souffrant de troubles psychiques.

Dans le cadre du mémoire, j'ai pris attache avec un employeur qui a participé pour la première fois au DuoDay. Il a rejoint cette journée sous l'impulsion d'une autre entreprise participante faisant partie de son réseau professionnel. Il décrit la situation de départ : *« je préférerais embaucher une personne en fauteuil plutôt qu'avec un handicap psychique. Plus d'instabilité dans l'emploi, de violence, des changements d'humeur, de difficulté de travailler en équipe »*. Il me confirme que la stigmatisation et les représentations induites des personnes souffrant de schizophrénies, psychoses, dépressions sévères notamment, est très forte. La méconnaissance de la maladie, des médicaments et du suivi du traitement, et de la potentielle crise à prendre en charge étaient des freins à l'embauche.

La stigmatisation est encore très prégnante, ce qui a pour effet direct d'in-employabilité des personnes, et une sur-stigmatisation des malades eux-mêmes.

Enfin, cette stigmatisation est renforcée par le phénomène de non-travail. Une personne à l'écart de toute activité est encore plus marginalisée, exclue et blâmée par la société.

2.2.8 Empowerment : le choix du parcours de vie

L'empowerment, qui ne trouve pas une définition ou traduction littérale, est francisé à travers les termes d'autonomisation, de pouvoir d'agir, d'émancipation. La notion se conceptualise. L'empowerment reconnaît aux personnes la possibilité de mettre fin à la stigmatisation, d'apporter égalité, et porter une attention aux libertés individuelles, à lier cohésion sociale et vie sociale. Ce terme renvoie à l'autonomisation et la capacité de choix. Le mouvement néo-libéral conduit l'individu, l'*empowered*, à s'insérer dans le monde du travail, à faire ses choix, et participer à sa vie civique.

On distingue couramment l'empowerment sous la forme d'autonomisation psychologique, (du niveau de la conscience), de l'émancipation politique qui permet à la personne de prendre part aux décisions qui affectent sa vie. Dans le dernier cas, les facteurs environnementaux sont déterminants et permettront d'accéder à de nouvelles capacités. Rappelons que le rétablissement et la guérison renvoient à deux concepts différents. La guérison est propre à la médecine, et au traitement médicamenteux alors que le rétablissement est intrinsèquement lié à la personne. Le rétablissement est guidé par le souhait de normalité. Ainsi nous retrouvons le prisme rétablissement – empowerment – inclusion sociale comme base du projet de vie des personnes. Une offre de service est à apporter pour y répondre, et elle se doit de favoriser l'autonomie de la personne.

« L'OMS met particulièrement l'accent sur la protection et la promotion des droits humains, sur l'autonomisation des personnes qui ont une expérience concrète des problèmes de santé mentale et sur l'élaboration d'une approche multisectorielle faisant intervenir diverses parties prenantes. » plan d'action global pour la santé mentale de l'OMS 2013/2030.

C'est dans cette philosophie que s'intègre la RPS. Accompagner le projet de rétablissement selon les capacités et les demandes individuelles. Le case manager est dans une logique de responsabilisation du stagiaire, *l'empower*.

Les travaux du Docteur Ram A. CNAAN indiquent les 13 principes de la RPS : utilisation des capacités, habiletés sociales et instrumentales, auto-détermination, inclusion, individualisation, engagement des partenaires, déprofessionnalisation de la relation d'aide, intervention précoce, environnement écologique favorisé, déstigmatisation, participation, travail et dépasser le modèle médical au profit du modèle social. Sur la partie autodétermination et emploi, le Dr CNAAN y répond par le 3^{ème} principe : l'empowerment, qui permet la prise de décision et de libre choix de la personne ; et le 12^{ème} principe : sur la place du travail en tant que facteur et force d'intégration par des emplois diversifiés et souples, compatibles avec les besoins des employeurs et des personnes. Les fondements de l'éducation thérapeutique sont : la personne, la santé, et les soins associés.

2.2.9 Adapter le poste : considérer différents facteurs

Comme le souligne le Pacte Européen pour la santé et le bien-être de 2008, le travail est bénéfique à la santé mentale et le lieu de travail est déterminant dans l'intégration sociale. Des freins sont soulignés sur le rythme et la nature du travail. Il est nécessaire de prendre des mesures. Le Pacte invite à considérer les facteurs suivants :

- Améliorer l'organisation et l'encadrement pour concilier vie personnelle et professionnelle.

- Prévoir l'évaluation des risques pour prévenir les situations qui peuvent nuire aux travailleurs.
- Favoriser le recrutement, le maintien, la réadaptation ou retour sur le lieu de travail.

Les personnes souffrant de troubles psychiatriques vivent un malaise global : vie psychique et vie sociale. La question relative à l'identité de la personne et celle de sa citoyenneté sont donc indissociables dans l'accompagnement. Les traumatismes liés aux ruptures de vie, qui peuvent avoir un effet sur la santé mentale, remettent en doute l'appartenance à la cité des personnes, en sociologie appelée « désaffiliation » ou « déliaison ». La réinsertion ne doit donc pas se limiter à la recherche d'emploi. La personne doit être le moteur et en faire la demande, elle doit s'impliquer, être accompagnée et soutenue dans la démarche. Le rétablissement est une prise en charge globale, qui tient compte des fragilités.

La pluridisciplinarité s'impose donc entre le champ sanitaire et social.

2.3 Une offre de service dynamique mais perfectible

Engagé dans une démarche vers l'emploi en milieu ordinaire, le CPC participe par différentes actions à l'accompagnement de personnes qui en font la demande. Les réponses sont perfectibles et les besoins en augmentation.

2.3.1 Participation à DuoDay depuis 2021, une démarche en milieu ordinaire naissante

Face aux demandes croissantes d'insertion professionnelle en milieu ordinaire et afin de proposer une offre élargie, le centre postcure a rejoint la démarche DuoDay.

DuoDay est un évènement qui permet la rencontre entre une entreprise et une personne en situation de fragilité pendant une journée. Cette journée ouvre la possibilité de découvrir un métier et d'être en immersion professionnelle. C'est l'opportunité également au milieu ordinaire de dépasser les représentations et les préjugés. Pour les professionnels de l'association elle permet d'identifier plus finement les freins et les attentes pour parfaire l'accompagnement.

Le CPC a rejoint cette démarche en novembre 2021, poursuivi en novembre 2022. L'accompagnement a porté sur la création des profils, des CV, et des démarches pour candidater aux différentes offres. Cette présence a permis à 30 stagiaires en 2021 et 25 en 2022 de découvrir une profession, d'être en immersion le temps d'une journée et de se sentir inclus dans le champ professionnel.

Au total ce sont 55 personnes sur les deux années qui ont pu découvrir différentes professions tout au long de cette journée : journalisme, ingénierie, secrétariat, comptabilité, ressources humaines, aéronautique, sportifs professionnels, évènementiel, restauration

notamment. Une recherche de partenariat a été entreprise par l'IDE référente DuoDay, qui a pu aboutir à des offres avec le Zénith Toulouse Métropole (découverte des métiers du spectacle/répétitions concert, etc.), le club de Rugby COLOMIERS RUGBY (Prod2), le Stade Toulousain Rugby (Top14) et le Toulouse Football Club afin de découvrir également le quotidien de sportifs professionnels et les métiers annexes.

Les retours d'expériences ont valorisé la démarche. La demande est soutenue (plus de 50% des stagiaires ont rejoint chaque année cette journée) mais cette seule journée ne suffit pas. En effet, cet essai doit se poursuivre, avec l'étayage suffisant des professionnels dans la durée.

De plus, cette expérimentation a renforcé notre positionnement en tant qu'acteur majeur de la réhabilitation psychosociale sur le territoire toulousain, nous permettant de participer à une conférence organisée par la mairie de Toulouse sur le thème de l'emploi et du handicap psychique, contribuant ainsi à un travail essentiel de déstigmatisation.

2.3.2 Les ateliers : un succès sur lequel capitaliser

Le CPC propose une cinquantaine d'ateliers thérapeutiques dont l'atelier « Et Après », répondant à une demande des personnes accompagnées pour travailler la notion de projet incluant les projets professionnels, de formation, de vie associative, de loisirs et de socialisation au sens large.

Cet atelier comprend 10 séances, et recouvre différents thèmes :

- Se présenter, se projeter et faire le point sur soi ;
- Stigmatisation et handicap ;
- Séance de « mise en situation » ;
- Les éléments de réalité du milieu professionnel ;
- « Le réalisable » construction des moyens pour y arriver (sur le principe de l'enquête métier).

Les places dans cet atelier sont limitées et le service ne peut répondre à toutes les demandes. Il s'agit d'un axe de travail, pour faire évoluer les regards sur l'emploi et le handicap.

2.3.3 Des partenariats en milieu ordinaire à développer

Les partenariats entre acteurs du sanitaire, du médico-social et du sanitaire représentent un modèle relationnel connu et très pratiqué. Néanmoins, il reste des barrières à lever pour les partenariats avec le milieu professionnel ordinaire. Les différentes parties prenantes doivent croiser leurs besoins et leurs compétences face aux éventuelles problématiques : gestion de crise, organisation du travail, communication, partage d'informations.

Les pratiques et attentes sont divergentes, une adaptation est indispensable.

Il est donc plus facile aujourd'hui pour les professionnels d'orienter une personne vers une entreprise adaptée ou un ESAT, ayant une meilleure connaissance des dispositifs, des modalités, et du partenaire. Les orientations professionnelles en milieu ordinaire présentent plus de freins : méconnaissance de tous les domaines d'activités, des structures. Il est à noter qu'un grand nombre d'IDE ou de soignants ont toujours exercé dans le sanitaire, médico-social ou social. Il est donc logique qu'une représentation ou des fantasmes résultent de la méconnaissance de certains secteurs d'activité et de structures du privé. Par ailleurs le facteur de la temporalité est identifié. Le temps dédié aux ateliers thérapeutiques, aux accompagnements individuels, au case management et aux saisies administratives, restreignent fortement le temps des professionnels pour rencontrer un nombre suffisant d'entreprises afin de présenter le dispositif et l'accompagnement qui peut être mis en place.

2.3.4 Une expérimentation au sein du service qui trouve ses limites dans sa capacité d'accompagnement pour répondre aux besoins

Une IDE a été formée à la méthode IPS et dédie une partie de son temps à faire du job coaching. Elle est case manager de 12 personnes, dont 3 personnes en tant que job coach. Ce dispositif, réalisé à moyens constants, a été déployé avec une file active de 3 personnes pour l'accompagnement spécifique à l'emploi, le temps étant partagé avec les ateliers thérapeutiques et les liens avec les partenaires. Cette dynamique a considérablement fait évoluer les pratiques et a induit une nette augmentation de l'orientation à la sortie vers l'emploi ou la formation :

- En 2021 : sortie emploi /formation : 30% et bénévolat : 3%
- En 2022 : sortie emploi/formation : 38% et bénévolat 2%

J'ai recensé le nombre de personnes suivies au CPC qui seraient susceptibles de rentrer dans ce type de dispositif. Au 12 juin 2022, sur 56 personnes accompagnées, 24 personnes ont un projet emploi. Seulement 12.5% ont un accompagnement dédié, les autres projets étant rattachés à des cases managers sans formation identifiée et dont le lien avec des partenaires du milieu ordinaire est moins facilité. En effet, par les différences culturelles de secteur, la méconnaissance également des possibilités, l'accompagnement est plus restreint et offre moins de possibilités aux stagiaires. Par les usages, la tendance est parfois au milieu protégé ou adapté au détriment du milieu ordinaire, qualifié de « *plus difficile* ». La formation spécifique en orientation et insertion professionnelle, en tenant compte de la maladie permet d'ouvrir les spectres du possible.

Conclusion 2nde partie :

Route Nouvelle accompagne depuis 65 ans les troubles psychiques et a développé différents services qui répondent aux orientations des politiques publiques et aux besoins des personnes. La gouvernance associative défend un projet humaniste qui soutient un projet basé sur le pouvoir qu'a la personne à choisir son parcours. Les pôles proposent une transversalité de l'expertise : logement, hospitalisation de jour ou visite à domicile, renforcés par de nombreux partenaires afin de pouvoir proposer un parcours décloisonné et riche. Les professionnels s'attachent à proposer une réponse à chaque situation.

La RPS se matérialise par le rétablissement, dont le travail est une composante.

De nombreux freins subsistent pour aller vers - ou retourner vers – l'emploi. En effet, outre le cloisonnement institutionnel, l'accompagnement vers le milieu ordinaire n'est que trop rarement recherché. Néanmoins lorsque la personne en fait la demande, il faut privilégier les emplois dits compétitifs. Le CPC porte un projet expérimental, aujourd'hui insuffisant pour répondre aux demandes.

Face au manque d'offre, qui puisse couvrir le besoin d'accompagner en milieu professionnel ordinaire, créer un service dédié et rattaché au CPC semble pertinent.

3 Soutien à l'emploi par la création d'un service d'emploi accompagné rattaché au centre de posture

La méthode de l'accompagnement intensif vers l'emploi se caractérise par la construction d'un projet professionnel basé sur les compétences et les envies. Les besoins de formation ne sont pas incontournables et peuvent se matérialiser – si nécessaire.

L'emploi accompagné, dit de job coaching, vient de « coacher » qui signifie débloquer des situations, faire émerger des projets logés dans l'inconscient, des projets soutenus par la personne qui ne se les autorisaient pas.

3.1 L'emploi accompagné dit de « job coaching » comme réponse aux besoins : accompagnement intensif vers l'emploi

Le job coaching est une démarche récente et émergente. Elle permet aux professionnels de ne pas systématiser le travail protégé et adapté (ESAT, entreprise adaptée) et faire reconnaître un handicap jugé stigmatisant. L'essence même du job coaching est l'insertion dans le milieu ordinaire. La méthode IPS permet une mise en situation en emploi rapide, et est soutenue par l'ARS.

Ce dispositif a été théorisé par Déborah BECKER et le docteur Robert DRAKE en 1993 et 1998, sous l'influence dans les années 90 du développement du modèle « *individual placement and support* » (IPS - placement et soutien individuels)

3.1.1 L'emploi accompagné, une démarche qui débute en France en 1994

Dès 1994 les politiques publiques se saisissent du sujet de l'insertion professionnelle sous l'angle d'insérer puis d'accompagner les personnes fragiles.

En effet, la tradition française en matière d'activité se veut de préparer et former avant de mettre en situation professionnelle. Ceci crée un décalage entre l'attendu et la réalité.

Ce changement de pratique est soutenu par Monsieur Bertrand SCHWARTZ, délégué interministériel de l'insertion professionnelle dans son livre, *Moderniser sans exclure*. Paris : La Découverte, 1994. Mr SCHWARTZ défend l'idée de soutenir l'emploi par des alternatives aux schémas classiques. Ces modèles obsolètes ne correspondent plus à la réalité du monde du travail. Il apparaît indispensable de repenser les rapports entre les employeurs et employés. Ses travaux font tomber « ce qui fait problème » pour valoriser les compétences individuelles et le rapport au travail. Il ne faut plus « savoir avant de faire ». La dernière partie traite des dispositifs d'accompagnement. Le monde du travail est source de fantasmes et représentations qui le décorrèlent de la réalité. Il faut donc agir pour éviter des ruptures, dues à des formations ou des mises en situation trop longues. Insérer

rapidement permet de réorienter tout aussi rapidement une personne qui s'éloigne de son projet initial. Accéder rapidement à l'emploi permet de lever les blocages de la personne par la mise en situation (parcours institutionnel, échec professionnel, rupture scolaire, etc.). Si des manques sont relevés, la formation pourra dans un second temps apporter les connaissances nécessaires. De plus, l'autoformation contribue à la progression en autonomie, continue.

Cette expérimentation enrichit concrètement le parcours de vie et professionnel et permet de réduire le chômage et les ruptures de parcours.

3.1.2 Le job coach référent du parcours dans une logique d'autodétermination

Les méthodes classiques proposent une réinsertion progressive, entraînée dite de « train and place » (entraîner, former puis réinsérer). Elle a pour effet défavorable la pluralité des intervenants, avec des fonctions variées (évaluation, coordination, soin, formation, etc). La complexité, majorée par la discontinuité s'arrête peu après l'entrée en emploi.

Cette méthode inverse la chronologie « Place and train », avec l'insertion puis la formation et le soutien à l'activité par un intervenant unique. Ce changement de paradigme permet de ne pas différer le retour à l'emploi et d'apporter le soutien nécessaire au maintien au poste. L'IPS avec des jobs coachs se développe très fortement en Europe, Amérique du Nord et plusieurs pays d'Asie.

En France elle met davantage de temps à trouver sa place, plusieurs origines peuvent être identifiées. En premier lieu, notre pays a tendance au conservatisme du côté des organisations et structures médico-sociales. La France évalue peu la performance des pratiques du secteur en matière d'insertion en milieu ordinaire contrairement à de très nombreux pays.

Par ailleurs, le handicap reste perçu comme un déficit, entraînant stigmatisation et exclusion. La politique a été orientée en faveur de compensation du handicap, d'une prise en charge institutionnelle ayant pour effet de moins encourager l'inclusion en milieu écologique.

Enfin, l'idée d'accueillir une personne souffrant de troubles psychiques peut amener à sous-estimer le potentiel des travailleurs, leur capacité d'adaptation.

Lors de la recherche d'emploi, le candidat rentre dans un processus :

- Recenser les compétences ;
- Évaluer les difficultés liées au poste de travail ;
- Recueillir les motivations, clé de réussite ;
- Définir un projet professionnel.

La méthode du job coaching prend essence dans les besoins et envies de la personne, en lien avec la philosophie de la réhabilitation psychosociale.

Les job coachs ont une connaissance avancée du bassin d'emploi et des professions. L'objectif est une confrontation dans les meilleurs délais, rapide, en emploi. L'intégration en entreprise est alors fortement soutenue, accompagnée et se matérialise auprès des travailleurs mais également de toutes les personnes qui sont autour du travailleur. Les professionnels ont des compétences en matière d'aménagement de poste, de sensibilisation à la déstigmatisation. Un seul intervenant auprès de la personne, qui n'est pas nécessairement issu du milieu du soin mais plutôt du monde du travail, perd certes une expertise somatique et évaluative (clinique et cognitive) mais gagne en proximité et finesse du monde du travail. Étant seul à accompagner le parcours d'insertion professionnel, certains facteurs favorisent la relation : continuité, proximité, autonomie, initiative afin d'évaluer et réajuster tout au long du processus son intervention en fonction des besoins de la personne, de ses souhaits et de ses problématiques. La question de la coordination de soins ou de prise en charge n'étant pas le sujet, il est le lien central avec le milieu ordinaire, les soins et les intervenants médico-sociaux et sociaux si la personne en fait la demande.

Par la suite cet accompagnement recule mais sa disponibilité permet d'adapter sa présence selon les besoins.

Cette conception de l'accompagnement peut se modéliser par l'empowerment. En effet, elle restaure le pouvoir d'agir des personnes sur leur parcours de vie. L'accompagnement est totalement libre dans cette démarche. Les stagiaires participent pleinement et intégralement à la construction du projet et à sa mise en œuvre.

L'IPS est donc un soutien à l'emploi personnalisé, autodéterminé par le stagiaire, responsabilisant, accessible et flexible.

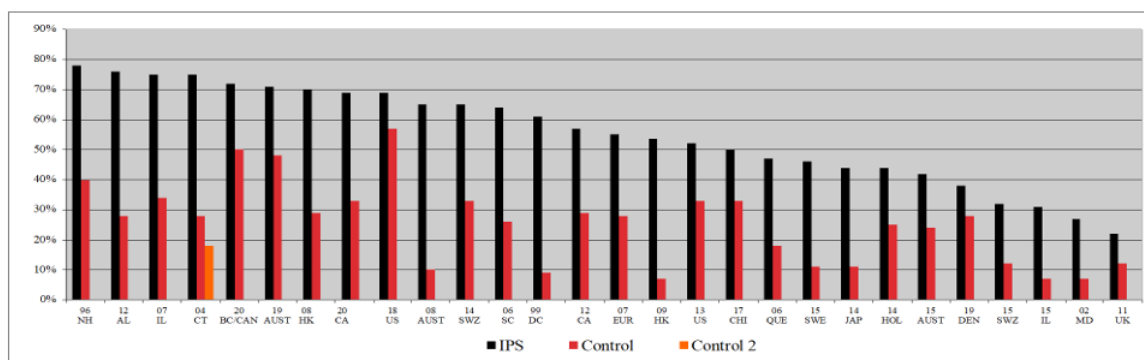
3.1.3 L'efficacité de la méthode IPS approuvée sur différents territoires

Le taux d'insertion avec cette méthodologie en milieu ordinaire est d'environ 60% (suivi sur 18 mois) alors que ce taux tombe à 23% pour les méthodes traditionnelles (source étude de Mrs Bond, Drake et Becker). Les méthodes plus classiques suivent le schéma : formation – entraînement - réinsertion. La méthode IPS propose une méthodologie différente « place and train » : la personne est insérée puis formée et soutenue dans le cadre de son activité professionnelle. Les étapes préparatoires sont plus courtes et le soutien s'opère dans la sphère professionnelle, dans la durée.

L'ARS PACA est le premier soutien financier de *working first* Marseille, ce qui témoigne de l'intérêt des pouvoirs publics pour ce dispositif. Cette méthodologie d'accompagnement a démontré son efficacité au sein de différents territoires mondiaux et nationaux.

A) A l'échelle mondiale

L'étude de Modiniet al de 2016 confirme l'efficacité de cette méthode à l'international. Issue des Etats-Unis, la mise en application de cette méthode d'insertion est favorable quelle que soient la zone géographique mondiale, la culture ou la méthode traditionnelle d'accompagnement antérieure à l'emploi.



Un essai contrôlé d'emploi assisté fondé sur des données probantes pour les personnes récemment sans abri et atteintes d'une maladie mentale d'Éric Latimer, 2017 à Montréal a mis en évidence les résultats suivants :

- Une augmentation de 2.4 fois des chances d'obtenir un emploi pour les personnes ayant suivi la méthode IPS ;
- Une satisfaction supérieure du soutien professionnel des participants ;
- Une multiplication par 3 des chances d'obtenir un emploi pour les personnes ayant une addiction.

B) Sur le territoire national

Expérimenté à Annecy en 2012, ces dispositifs connaissent un essor. La FIPHFP souligne un taux de réussite à 75% de maintien dans l'emploi après 3 années, sur 183 contrats. Plusieurs études corroborent cette réussite. Le taux d'insertion en entreprise du milieu ordinaire est deux fois supérieur avec la méthode IPS (par rapport aux méthodes traditionnelles). L'insertion au sein de structures du milieu écologique est en moyenne 50% supérieur après 18 mois de suivi alors qu'il n'est que de 24% avec les autres méthodes d'accompagnement.

C) En région Occitanie : le dispositif est déployé à Montpellier au centre d'un centre de réhabilitation psychosociale

Le centre de rétablissement et de réhabilitation (C2R) de Montpellier, structure accueillant des stagiaires avec des troubles psychiques comparable au CPC a monté en 2021 un

service de job coaching. Dans le cadre de ce projet, j'ai sollicité la direction et pu avoir un échange avec la cadre de santé, qui a coconstruit le dispositif avec un psychiatre.

L'entretien a mis en évidence les différentes étapes de construction du projet et ses résultats. Au sein du service sont rattachés 4 professionnels, ayant la même fiche de fonction de « job coach ». La formation initiale de ces 4 professionnels était : IDE pour deux et CIP pour les deux autres.

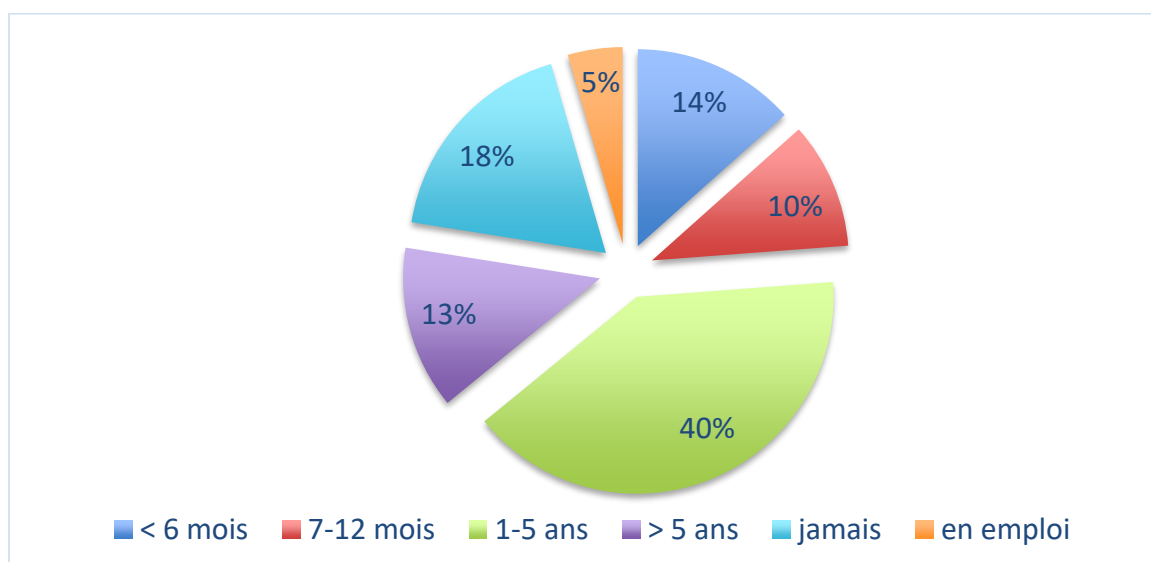
Le projet est fidèle au modèle IPS et RPS : pas d'évaluation, insérer rapidement, ne pas inscrire des critères d'entrée restrictifs mais ouvrir au plus grand nombre.

En 2022, le C2R a reçu 162 demandes, 90 ont fait objet d'un accompagnement. L'écart des 72 personnes correspond aux personnes ayant déposé un dossier qui étaient fortement incitées par un tiers (familles, institutions, médecin etc.), ce qui est contraire à la philosophie de RPS. Ces personnes venaient pour 63% du centre de réhabilitation ou de structures sanitaires, pour 23% de structures sociales et 14% d'un adressage libéral ou directement des personnes. Un partenariat a été signé avec Pôle emploi, Cap emploi, PSH34 notamment, l'expertise et la formation des professionnels étant reconnue.

La typologie des maladies psychiques est la suivante : 1/3 ont des troubles de l'humeur, 16% borderline, 34% schizophrène, 9% troubles anxieux, 6% TSA et 1% TCA.

Un premier constat s'impose : le niveau d'étude, plus de 53% des personnes ont au moins le niveau bac, et 24% ont au moins un BAC +3. Il nous est précisé qu'une partie des personnes qui ont été accompagnées ont connu une expérience professionnelle réussie mais sont sorties de l'emploi suite à un burn-out ou une dépression, qui n'ont pas entraînés une rupture franche du milieu ordinaire. La moyenne d'âge est de 36 ans. Les personnes n'ayant pas connu l'emploi sont également moins représentées : 18%.

Durée d'éloignement de l'emploi :



Chaque job coach est référent de 30 stagiaires, des ateliers sont également proposés pour créer un CV, préparer les entretiens.

Le retour à l'emploi confirme les chiffres sourcés, 75% sont insérés en milieu ordinaire, 12.5% en milieu protégé et 12.5% inscrits dans le cadre d'une formation.

Pour conclure, la cadre du service indique qu'un profil plus commercial pourrait être recruté afin de dynamiser la démarche de prospection d'entreprises.

3.1.4 L'absence de prérequis à l'entrée, une ouverture permettant de répondre aux besoins et aux demandes dans une logique individualisée

Lors du Conseil d'administration fin avril 2023, l'échange s'oriente sur la stratégie à mener pour le projet.

Deux possibilités d'offrent :

- Soit il devient un dispositif à part entière, avec son projet spécifique au sein de l'association.
- Soit il s'intègre au projet du centre de postcure, comme complément d'accompagnement.

Rapidement, le choix s'oriente vers la seconde option. En effet, les fondements de la RPS s'appuyant sur un libre choix de parcours, autodéterminé, il faut lever les barrières à l'entrée. S'il était rattaché au SAMSAH, service relevant du médico-social, cela supposerait à minima une orientation handicap, ce que certaines personnes ne souhaitent pas demander.

Au sein du CPC, il permet de bénéficier à la fois du maillage partenarial en place mais également de l'expérimentation en cours réalisée avec l'IDE formée à temps partiel. Enfin, cela suppose une liberté d'entrer dans un processus d'emploi. C'est d'ailleurs cette seule condition qui est retenue : l'accompagnement ne débute qu'avec la motivation et sur demande du stagiaire. Un professionnel libéral ou des proches/aidants qui pourraient entourer la personne et qui auraient l'objectif de la faire rentrer dans une démarche professionnelle constituerait un motif de refus. La liberté de choix doit être préservée.

3.1.5 La remédiation cognitive et un programme de déstigmatisation pour compléter le job coaching

En complément du programme Job Coaching, et si la personne accueillie en exprime le souhait, 2 programmes complémentaires seront proposés : la remédiation cognitive et le programme de travail sur l'Auto-stigmatisation. En effet, certains éléments peuvent faire obstacles et ainsi amoindrir les possibilités de retour à l'emploi. Ainsi nous avons réfléchi à travailler sur les symptômes résiduels pouvant faire freins à l'accès à l'emploi, à la formation et à l'insertion dans la vie de la cité. En travaillant sur un programme de remédiation

cognitive et un programme sur l'auto-stigmatisation, la concrétisation du projet professionnel pourra être facilité.

- Programme Remédiation Cognitive

Sur le bassin toulousain, il n'existe pas de dispositif en ambulatoire et en milieu écologique. Le programme proposé est déjà éprouvé sur le CPC. L'accès en Ambulatoire permet de répondre aux besoins d'une population différentes :

- La population âgée de 18 à 30 ans ;
- Les personnes actives ;
- La consolidation d'un travail réalisé en institution et nécessitant d'être affiné au sein de l'environnement écologique.

Cette prise en charge a pour objectif d'intervenir rapidement, intervention dite précoce, prévenir l'institutionnalisation et la rupture du parcours de soins. L'insertion dans la cité est favorisée. Les soins ambulatoires proposés en remédiation cognitive s'organisent sur 10 semaines alternant sessions en groupes et sessions individuelles. Cette dernière sera ancrée en milieu écologique. Ce programme construit par un neuropsychologue et une IDE formée à la RPS a pour objectif thérapeutique de gagner et conserver en fonctionnement attentionnel, mnésique, langagier, exécutif, visuospatial, métacognitif et social. Ainsi ce programme se veut d'interagir en synergie avec le Job Coaching et le programme d'auto-stigmatisation.

- Programme Sur l'auto-stigmatisation, programme NECT

Les stéréotypes-stigmatisants prennent racines dans une construction sociale très précoce. Les jeunes qui vont être atteints de troubles psychiques ont leurs capacités intellectuelles préservées. Même s'ils n'ont jamais eu d'expérience de stigmatisation, un tiers anticipent des discriminations et 70% ne vont pas divulguer leurs troubles par peur d'être stigmatisés. L'auto-stigmatisation, c'est non seulement le fait d'être conscient des préjugés qui sont présents dans la société contre les gens qui ont une schizophrénie mais aussi de les considérer comme vrais et les appliquer pour se décrire soi-même. L'auto-stigmatisation a des conséquences délétères importantes pour la personne :

- Se définir comme « Je suis schizophrène », est une souffrance ;
- Diminution de l'alliance thérapeutique ;
- Majoration de la symptomatologie ;
- Majoration risque de rechute ou de réhospitalisation ;
- Diminution de l'estime de soi ;
- Un fonctionnement social moindre ;
- Moins de possibilités d'aller vers le travail.

Lorsque l'auto-stigmatisation est régulée via certains programmes de réhabilitation psychosociale les résultats démontrent une amélioration du fonctionnement social et professionnel, ainsi qu'un état général amélioré des personnes (moins déprimées et moins de risques suicidaires).

Un outil spécifique, comme le programme NECT (Narrative Enhancement and Cognitive Therapy, « thérapie cognitive et renforcement narratif ») sera proposé. Il s'agit d'un programme développé en 2012 par une équipe américaine, NECT, qui vise à réduire l'auto-stigmatisation et son impact sur les personnes vivant avec un trouble psychique. NECT est un programme groupal proposé en 12 séances de 2h hebdomadaires. Animé par deux intervenants, il peut accueillir un groupe de 6 personnes. Afin de travailler au cœur de la déstigmatisation, il nous semble important que ce programme soit coanimé par un médiateur de santé pair. Ainsi inclure un médiateur de santé pair va favoriser le développement d'une identité positive au-delà de la maladie et contribuer au processus de rétablissement.

3.2 Pilotage et conduite du projet

L'association est engagée depuis des décennies à améliorer en continu la qualité des prestations et services qui sont proposés et délivrés. Les réponses aux attentes et aux besoins des personnes ainsi que pour leurs familles et proches répond au respect des recommandations des bonnes pratiques et référentiels d'accompagnement.

Ce projet répond également aux orientations nationales, régionales et locales, notamment le PRS III. Il s'inscrit dans les 6 engagements prévus :

- 1) Dynamiser et adapter la prévention et la promotion de la santé aux âges clés et aux milieux de vie.
- 2) Accompagner chaque personne pour lui permettre d'être actrice de santé.
- 3) Renforcer l'accès pour tous à une prise en charge adaptée aux besoins de santé.
- 4) Renforcer la coordination des acteurs pour assurer la continuité des prises en charge et des accompagnements.
- 5) Promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements.
- 6) Soutenir l'attractivité des métiers de la santé.

Une démarche projet coordonnant et structurant l'action en un processus s'impose.

3.2.1 Démarche projet : vers le changement

COLLERETTE (1997) définit le changement organisationnel « comme toute modification relativement durable dans un sous-système de l'organisation, pourvu que cette modification soit observable par ses membres ou les gens qui sont en relation avec ce sous-système ». Une adaptation des acteurs à la nouvelle réalité nécessite une période d'adaptation.

Le changement ne signifie pas remplacer un ancien modèle pour un nouveau. Il résulte d'une concertation collective. Apparaissent de nouvelles mobilisations de ressources et de capacités des différentes parties engagées.

Pour mobiliser et motiver les professionnels à rejoindre et adhérer au projet, plusieurs conditions doivent être remplies selon le sociologue Stéphane HAEFLIGER :

- Être associés ;
- Trouver un intérêt personnel dans le changement ;
- S'approprier le changement et en percevoir les enjeux ;
- Évaluer le projet comme réaliste et à leur portée ;
- Assurer la cohérence et la clarté des priorités ;
- Encourager et stimuler les équipes ;
- Appliquer le changement au sein même de la hiérarchie.

3.2.2 Le manager : responsable de la cohérence d'un projet

Pour la réalisation d'un projet, plusieurs niveaux sont à définir. En effet, les responsabilités et les moyens à mobiliser (humains et matériels) sont de plusieurs ordres à chaque étape : préparation, réalisation et finalisation. L'objectif est de mobiliser les compétences qui répondent aux enjeux, d'animer, de fédérer autour d'un but commun, veiller à la qualité attendue, tout en respectant le budget et les délais.

A) Ma place de directrice générale adjointe

Hannah ARENDT rappelle les contours de la mission d'un manager au sein d'un projet : il a la capacité de rendre cohérent le monde et ses événements sans être récusable autour d'idées qu'il s'autoattribue. Pour moi, le manager est la personne qui crée les conditions et assure la pérennité pour que les professionnels dont on assure l'encadrement puissent atteindre les objectifs propres à leur poste, dans un climat social acceptable.

- ⇒ Par la combinaison stratégique et opérationnelle de sa mission, l'encadrant délimite le cadre de l'action.
- ⇒ Prise en compte de la notion de compétences et des besoins du professionnel dans l'exercice de ses fonctions.
- ⇒ En tant que directrice adjointe, j'encadre des cadres, et dois faire cadre.
- ⇒ Clarifier les objectifs individuels et les missions, les évaluer et les suivre.
- ⇒ Me saisir des problèmes organisationnels tout en gardant la distance nécessaire pour en apporter cadrage et étayage aux glissements dans les pratiques.

En tant que DGA j'attache une importance particulière à mener mes fonctions avec engagement et humilité. Ceci oppose toute forme de toute puissance, d'arbitraire, ou maquillage de responsabilité, mais prend en compte le rapport à la norme, le cadre de référence, les limites de mon périmètre, d'agir dans mon champ d'intervention.

Passer l'établissement en mode projet m'oblige à inscrire mon intervention dans l'analyse puis l'action. Pour déployer le projet, plusieurs étapes s'imposent pour valider le changement, le positionnement, la conformité à la norme, la pertinence et la faisabilité.

Par mes différentes missions de direction, mon mode de management est basé sur l'échange, en associant les équipes. Il ne faut cependant pas mélanger les rôles de chaque professionnel. Associés au projet, encouragés à proposer toute initiative, les décisions doivent rester dans le périmètre des missions et fonctions de chaque professionnel ou de la gouvernance associative.

B) La cadre de santé

Je délègue à la cadre de santé est le déploiement ainsi que l'organisation de l'activité en lien avec les équipes médicales, paramédicales, et sociales. Elle doit animer, coordonner et contribuer à accompagner la mise en œuvre de la politique générale, du projet d'établissement, et du projet de soin – projet de vie des personnes accompagnées. M'étant hiérarchiquement rattachée, elle dispose de ma confiance pour accompagner ce projet. Impliquée au sein de l'établissement, elle participe aux réunions et est pleinement investie dans le projet.

C'est dans ce cadre que j'ai proposé de lui confier la responsabilité hiérarchique du service. L'équipe pluridisciplinaire du CPC lui étant déjà rattachée, la recherche de cohésion, sa fine connaissance des projets et des acteurs, offre à ce service une expertise reconnue et identifiée.

C) Cohérence des responsables

Dans le cadre du projet, il convient d'articuler les différents rôles. ALLARD-POESI et PERRET en identifient trois :

- Le leader stratégique, qui a pour mission la conception, la problématisation.
- Le manager d'équipe, facilitateur de travail d'équipe a pour mission la participation. Cette dimension est portée par la cadre de santé envers les équipes mais également par moi-même par les comités de pilotage, la délégation.
- L'autorité incarnée par la gouvernance associative et la directrice générale qui sont souteneurs et valident le process.

3.2.3 Le public ciblé : l'absence de critères et de restriction d'adressage

L'entrée doit être un choix libre et porté par la personne. Par conséquent le service se doit d'être souple, modulable, flexible et accessible. Plusieurs entrées sont possibles :

- Une personne qui en fait la demande directement.

- Un adressage d'un partenaire, extérieur à l'association : médecin ou infirmier libéral, structure médico-sociale, sanitaire, sociale, CMP, GEM, famille, entreprises, Pôle emploi Cap emploi etc.
- Un service de Route Nouvelle : CPC, SAMSAH, pôle social.

Le caractère volontaire doit être évalué dès l'entrée. Afin de lever les barrières, alléger les modalités, et une temporalité rapide, aucune évaluation ou de critère administratif (notification MDPH par exemple) ne seront imposés. Ainsi peut débuter dans les meilleurs délais l'admission et la démarche vers l'emploi. L'absence de condition permet de soutenir le libre choix de parcours de vie.

Des évaluations pourront être réalisées, notamment par les professionnels médicaux et paramédicaux, si des freins sont repérés ou à la demande des stagiaires.

La durée d'accompagnement ne sera pas limitative. En effet, selon les situations la temporalité peut se prolonger afin que l'insertion professionnelle puisse être réussie et le maintien en poste dans la durée.

L'accompagnement sera étayé selon la demande : seulement pour la phase initiale d'aller vers l'emploi aux rencontres avec les employeurs et sur site pour l'adaptation du poste.

3.2.4 Le partenariat : l'ouverture en milieu écologique

L'expérience du centre de réhabilitation de Montpellier souligne l'importance d'ouvrir le dispositif à une pluralité de partenaires. Le travail en réseau est un enjeu, qu'il convient collectivement de porter.

Le CPC a noué des partenariats depuis des années, mais ils demeurent essentiellement axés en milieu sanitaire, médicosocial ou social. Il est indispensable, pour la réussite, d'ouvrir ces partenariats.

D'une part auprès des organismes d'état, Pôle emploi, Cap emploi, AGEFIPH, LADAPT notamment pour soutenir l'expertise en santé mentale du dispositif pour l'insertion ou la réinsertion professionnelle. Comme nous l'avons souligné précédemment, pouvoir proposer un service dédié permet d'optimiser l'accompagnement qui se veut au plus juste, au plus près des besoins des personnes. Outre l'aspect de l'emploi, les professionnels formés ont la possibilité de soutenir le projet de soins, de répondre aux interrogations des employeurs, et d'avoir une action spécifique de déstigmatisation. En effet, la déstigmatisation, parler des troubles psychiques, déconstruire des représentations, sont des missions à part entière. Il faut pouvoir étoffer les possibilités offertes aux personnes accompagnées, leur permettre un choix varié, et lever des freins.

D'autre part des partenariats auprès d'entreprises dites compétitives seront à conclure. En effet, les professionnels devant répondre à une pluralité de situations individuelles, il est

nécessaire de prospecter auprès de sociétés sur différentes zones géographiques et sur différents secteurs d'activité. Une action de déstigmatisation est encore une des clés de réussite pour faire évoluer les représentations et lever les freins.

Par ailleurs, la partie soin est une dimension essentielle. L'observation des traitements est gage de stabilité. Poursuivre une prise en charge psychiatrique diminue les rechutes, prévient les facteurs de risque et permet d'adapter les traitements. Un lien doit être soutenu et maintenu pour une relation partenariale vertueuse.

La coordination des acteurs est essentielle et première.

3.2.5 Le case manager : garant de la coordination de parcours

Le case management poursuit ses missions. Chaque stagiaire continue de bénéficier dès son entrée d'un suivi personnalisé par son référent, qui met en commun les différentes conclusions cliniques pluridisciplinaires (appuyé d'évaluation et comptes-rendus médicaux si le stagiaire en accepte la diffusion en interne). Il travaille avec l'ensemble de l'équipe dans le but de concourir à la mise en place du projet, dans une logique de coordination.

Le job coaching s'inscrit comme dispositif durant l'accompagnement mais également à la sortie. Dans ce contexte, le case manager du patient réalise le maillage avec les partenaires extérieurs.

Les partenariats sont garantis par un case management de qualité. Ainsi, dédier une équipe de job coachs permet de densifier le nombre et la représentation de différents partenaires, notamment du milieu ordinaire. En effet, pour accompagner le projet il est nécessaire de sourcer des acteurs différents, tant sur les métiers que les secteurs et bassins d'emploi. La démarche prend du temps, demande des professionnels formés, et répond à la volonté associative de se tourner vers la cité.

Le case manager, professionnel ressource, coordonne et fluidifie les parcours de vie et de soins des personnes accompagnées. La coopération des différents acteurs est une clé et un enjeu de réussite. Professionnel de confiance, il veille à la réalisation des objectifs fixés pour aller vers le rétablissement. Il mobilise les proches, l'entourage, les partenaires en liens étroits avec la stagiaire. Ses interventions sont flexibles et d'une intensité variable selon les besoins.

3.2.6 Adapter les ressources humaines au projet par la GPEC: des compétences transverses, alliant le soin et l'insertion professionnelle

Comme le soulignent M. CROZIER et E. FRIEDBERG « les membres d'une organisation ne sont pas, en effet, attachés de façon passive et bornée à leurs routines. Ils sont tout à

fait prêts à changer très rapidement s'ils sont capables de trouver leur intérêt dans les jeux qu'on leur propose ».

La conduite du changement, synonyme d'action, de transformation d'une organisation, d'un système, doit être globale. Elle doit s'intégrer dans un écosystème existant, qui va muter pour être plus efficient. La politique en matière de ressources humaines s'en trouve centrale.

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) est un outil de gestion des ressources humaines qui vise à analyser les contraintes liées à l'environnement et les choix stratégiques à opérer pour relever les défis. L'objectif est de donner une dynamique globale au projet. Elle comprend différentes dimensions : le développement des compétences, les fiches postes, les entretiens professionnels, la pyramide des âges notamment.

A) Le recrutement

Au regard de la double compétence requise : le soin et l'emploi, deux profils se dégagent :

- Des personnes issues de la filière du soin, dont les compétences en matière d'insertion devront se renforcer ;
- Des personnes issues du secteur de l'insertion, dont les compétences en matière d'accompagnement des troubles psychiques devront se renforcer.

Pour fluidifier le parcours et assurer la coordination, en première intention un poste de coordonnateur est privilégié.

Sur le modèle du centre de réhabilitation de Montpellier, un ETP pour 30 personnes accompagnées semble correspondre. Le coordonnateur pourra intervenir en soutien des équipes et aura un rôle central pour développer les partenariats, renforcer les contacts avec les entreprises du milieu ordinaire, les institutionnels.

En complément, des compétences sont attendues pour les ateliers de remédiation cognitive et de déstigmatisation.

Un appel à candidature devra être lancé. Notons qu'une IDE est en parcours de formation d'infirmière en pratiques avancées (IPA). Dans ce cadre, la formation, la coordination et la recherche sont des compétences attendues en fin de parcours diplômant. Actuellement aucun poste d'IPA n'est proposé sur l'association, cela permettrait de valoriser la formation par le biais de la coordination du service et valoriser ce profil qui fait partie des orientations stratégiques.

Afin d'adapter la prise en charge aux compétences et expertise attendue, la gestion des emplois et des compétences suppose :

- + 1 ETP de coordonnateur. Le profil de l'IDE qui sera diplômée en pratiques avancées est privilégié.
- + 1 ETP de CIP – Chargé d'insertion professionnelle.

- + 1 ETP d'IDE. Le profil de l'IDE déjà formée est encouragé.
- + 0.4 ETP de pair-aidant.
- + 0.2 ETP de neuropsychologue.
- + 0.1 ETP d'encadrement par la cadre de service.

Cette organisation permet de suivre 70 personnes en file active et réaliser un travail important de prospection, pour trouver de nouveaux partenariats. Cette étape est indispensable afin de faire connaître le service, développer l'offre à proposer, recueillir les demandes et affiner selon les premiers résultats.

Elle permet également de proposer les ateliers complémentaires de remédiation cognitive et de déstigmatisation.

Étant entendu qu'une évaluation continue, avec des indicateurs est à formaliser. Elle permet un ajustement régulier et rapide.

B) Les entretiens professionnels annuels

Les entretiens annuels ont lieu entre juillet et septembre. Au regard du projet qui se dessine, les échanges seront l'opportunité de communiquer sur les grandes lignes et recueillir l'intérêt de professionnels afin de se positionner sur les postes à ouvrir. Ils permettent de maintenir un dialogue de proximité, de définir de nouveaux objectifs et des leviers de formation.

C) La fiche poste

Une fiche poste est à créer, les missions de job coach sont à la croisée du soin et de l'emploi. Une commission s'est réunie mi-juillet 2023 dans l'objectif de faire émerger les principales missions à confier au professionnel job coach. Cette commission était constituée de la cadre de santé, de l'IDE actuellement formée, de la responsable ressources humaines, et moi-même.

Plusieurs orientations en sont ressorties, dont une paraît essentielle : trouver des profils qui soutiennent la démarche de RPS, la personne accompagnée actrice de son parcours.

Outre les compétences transversales qui se retrouvent dans un grand nombre de poste :

- Organisation ;
- Communication adaptée au public et à l'auditeur ;
- Capacité d'autonomie ;
- Compétences informatiques et outils digitaux.

Des compétences spécifiques sont attendues :

- Approche et pratique pluriprofessionnelle ;
- Formation requise : posséder un diplôme dans le domaine de l'insertion et/ou de l'accompagnement professionnel ;

- Expérience professionnelle requise : conseil en emploi et insertion socioprofessionnelle / recrutement ou coaching professionnel / connaître le territoire et le bassin d'emploi ;
- Connaître le milieu de l'entreprise / connaître les méthodes d'accompagnement à l'emploi ;
- Avoir des connaissances portant sur la santé mentale souhaitée : inscription dans un processus de formation complémentaire / Avoir une connaissance du handicap psychique et des troubles psychiques / Connaître le dispositif de reconnaissance de handicap / Être sensibilisé aux pratiques de réhabilitation psychosociale.

D) Plan de développement des compétences : formation à la méthode IPS - Individual Placement and Support

Il est nécessaire d'adapter les compétences à l'emploi occupé. Une ingénierie de formation s'impose pour faire évoluer les pratiques et compétences des salariés. L'IPS s'inscrit dans une visée RPS et de rétablissement. Toutes les personnes ayant une santé mentale fragile peuvent se rétablir. Avoir la certitude du rétablissement c'est créer un collectif déterminant dans la réussite (aidants, proches, professionnels, et la personne elle-même). Également la protection est contraire à l'empowerment, l'IPS a pour objectif d'immerger le volet social avec le travail en milieu ordinaire.

L'IPS dont le *P* est celui de « placement » a pour objet de soutenir les personnes souffrant de troubles psychiques dans leur recherche d'un emploi dit compétitif (hors secteur adapté et protégé). Cette méthode repose sur les personnes, leur projet. Le modèle repose sur 9 principes :

- Intégration : vers l'emploi rémunéré.
- Individualisation du suivi.
- Ouvert à toute personne qui formule le souhait de travailler, aucune forme d'exclusion.
- Outil d'empowerment : agir sur ses décisions et son rétablissement.
- Coordination avec les équipes sanitaires, sociales et médico-sociales.
- Information sur les enjeux et impacts de l'emploi.
- Efficacité : pas d'étapes ou prérequis pour la recherche d'emploi, elle débute dès que la personne a exprimé le souhait de travailler.
- Disponibilité : soutien sans limite de temps, en respectant la demande de la personne accompagnée.
- Réseau d'employeurs selon les intérêts propres à chaque individu.

Les salariés qui seront intégrés à l'équipe de job coaching seront tous formés à la méthode IPS. Cette formation sera inscrite dans les axes prioritaires 2024 pour l'établissement.

Les contours de la mission du job coach sont posés dès l'entrée : décrire les préférences, réaliser un bilan professionnel, soutenir la recherche et le niveau d'accompagnement de l'employeur etc. Le salaire doit être au niveau du milieu ordinaire – empowerment. Les difficultés des personnes ne sont pas obligatoirement connues des employeurs.

E) Lancement d'un appel à candidature

L'objectif est d'ouvrir le service début 2024. Afin de préparer son ouverture, un appel à candidature interne et externe a été validé par la gouvernance associative pour le dernier trimestre 2023.

3.2.7 Le job coaching : un service supplémentaire à inscrire dans le projet de service

La labellisation RPS obtenue par Route Nouvelle et le centre de postcure en 2019 reconnaît le pouvoir qu'a la personne à agir sur ses choix de parcours et d'orientation. L'association travaille depuis de nombreuses années à s'appuyer sur les choix, les demandes des stagiaires. La vocation est l'accompagnement et non l'orientation. La dynamique de job coaching est déjà engagée à titre expérimental au CPC avec l'IDE formée. Elle pratique cette méthode avec 3 stagiaires à temps partiel et la méthode a démontré le succès des accompagnements.

Positionner un dispositif de job coaching suppose de compléter le projet de service du CPC. Les étapes de la RPS énoncées sont respectées :

- L'évaluation afin d'établir un diagnostic de réhabilitation ;
- Un déploiement de techniques de soins ou d'accompagnement spécifiques afin de conserver le pronostic fonctionnel ;
- La poursuite d'un parcours le plus autonome possible dans la société.

L'accompagnement vers l'emploi est réalisé dans un cadre de valeurs communes, déjà soutenues par le projet de service : responsabilisation, dignité, respect, inclusion sociale, empowerment. La personne retrouve le pouvoir d'agir sur son parcours et de décider de sa destinée.

Par conséquent, ce service répond déjà au projet d'établissement, qu'il conviendra de compléter.

3.2.8 La commission des usagers : Prendre en compte les stagiaires et proches dans la construction

La commission des usagers (CDU) est l'instance représentative des usagers au sein des établissements sanitaires. Elle a pour mission de veiller au respect des droits des usagers

et de faciliter leur démarche. Réunie tous les trimestres, elle est consultée pour avis sur les modalités de prise en charge des personnes accueillies, des proches, et des familles. Les stagiaires, objets des prises en soins, sont à considérer dans la construction du projet. En effet, la création du service répond à un besoin mais leur avis permettra d'évaluer des aspects qui pourraient être occultés ou minimisés dans le dispositif créé. La CDU se réunira fin septembre, et sera consultée lors de la prochaine réunion.

3.2.9 Montage budgétaire : un équilibre à moyens constants

En 2022 a eu lieu la réforme de la tarification de la psychiatrie. La dotation du CPC est orientée favorablement. En effet, les budgets ont été revus selon des critères d'équité :

- Critères populationnels en régions.
- Respect de la file active.
- Activités spécifiques.
- Prise en charge innovante.
- Actions restructurantes auprès des établissements.
- Soutien de la recherche en psychiatrie.
- Niveau de qualité de prise en charge.
- Qualité du codage des actes.

Financé en dotation globale, le centre a eu une sur-dotation notifiée par l'ARS en avril 2023. Contactée, l'ARS indique que cette réforme étant nationale, nous sommes invités à utiliser ces fonds pour développer ou compléter l'offre de service proposée aux usagers et qui réponde aux orientations stratégiques régionales.

A cet effet, une réflexion s'est imposée, entre les membres administrateurs de l'Association et la Direction. Le projet de job coaching a déjà été soumis au tarificateur lors du rapport d'activité 2021. L'ARS a manifesté son intérêt, mais étant sous contraintes budgétaires, aucun financement supplémentaire n'avait pu être alloué. Un groupe de travail s'est formé début mai avec la direction et les membres du bureau. Une première feuille de route s'est dessinée : utiliser une partie de cette sur-dotation qui est une mesure pérenne pour le projet et débiter des recherches de local pouvant accueillir le service dédié, les murs actuels du centre ne pouvant pas accueillir ce dispositif.

Afin d'évaluer le coût du service, un compte de résultat prévisionnel a été et est présenté en ANNEXE 4. Le projet peut se financer sans nouvelle mesure. Le projet a été soumis au tarificateur qui l'approuve par la réallocation de la sur-dotation liée à la réforme de la psychiatrie.

3.2.10 Une démarche qualité reconnue qui devra intégrer le nouveau service

Pour répondre à l'amélioration continue de la qualité déjà déployée il semble nécessaire de redéfinir le cadre de cette démarche. Elle sous-tend plusieurs objectifs :

A) La satisfaction des personnes accompagnées

Elle se matérialise par le respect des droits, en plaçant les personnes au cœur du dispositif, en apportant les réponses les plus pertinentes et diversifiées. La logique de parcours est toujours privilégiée, afin que l'éco système réponde aux projets de vie et de soin.

Des questionnaires de satisfaction sont remis chaque année afin d'évaluer la satisfaction et apporter des mesures correctrices.



B) L'amélioration continue

Le CPC a été audité par des experts-visiteurs et certifié en mars 2023 avec un score supérieur à 50%. Son agrément est donc renouvelé. Pour les établissements sanitaires, cette certification a lieu tous les 4 ans, elle répond aux obligations de l'article L6113-3 du code de la santé publique. Elle mesure la qualité des soins et de la dynamique d'amélioration de la qualité. Le fonctionnement global de l'établissement est évalué. Les méthodes d'évaluation trouvent des similitudes avec le médico-social : patient traceur, audit système, méthodologie de la preuve, traceur ciblé. Décliné sous 3 chapitres, le rapport pour le CPC met en valeur la qualité de l'établissement proposée aux usagers :

- 1) **Le patient** : score de 95%. Le rapport indique que les patients reçoivent une information adaptée à toutes les étapes de la prise en charge. Leur implication et leur consentement sont recherchés pour l'élaboration d'un projet de rétablissement coconstruit. Le dispositif d'information est structuré avec des temps et des outils adaptés. Le patient bénéficie des conditions d'accueil qui garantissent le respect de son intimité, de sa dignité ainsi que de la confidentialité des informations le concernant. Les proches et les aidants sont associés à la mise en œuvre du projet personnalisé impulsé par le patient. « Le projet personnalisé vise à favoriser l'autonomie, le rétablissement et l'intégration sociale globale en proposant un panel de soins et d'accompagnements adaptés et diversifiés soit dans les locaux du centre ou à l'extérieur. Le patient appelé stagiaire dans l'établissement est reconnu comme acteur et citoyen afin d'intégrer la société comme individu. »
- 2) **Les équipes de soins** : score de 90%. Le rapport souligne que l'équipe s'appuie sur des protocoles en interne et des recommandations de bonnes pratiques pour la

réhabilitation psychosociale et est très engagée pour la promotion de celles-ci. Le projet personnalisé est construit en équipe et avec les patients. Il est régulièrement réévalué.

- 3) **L'établissement** : score de 91%. Le rapport confirme l'implication de l'association au sein du maillage territorial en santé, sa participation aux rencontres et réflexions régionales (CLSM, PTSM etc.), les nombreux conventionnements, la place de la coordination de parcours, de la promotion de la recherche. La synergie interne des moyens et compétences est valorisée.

C) Documents préservant et garantissant les droits des usagers

Les établissements sont tous inscrits dans une démarche de promotion de la bientraitance et du respect des droits des personnes accompagnées. Afin de garantir les droits et la participation, les documents édictés par la loi du 2 janvier 2002 sont remis à chaque usager. Ils concernent : le règlement de fonctionnement, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, le livret d'accueil, le contrat de séjour, les instances d'expression (CVS ou CDU pour le centre), l'accès à la personne qualifiée, le projet d'établissement

D) Inscription du projet dans la démarche qualité

Le projet répond aux enjeux de la qualité mis en place au sein de l'établissement. Il répond à un réel besoin identifié. Les stagiaires sont au cœur du dispositif, et il s'agit d'apporter une réponse complémentaire à un besoin non ou partiellement couvert par des partenaires externes.

Un plan d'action est à bâtir, des réunions de pilotage à organiser qui comprennent la responsable qualité, la cadre de santé et moi-même pour se conformer au niveau de qualité attendu. Une première réunion a été réalisée afin de définir un plan d'action préalable. Les axes prioritaires qui ont fait l'objet d'actions :

- Information et consultation des instances représentatives des usagers via la CDU : réalisées lors de la commission de septembre ;
- Travail en équipe pluridisciplinaire sur le PPS qui intègre un projet travail / emploi plus fin ;
- Référentiel HAS : mettre en évidence les indicateurs applicables, puis les transposer sur le logiciel qualité pour échéancer les actions et le responsable de la tâche.

Des réunions à échéances régulières seront programmées : d'une par mois à une tous les quinze jours de décembre à février lors du déploiement.

L'association utilise le logiciel qualité AGEVAL©. Une évolution est à demander à l'éditeur pour faire évoluer le projet du CPC et mettre les indicateurs associés au plan d'action.

3.2.11 L'évaluation continue au travers d'indicateurs

Lors de la réunion de travail conjointe de début mai, de cadrage du projet, des indicateurs permettant d'évaluer la pertinence sont retenus :

- Taux d'insertion en milieu professionnel ;
- Délai pour mise en situation professionnelle ;
- Niveau retour à l'emploi compétitif et non compétitif ;
- Type de contrat de travail pour les emplois compétitifs ;
- Pour les emplois non compétitifs, type de contrats et secteurs ;
- File active ;
- Nombre de partenariats conclus ;
- Volume de formation ;
- Taux d'arrêt de suivi ;
- L'adressage ;
- Nombre d'accompagnement par job coach ;
- Nombre de nouveaux accompagnements ;
- Nombre de 1^{er} entretien ;
- Niveau d'étude, d'âge et éléments de diagnostic ;
- Satisfaction des personnes ;
- Nombre de réclamations.

Sur le dispositif, une démarche d'évaluation régulière est indispensable. Elle permet d'ajuster les actions entreprises et mesurer leur efficacité.

L'analyse des indicateurs permettra de définir un plan d'action qui sera mis en place et fera lui-même l'objet d'une évaluation au sein d'un comité de pilotage constitué de :

- La responsable qualité de l'association ;
- La cadre de santé ;
- L'IPA ;
- La direction.

3.2.12 Plan de communication : faire adhérer l'ensemble des acteurs

Une association, un établissement, un service n'opère jamais seul. Il doit être intégré au sein d'un écosystème : social, politique, administratif, économique qui détermine son champ d'action. La place occupée, ses rapports avec son réseau, ont une influence sur son positionnement et son fonctionnement. Le projet d'établissement positionne Route Nouvelle sur son territoire. Il souligne son environnement et son utilité sociale. Y sont intégrés : les usagers, les financiers, les partenaires, les professionnels, la direction et la gouvernance

associative. La communication adaptée aux acteurs est essentielle pour déployer la stratégie envisagée.

Elle doit renforcer l'identité, impliquer et faire adhérer au changement. Différents niveaux de communication sont repérés :

A) L'ensemble des salariés

La communication doit être maintenue tout au long du projet, sur l'avancement et permettre une implication globale. Au regard de la transversalité, bien que rattaché au CPC, ce dispositif s'adressera à l'ensemble des personnes accompagnées si elles en font la demande. Divers moyens sont à notre disposition : les réunions institutionnelles deux fois par an, les réunions de fonctionnement des services trimestrielles, l'utilisation des réseaux sociaux avec LinkedIn.

B) La gouvernance et direction

Les responsabilités individuelles seront clarifiées. Le Président ainsi que les administrateurs ont validé le projet dans ses lignes directrices mais son déploiement nécessite de valider la cohérence et la faisabilité à chaque étape. Ces échanges passeront par le biais des conseils d'administration (1 tous les 2 mois), et les échanges réguliers entre le Président, le Vice-Président et les membres du bureau avec la direction. La construction d'une stratégie commune, partagée sous les valeurs associatives est essentielle. J'effectuerai également des rapports réguliers à la directrice générale de la mise en œuvre du projet.

C) Les instances représentatives du personnel

Compte tenu de la taille, le CSE est composé d'une déléguée du personnel. Il n'y a pas de suppléant (le titulaire élu ayant démissionné), elle est élue pour le collège des techniciens. Une réunion mensuelle est programmée, elle sera l'opportunité de communiquer sur l'avancement mais également de travailler sur le DUERP, coconstruire des outils de qualité de vie et conditions de travail (QVCT) et solliciter une participation active des salariés. A cet effet, le CSE sera consulté sur le projet en amont et des bilans intermédiaires réalisés tout au long du déploiement.

D) Les personnes accompagnées et les proches

Rassurer, continuer à faire le lien, informer, permet de fédérer autour du projet. Pour que ce dernier reste une réponse adaptée aux besoins, un temps de recueil des besoins et des propositions doivent s'inscrire dans la phase préliminaire. Un questionnaire sera adressé via AGEVAL© à l'ensemble des stagiaires. Par ailleurs, la CDU sera régulièrement informée et consultée sur l'avancement du projet.

Le site internet permet également de diffuser régulièrement les informations. Il sera mis à jour par le responsable communication tous les mois ou selon des événements marquants du projet.

E) Les autorités de contrôle et de tarification

Bien que financé sur les ressources existantes, leur accord sur les modalités de mise en œuvre est incontournable. Il conviendra alors, par des entretiens et échanges réguliers, de les informer et s'assurer de leur adhésion.

F) Les partenaires

La place des partenaires dans ce projet est centrale. Outre les stagiaires du centre, ce dispositif se veut ouvert à tout prescripteur ou personne en direct. Par conséquent il faut prendre attache avec des partenaires institutionnels (Cap emploi, Pôle emploi, l'AGEFIPH etc.) et des partenaires du secteur libéral, associatif, clinique, sanitaire. Communiquer tout au long du projet devrait être repérant et permettre, dès l'ouverture, des orientations rapides afin de débiter des accompagnements dans de courts délais.

L'objectif d'une communication est de faire connaître le service et l'offre proposée pour l'ouvrir au plus grand nombre. Il faut donc bien cibler, envoyer un message clair et compréhensible par tous, mesurer l'audience régulièrement, et proposer des supports de communication adaptés. Le job coaching ne considérant aucun prérequis, il est nécessaire que la communication soit la plus large possible.

3.2.13 GANTT

Afin de pouvoir suivre l'avancement du projet, je vais m'appuyer sur la modélisation du projet par un diagramme de GANTT. Il permet de planifier de façon optimale, par des échéances déterminées, et d'évaluer le potentiel retard et de mesurer l'avancement. Un extrait est en ANNEXE 5.

Conclusion 3^{ème} partie :

Le projet de développer le service de job coaching en dispositif complémentaire du centre de postcure permet de répondre aux besoins non couverts actuellement. Cette méthode, qui a été approuvée par des études et le déploiement réussi au sein d'un centre de réhabilitation, apparaît comme la plus adaptée pour accompagner vers le milieu professionnel ordinaire. Renforcé par deux ateliers de déstigmatisation et de remédiation cognitive, ils concourent à la réussite de l'insertion professionnelle. Une mise en situation rapide permet de ne pas laisser de place aux fantasmes. L'étayage sur le long terme, selon les envies et demandes des stagiaires, est rassurant et permet un succès de l'insertion dans la durée.

La démarche projet engagée au niveau associatif et du CPC a pour objectif de fédérer et mettre en place un service qui réponde pertinemment aux besoins. Un démarrage rapide est possible, le projet étant financé à moyens constants. Les évaluations en continu, le premier rapport d'activité à clôturer en 2024 pour une année pleine, permettront d'ajuster le cadrage. Le plan de communication établi devra permettre l'adhésion de l'ensemble des acteurs : gouvernance, équipe de direction, professionnels, usagers, proches, partenaires, institutionnels.

Conclusion

« Nul n'est inemployable dès lors que l'on met en œuvre le bon accompagnement » écrivait Mme CLUZEL Sophie, chargée des personnes handicapées, alors secrétaire d'État auprès du Premier Ministre, dans le communiqué de presse du 2 février 2022.

L'accompagnement permet de sécuriser le parcours en emploi des personnes souffrant de troubles psychiques.

Les objectifs et choix des personnes peuvent se trouver freinés par des logiques traditionnelles de cloisonnement, ou le milieu adapté et protégé se retrouvent souvent placés comme solution dès le départ. Les logiques professionnelles se trouvent empêchées par un accompagnement d'amont très étayé et arrêté précocement. Le cadre relationnel est redéfini : l'accompagnement est orienté vers le conseil avec un référent de parcours, pierre angulaire du dispositif.

Le changement de paradigme de l'insertion nous incite à accompagner au travers de trois axes : le rôle social, le pouvoir d'agir sur son parcours de vie et de retrouver ses droits de citoyen. C'est le sens de la démarche de RPS : définition du projet par la personne et co-construction et coordination du parcours, en fonction des souhaits et désirs, mais également des capacités et résiliences propres à chaque individu. Le projet professionnel ne peut être accompagné qu'à la demande de la personne.

Le travail est souvent vécu comme signe d'amélioration des troubles.

Le succès d'une intégration, dans la durée, doit s'accompagner d'un certain militantisme de l'entreprise qui accueille une personne à la santé mentale fragile. La déconstruction de nombreux facteurs sociétaux est indispensable. Pour atteindre cet objectif, le partenariat doit être très étroit entre la personne accompagnée, le job coach, l'entreprise et toute personne intervenant dans le projet de vie et de soins. Seule cette coordination d'acteurs permet la réussite.

La mise en situation d'emploi rapide permet d'évaluer rapidement les capacités, les possibilités, les motivations, les manques, les désirs qui seront ensuite repris conjointement avec les professionnels de l'accompagnement. Ce schéma lève toute représentation idéologique de départ qui engendre des décalages avec la réalité et peut provoquer découragement, résignation, échec, facteurs faisant évoluer négativement les symptômes de la maladie, voire une éviction du marché du travail.

Une attention particulière est à porter sur la question du logement. En effet, le logement et l'emploi sont une combinaison indissociable pour la réussite de l'insertion professionnelle dans la durée. Outre les dispositifs de logements communautaires et de résidence accueil

proposés par l'association, un réseau de partenaires est à étoffer afin de proposer des modalités d'accompagnement vers le logement complémentaire.

L'association, par ce projet, conserve son expertise de la santé mentale, promeut la RPS et sa labellisation ainsi que son rayonnement sur son territoire. Le travail en réseau, à travers les partenariats en cours et ceux à conclure seront des leviers de réussite. La méthodologie de projet permet un ajustement régulier, évalué au travers d'indicateurs.

Fédérer autour du projet associatif et d'établissement enrichi et valorise les compétences, implique l'ensemble des parties prenantes, et rassemble autour d'une culture commune.

La nécessaire transformation profonde des organisations sanitaires, sociales et médico-sociale vers le droit commun, décloisonné et coordonné demande d'innover et d'offrir une pluralité de réponses.

Proposer du job coaching répond donc aux attentes : sociologique, psychologique, philosophique, politique et anthropologique.

Bibliographie

ARTICLES

Arveiller, J.P., Bouvet C., (2018), La méthode IPS (Individual Placement and Support ou soutien à l'emploi). Origines et pratiques, *Pratiques en santé mentale*, vol. 64, numéro 3, p. 27-34.

Allard-Poesi F., Perret V., (2005), Rôles et conflits de rôles du responsable projet, *Revue française de gestion*, vol. n° 154, no. 1, p. 193-209.

Bartoli A., Gozlan G., et Sebai J., (2019), Vers de nouvelles formes de prise en charge en santé mentale : quels freins et conditions de réussite ? *Politiques & management public*, vol. 2, no. 2, p. 199-221.

Biarez S., (2004), Une politique publique : la santé mentale (1970-2002), *Revue française d'administration publique*, vol. no111, no. 3, p. 517-531.

Bond G., Drake R., Becker D., (2008), An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, no. 31

Bonnet C., Arveiller J.P., (2008), Les enjeux de l'emploi pour les personnes handicapées psychiques, *L'information psychiatrique*, vol. 84, no. 9, p. 835-840.

Cabanel F., Lungeri P., (2005), Psychiatrie-social : quelques réflexions en guise d'idées... , *Empan*, vol. no 58, no. 2, p. 64-70.

de Berranger S., (2004), Travail et handicap psychique », *Empan*, vol. no55, no. 3, p. 111-114.

de Pierrefeu I., Pachoud B., (2014), L'accompagnement vers et dans l'emploi comme voie de rétablissement pour les personnes en situation de handicap psychique. Les ESAT de transition de l'association Messidor, *L'information psychiatrique*, vol. 90, no. 3, p. 183-190.

Deutsch C., (2015), L'empowerment en santé mentale », *Sciences & Actions Sociales*, vol. 1, no. 1, p. 15-30.

Dessein S., (2022), Juger l'employabilité des chômeurs handicapés à travers le prisme d'une logique de performance. Une analyse ethnographique et statistique du tri des usagers à l'entrée du service public Cap emploi, *Revue des politiques sociales et familiales*, vol. 142-143, no. 1, p. 5-21.

Glaser C., Canceil O., Gozlan G., (2016), Case management en psychiatrie : vers des pratiques professionnelles intégrées, *L'information psychiatrique*, vol. 92, no. 7, p. 539-545.

Goulier G., Andlauer O., Sechter D., (2013), Politique et psychiatrie, quelle place dans la formation ?, *L'information psychiatrique*, vol. 89, no. 8, p. 685-693.

Koechlin N., (2006), Santé mentale : quelle place pour les fous ?, *Journal français de psychiatrie*, vol. 27, no. 4, p. 35-37.

Lalivé d'Épinay M., (2003), Évolution des concepts de maladie et de guérison en santé mentale, et travail de guérison en psychanalyse, *Psychothérapies*, vol. 23, no. 1, p. 23-30.

Lang S., (2011), La psychoéducation, un projet d'alliance thérapeutique soignants-familles, *Recherche en soins infirmiers*, vol. 107, no. 4, p. 98-116.

Lovell A., Troisoeufs A., Mora M., (2009), Du handicap psychique aux paradoxes de sa reconnaissance : éléments d'un savoir ordinaire des personnes vivant avec un trouble psychique grave, *Revue française des affaires sociales*, no. 1-2, p. 209-227.

Pachoud B., (2014), Soutien à l'emploi, emploi accompagné et handicap psychique : une pratique nouvelle ?, *Pratiques en santé mentale*, 3^{ème} trimestre (60^e année), p. 13-16.

Parron A., Sicot F., (2009), Devenir adulte dans un contexte de troubles psychiques, ou les incertitudes de l'autonomie, *Revue française des affaires sociales*, no. 1-2, p. 187-203.

Poujol C., (2006), Santé mentale et société en Asie centrale postsoviétique aujourd'hui. Comment tenter de diagnostiquer un mal-être social ?, *Outre-Terre*, vol. no 16, no. 3, p. 367-380.

Pourrat A., (2016), Loi de santé et psychiatrie. Et maintenant ?, *L'information psychiatrique*, vol. 92, no. 3, p. 183-186.

Thuilleaux M., (2006), Sur quelques fondements historiques et philosophiques du secteur en psychiatrie, *Sud/Nord*, vol. no 21, no. 1, p. 89-101.

Velche D., (2014), Emploi et santé mentale en Europe, *Pratiques en santé mentale*, vol. 60, no. 3, p. 39-42.

Wittenburg D., Rangarajan A., Honeycutt T., (2008), Le système d'aide et les politiques de l'emploi en faveur des personnes handicapées aux États-Unis, *Revue française des affaires sociales*, no. 4, p. 111-136.

DOCUMENTS INTERNES :

Bilans d'activité de 2021 et de 2022 : CPC, SAMSAH Psy, logements inclusifs, pôle formation.

Projets des services : CPC, SAMSAH Psy, pôle social.

Projet associatif Route Nouvelle.

Rapport de certification de l'HAS pour le centre de postcure en psychiatrie, (mars 2023).

OUVRAGES

Crozier M, Friedberg E., (1977), *L'acteur et le système*, Édition du Seuil.

- Pinel P., (1789), *Nosographie philosophique ou La méthode de l'analyse appliquée à la médecine*, (volume 1), Gallica BnF.
- Quétel C., Postel J., (1983), *de l'évènement théorique à la naissance de l'asile (Le traitement moral) Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Privat.
- Quentin B., (2017), *Peur devant l'étrangeté psychique ou mentale : le fou est-il un homme ? La philosophie face au handicap*. Érès.
- Rainteau N., (2002), *Soyez Réhab*, Elsevier Masson SAS.
- Roman J., (2001), *Exclusion et citoyenneté*, Érès.
- Schwartz B., (1994), *Moderniser sans exclure*, Paris : La Découverte.
- Zribi G., Sarfaty J., (2015), *Handicapés mentaux et psychiques : vers de nouveaux droits*, (3^{ème} édition), Rennes : Presses de l'EHESP.

RAPPORTS

- AGEFIPH, (mai 2023), *Guide pratique « Acteurs de l'évènement - Handicap : le pari gagnant de l'inclusion »*.
- ANAP, (mars 2019), *Mettre en place la réhabilitation psychosociale dans les territoires*.
- Comité stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie, (28 juin 2018), *Feuille de route, Santé mentale et psychiatrie*.
- ARS Occitanie, (2022), *Ma santé 2022, PRS II*.
- Commission Européenne, (février 2019), *Mental Health: good practices and implementable research results*), Rapport Européen, Luxembourg.
- Commission Européenne, (2022), *Rapport Panama 2022*.
- Conférence de Haut niveau de l'UE (12 et 13 juin 2008), *pacte Européen pour le bien-être Ensemble pour la santé mentale et le bien-être*, Bruxelles.
- DREES, (22 juillet 2014), *Profils et trajectoires des personnes ayant des idées suicidaires*, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/profils-et-trajectoires-des-personnes-ayant-des-idees-suicidaires> consulté le 03/08/2023
- DREES, (juillet 2019), *Santé mentale, expériences du travail, du chômage et de la précarité Actes du séminaire de recherche de la DREES et de la DARES*, les dossiers de la DREES N°38.
- Gollac M., Bodier M., (2011), *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, DARES, Ministère du Travail et de l'Emploi.
- Haut-Commissariat des Droits de l'Homme des Nations Unies, (2017), *rapport sur la santé mentale et les droits de l'homme*.
- HAS, (octobre 2020), *La certification des établissements de santé pour la qualité des soins*.
- HAS (8 mars 2022), *Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux*.

IGAS, (2004), *la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques*, Rapport Charzat préparatoire à la loi de 2005.

Laforcade M., (octobre 2016), *rapport relatif à la santé mentale*, Ministère des affaires sociales et de la santé, DGOS.

OMS, (21 septembre 2021), *Plan d'action global en santé mentale 2013-2030*.

OMS, (16 juin 2022), *Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous*.

OMS, (2017), *Santé mentale : renforcer notre action, 2017*, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> [consulté le 10/07/2023].

PTSM31, (décembre 2020), *Projet Territorial de Santé Mentale Haute-Garonne 2021-2025*.

SITES

<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2008-causes-medicales-invalidite-2006> [consulté le 13/07/2023]

<https://www.fiphfp.fr/actualites-et-evenements> [consulté le 19/07/2023]

<https://handirect.fr/handicap-mental-et-emploi-il-faut-faire-du-sur-mesure-2/> [consulté le 15/07/2023]

https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/mental-health_fr [consulté le 15/07/2023]

https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/health-glance-europe/health-glance-europe-2018_en [consulté le 15/07/2023]

<https://informations.handicap.fr/a-france-travail-futur-pole-emploi-quid-handicap-34805.php> [consulté le 20/07/2023]

<https://www.ilo.org/global/lang--fr/index.htm> [consulté le 25/07/2023]

https://www.lemonde.fr/afrique/article/2022/10/17/la-sante-mentale-un-tabou-persistant-en-afrique_6146180_3212.html [consulté le 15/07/2023]

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale> [consulté le 22/07/2023]

https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/cp_-_emploi_des_personnes_en_situation_de_handicap.pdf [consulté le 08/08/2023]

<https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/education-formation-et-emploi/formation-et-emploi> [consulté le 30/07/2023]

<https://workingfirst.fr/methode-ips/> [consulté le 08/08/2023]

SUPPORTS AUDIO – VIDEO

CAMPUS FM, (18 mai 2021), *Handicap invisible et préjugés*, podcast La révolution douce - S4/E6, Dr Nathalie BOUNHOURE, Mme Nathalie MARTY-AOUSTIN.

CHRU de Tours, (24 février 2022), *Présentation de la 1^{ère} année d'expérience du modèle IPS par l'équipe du dispositif interface 37* : <https://vimeo.com/681373269> .

TEXTES REGLEMENTAIRES

Circulaires du 13 octobre 1937 et du 7 décembre 1938, Ministère de la santé publique, dites Marc RUCART, relatives à l'ouverture d'Hôpitaux psychiatriques.

Circulaire du 15 mars 1960, Ministère de la santé publique et de la population, relative au programme d'organisation et d'équipement des Départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

Décret n° 2017-1200, Ministère des solidarités et de la santé, du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale, Journal Officiel N°176 du 29 juillet 2017.

Décret n°56-284, Ministre des affaires sociales, du 9 mars 1956 complétant le décret n° 46-1834 du 20 août 1946 modifié, fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux.

Loi du 30 juin 1838, dite loi des aliénés, promulguée sous le règne du roi Louis-Philippe.

Loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Loi 82-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

Loi 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

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

Loi 2006-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Loi 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes.

Loi 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

TRAVAUX ACADEMIQUES

Poremski D., Rabouin D., Latimer E., (2017), *RandomisedControlled Trial of Evidence Based Supported Employment*, National Library of Medicine, Montréal.

Collerette P., Delisle G., Perron R., (1997), *Le changement organisationnel, théorie et pratique*, Presses de l'Université, Québec.

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Organigramme associatif

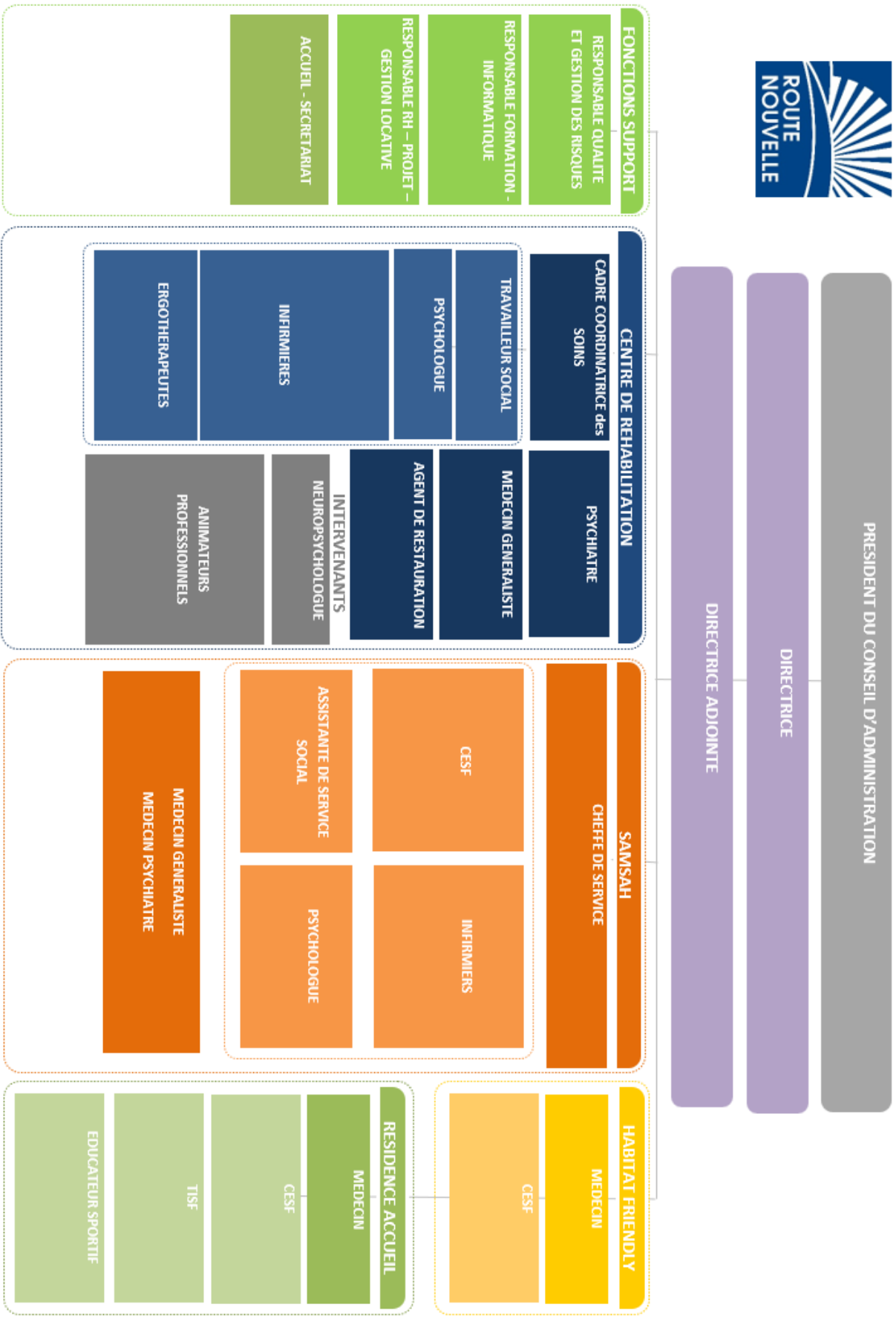
ANNEXE 2 : Organigramme du centre de postcure

ANNEXE 3 : Indicateurs des sorties du centre de postcure en 2022

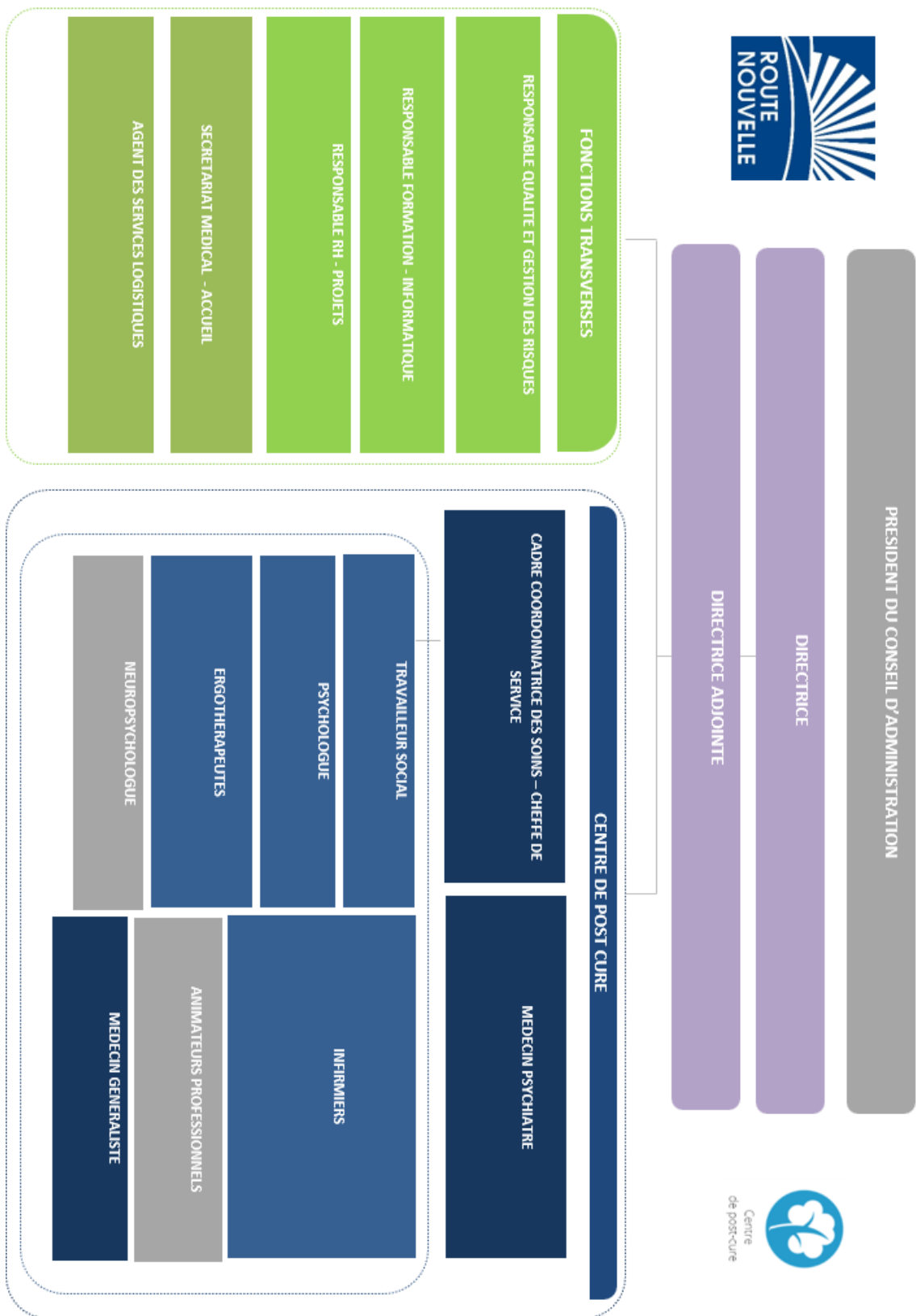
ANNEXE 4 : Budget prévisionnel

ANNEXE 5 : Extrait du diagramme de GANTT

ANNEXE 1 : Organigramme associatif



ANNEXE 2 : Organigramme du centre de postcure



ANNEXE 3 : Indicateurs des sorties du centre de posture en 2022

Indicateurs de sortie ^{2 3}	2020	2021	2022
Sortie pour hospitalisation en psychiatrie	7%	18.50%	6%
Sortie vers domicile (uniquement suivi psy)		33%	18%
Orientation vers un dispositif social ou médicosocial	7%	0%	13%
Sortie vers le travail (ESAT, entreprise adapté, ordinaire)	22%	33%	36%
Sortie vers la formation	14%		
Sortie vers une activité de bénévolat	7%		
Sortie pour hospitalisation somatique	0%	0%	0%
Sortie pour soins de consolidation à temps partiel	0%	0%	0%
Accompagnement sanitaire (CMP/CATTP)	10%	15%	16%
GEM	7%	0%	11%

² Le même stagiaire peut avoir plusieurs orientations à la sortie (par exemple une prise en charge partielle en CATTP + un accompagnement SAMSAH, ou une activité de formation + un accompagnement médicosocial, ou encore une activité de bénévolat et de formation en parallèle...)

³ L'équipe de suivi du stagiaire s'assure systématiquement de la continuité des soins, c'est-à-dire au minimum le maintien du suivi avec un médecin Psychiatre libéral.

ANNEXE 4 : Budget prévisionnel

CHARGES	Montant prévisionnel	Montant prévisionnel	PRODUITS	Montant prévisionnel	Montant prévisionnel
	Année 1	Année 2		Année 1	Année 2
60 – Achats	9.500	6.700	70 – Vente de produits finis, de marchandises, prestations de services		
Prestations de services	1.500	1.600			
Achats matières et fournitures	5.000	2.000	74- Subventions d'exploitation	258.100	260.258
Autres fournitures			75 - Autres produits de gestion courante		
EDF-GDF	3.000	3.100			
61 - Services extérieurs	29.000	29.550			
Locations	21.600	22.000	76 - Produits financiers		
Charges Locatives	2.400	2.450	77- produits exceptionnels		
Entretien et réparation	1.000	1.000	78 – Reprises sur amortissements et provisions		
Assurance	4.000	4.100			
62 – Autres services extérieurs	17.200	17.660			
Rémunérations intermédiaires et honoraires	8.000	8.160			
Formation (dont formation IPS)	2.000	2.000			
Déplacements, missions	6.000	6.200			

Services bancaires, autres	1.200	1.300				
63 - Impôts et taxes						
Dont taxes sur rémunération	197.400	201.350				
64 – Charges de personnel						
65- Autres charges de gestion courante						
66- Charges financières						
67- Charges exceptionnelles						
68- Dotation aux amortissements	5.000	5.000				
TOTAL CHARGES DES	258.100	260.258	TOTAL PRODUITS DES	258.100	260.258	

GROUPE DES CHARGES –

Détails :

64. Charges de personnel :

- Coordonnateur : 60.000€
- IDE formé(e) à la méthodologie de job coaching : 55.000 €
- Chargé d'insertion = 47.000 € pour 1 ETP
- Psychologue = 62.000 € x 0.2 = 12.400 € pour 0.2 ETP
- Pair-aidant = 40.000 € x 0.4 = 16.000 € pour 0.4 ETP
- Encadrement d'équipe = 70.000 € x 0.10 = 7.000 € pour 0.1 ETP

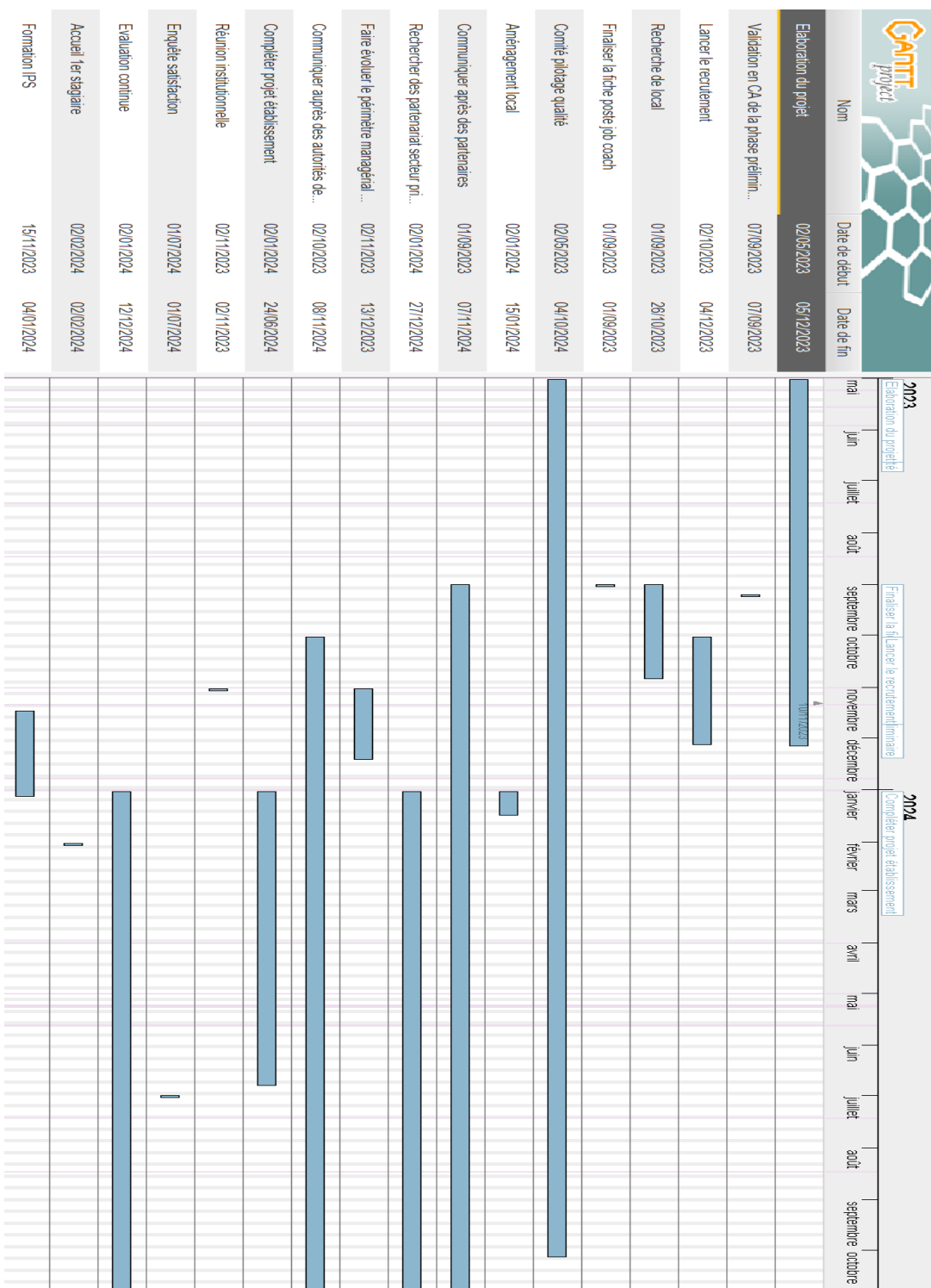
Total des charges de personnel : 197.400 € en année 1

Inflation retenue à 2%

68. Dotation aux amortissements

- Voiture : 15.000 € / 5 ans = 3.000 €
- Matériel informatique : 6.000 € / 3 ans = 2.000 €

ANNEXE 5 : Extrait du diagramme de GANTT



FAUST

Jeanne

Septembre 2023

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale**

ETABLISSEMENT DE FORMATION : CRF-PFD, Toulouse

**SOUTENIR LA RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE DES PERSONNES
SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES EN ACCOMPAGNANT LE
RETABLISSEMENT PAR L'EMPLOI**

Création d'un service dédié au sein d'un centre de postcure

Résumé :

L'association Route Nouvelle, labellisée en réhabilitation psychosociale, accompagne à travers différentes modalités les personnes souffrant de troubles psychiques.

La santé mentale est une préoccupation majeure des politiques publiques. Les orientations soutiennent l'inclusion des personnes dans leur environnement écologique. Le centre de postcure, structure sanitaire d'hospitalisation de jour, accompagne les projets de vie et de soin des personnes dont la pathologie est stabilisée.

Le rétablissement peut être soutenu par un projet professionnel, d'insertion ou de réinsertion. L'accès à l'emploi est rendu difficile par les représentations négatives, les limites institutionnelles, et le cloisonnement entre secteurs. La maladie peut induire des freins qui peuvent, par une organisation efficiente, répondre aux besoins des personnes accompagnées mais également des employeurs.

A cet effet, la création d'un service dédié au sein du centre de postcure répond aux besoins, et permet un lien étroit avec les partenaires.

Mots clés :

EMPLOI, REHABILITATION, REHABILITATION PSYCHOSOCIALE, RETABLISSEMENT, PROJET, PARTENARIAT, SANTE MENTALE, PROJET PROFESSIONNEL, INCLUSION, INSERTION, TRAVAIL, EMPLOI ACCOMPAGNE, CENTRE POSTCURE, SANITAIRE

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.