

## Activité professionnelle et processus de rétablissement Employment and Recovery Process

Bernard Pachoud

Volume 42, numéro 2, automne 2017

Trouble mental et travail : accompagnement et inclusion professionnelle pérenne

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1041914ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1041914ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Pachoud, B. (2017). Activité professionnelle et processus de rétablissement. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 57–70. <https://doi.org/10.7202/1041914ar>

Résumé de l'article

Il est largement reconnu que l'exercice d'une activité professionnelle est un des facteurs contribuant le plus efficacement au rétablissement des personnes vivant avec des troubles mentaux sévères. En nous fondant sur une synthèse de la littérature pertinente dans ce domaine, nous nous attachons dans cet article à montrer que le lien étroit entre travail et rétablissement mérite d'être envisagé non seulement en partant du travail pour souligner ses apports au processus de rétablissement, mais également en partant d'une conception approfondie du rétablissement et de ce qu'il implique, pour contextualiser dans ce cadre les pratiques de soutien à l'emploi. Il est intéressant de remarquer la convergence entre les principes des pratiques axées sur le rétablissement et ceux qui orientent les pratiques de référence en matière de soutien à l'emploi. La spécification d'un changement de posture individuelle dans l'accompagnement pour promouvoir le rétablissement importe pour faire évoluer les pratiques d'accompagnement « vers » puis « dans » l'emploi. Nombre de travaux se sont attachés à identifier les façons par lesquelles le travail contribue au processus de rétablissement. Ces bénéfices du travail s'avèrent nombreux et de natures diverses. Ils ont fait l'objet d'études de synthèse qui identifient les principales dimensions en fonction desquelles nous présentons ces facteurs contribuant au rétablissement.

# Activité professionnelle et processus de rétablissement

Bernard Pachoud

---

**RÉSUMÉ** Il est largement reconnu que l'exercice d'une activité professionnelle est un des facteurs contribuant le plus efficacement au rétablissement des personnes vivant avec des troubles mentaux sévères. En nous fondant sur une synthèse de la littérature pertinente dans ce domaine, nous nous attachons dans cet article à montrer que le lien étroit entre travail et rétablissement mérite d'être envisagé non seulement en partant du travail pour souligner ses apports au processus de rétablissement, mais également en partant d'une conception approfondie du rétablissement et de ce qu'il implique, pour contextualiser dans ce cadre les pratiques de soutien à l'emploi. Il est intéressant de remarquer la convergence entre les principes des pratiques axées sur le rétablissement et ceux qui orientent les pratiques de référence en matière de soutien à l'emploi. La spécification d'un changement de posture individuelle dans l'accompagnement pour promouvoir le rétablissement importe pour faire évoluer les pratiques d'accompagnement « vers » puis « dans » l'emploi. Nombre de travaux se sont attachés à identifier les façons par lesquelles le travail contribue au processus de rétablissement. Ces bénéfices du travail s'avèrent nombreux et de natures diverses. Ils ont fait l'objet d'études de synthèse qui identifient les principales dimensions en fonction desquelles nous présentons ces facteurs contribuant au rétablissement.

**MOTS CLÉS** handicap psychique, rétablissement, intégration professionnelle, soutien à l'emploi

- 
- a. Professeur de psychopathologie à l'Université Paris Diderot, chercheur au CRPMS (Centre de Recherche Psychanalyse, Médecine et Société).

## Employment and Recovery Process

**ABSTRACT Objectives** It is widely acknowledged and confirmed by research that there is a close relationship between work and recovery from a mental illness. The aim of this article is to discuss different aspects of the relationship between these two concepts.

**Methods** The discussion is based on a synthesis of the relevant literature in two domains: the benefits of employment for people living with a mental illness and their contributions to the recovery process, and the specification of the recovery paradigm and of the recovery-oriented practices.

**Results** The recovery paradigm may be characterized by some main shifts in the vision of people living with a mental illness and of their future, with consequences on how to support these people, and in particular how to conceive their vocational rehabilitation. One of the first shifts is that it is possible for a large majority of these people to recover, to return to active and social life, to consider a favourable future. This possibility, which gives rise to hope and a high expectation, should now be the priority objective of supporting practices, which implies a renewal of these practices. A second shift is that this possibility of recovery does not necessarily require a complete and prior reduction of the mental disorders. The recovery approach, by giving priority to commitment to an active and social life, supports vocational reintegration as a priority. This new approach to practices and services should be considered at two levels: in the design and organization of services, which must be redefined according to the primary objectives and the values of recovery, but also at the individual level, in the accompanying posture, which should be based on the values of recovery. In vocational rehabilitation, *Individual Placement and Support* (IPS) is recognized as an evidence-based practice and its principles are well defined. There is a striking convergence between the underlying principles of IPS programs and the principles of the recovery-oriented practices, but the shift in the accompanying individual posture is better specified by the recovery-oriented practice literature.

A number of research focuses on the different ways by which employment contribute to the recovery process. We rely on existing qualitative meta-synthesis of these studies, to present the factors contributing to the recovery process according to the relevant main dimensions.

**Conclusion** In the current French context of development of effective professional integration practices, based on the *Place and train* model, it is important to stress that these practices must be also recovery-oriented, which implies not only a new design of vocational services but also to adopt a new attitude for supporting people in the process of work integration.

**KEYWORDS** mental illness, psychiatric disability, recovery, work, supported employment

---

## **1. Introduction : influences réciproques entre travail et rétablissement**

À la différence des notions médicales de guérison ou de rémission qui désignent des modalités évolutives de la maladie, la notion de rétablissement caractérise le devenir de la personne. Or, ce devenir n'est pas conditionné uniquement, ni même prioritairement, par l'évolution de la maladie, mais par une série d'autres facteurs, personnels et environnementaux. La perspective du rétablissement signifie donc qu'un devenir favorable est possible, en dépit d'une maladie psychiatrique chronique, ce qui suscite un espoir précieux pour les personnes, mais requiert aussi de leur part de se réengager dans une vie active et sociale, de retrouver un contrôle sur leur vie et de s'affranchir de leur identité de « malade psychiatrique »<sup>1,2</sup>. Cela requiert aussi de l'entourage et des professionnels du soin et de l'accompagnement social, un soutien approprié à ce processus<sup>3,4</sup>. En ce sens, le paradigme du rétablissement en santé mentale renvoie au vaste mouvement de pratiques et de recherches visant à favoriser le processus de rétablissement.

Il est largement reconnu, et bien établi par la recherche que l'exercice d'une activité professionnelle est un des facteurs contribuant le plus efficacement au rétablissement des personnes ayant un handicap psychique<sup>5-7</sup>. Il reste bien sûr possible de se rétablir sans exercer d'activité professionnelle, ce qui suppose l'engagement dans d'autres types d'activité et d'accomplissement de soi, mais avoir un emploi reste un des moyens les plus sûrs – notamment par l'inclusion sociale et les formes de reconnaissance sociale qu'il permet – de progresser dans le rétablissement.

Une série d'études se sont attachées à spécifier de quelles diverses façons le travail participe au processus de rétablissement. Nous présenterons ces recherches, qui partent du travail pour en montrer les effets bénéfiques, notamment en termes de rétablissement (cf. § 4). Ce n'est cependant pas de cette façon que nous allons commencer. Dans cet article, nous faisons le choix de partir non du travail, mais de la notion de rétablissement, pour nous demander comment le changement de regard qu'elle suppose sur les personnes vivant avec des troubles psychiatriques et sur leur devenir, doit aussi s'accompagner d'un changement de regard sur leurs capacités de travail, sur l'importance d'une intégration professionnelle pour leur devenir, et sur les façons appropriées de les accompagner dans leur démarche de réinsertion. Il convient d'ailleurs de rappeler que l'accès à l'emploi n'est pas

un but en soi, mais un moyen pour progresser dans la démarche de rétablissement.

## **2. Le paradigme du rétablissement : une exigence de réforme des pratiques professionnelles en santé mentale**

On ne peut véritablement comprendre la perspective du rétablissement sans saisir pourquoi elle constitue un nouveau paradigme, et sans en percevoir le caractère radical, subversif, à l'égard de l'approche médicale traditionnelle, et intrinsèquement militant, comme en témoigne une partie de la littérature concernant cette approche.

En premier lieu, l'idée même du rétablissement d'une maladie mentale telle que la schizophrénie vient infirmer le préjugé médical traditionnel de mauvais pronostic qui s'attache à ce type de pathologie<sup>8</sup>. Il est bien connu que ce préjugé est hérité de l'histoire de la schizophrénie, individualisée par Kraepelin justement sur la base d'un critère d'évolution défavorable vers la détérioration<sup>9</sup>. Bien que cette idée ait été largement invalidée, d'abord par des observations de Bleuler<sup>10</sup>, puis par les résultats d'une série d'études longitudinales sur le devenir à long terme de ces personnes<sup>11-13</sup>, ce préjugé s'est néanmoins en partie maintenu, notamment du fait d'un « biais de jugement » des psychiatres : ceux-ci tendant à perdre de vue les personnes qui se rétablissent, alors qu'ils restent confrontés à ceux qui rechutent ou ont des formes de la maladie résistantes au traitement<sup>14</sup>. Or, ce préjugé sur le pronostic conditionne encore largement la conception de la maladie, et par conséquent aussi sa prise en charge. Renoncer à ce préjugé, admettre la possibilité réelle d'un rétablissement, et en faire l'objectif prioritaire des soins et des pratiques de soutien implique de changer ses représentations de la maladie, mais aussi les pratiques, désormais fondées sur les valeurs propres au rétablissement et le souci d'en soutenir efficacement le processus<sup>15</sup>. Cela implique notamment d'ajuster le traitement pharmacologique avec un objectif qui n'est plus seulement de rémission symptomatique, mais d'optimisation des capacités fonctionnelles.

Cet aspect subversif du rétablissement à l'égard de la tradition psychiatrique est aussi lié à l'histoire de cette notion, qui doit beaucoup aux contributions des mouvements militants d'usagers. Pour beaucoup d'entre eux, la « découverte », souvent par le témoignage de pairs, parfois par les encouragements de leur entourage, de cette perspective d'un rétablissement possible a été vécue comme un démenti à l'annonce

du diagnostic et surtout du pronostic pessimiste qui lui était associé, qui ne laissait guère l'espoir d'un avenir favorable. Cette approche militante, dans laquelle les personnes revendiquent d'être reconnues comme des personnes, avec leurs perspectives d'avenir, et non plus seulement comme des malades – qui plus est des malades chroniques, réputés instables et stigmatisés – a été inspirée par plusieurs types de mouvements militants, notamment celui luttant aux États-Unis pour la reconnaissance des droits civiques aux minorités, mais aussi par l'expérience des groupes d'entraide pour sortir (se rétablir) de l'addiction, tels que les Alcooliques Anonymes<sup>16</sup>.

Le premier message innovant, au regard des représentations traditionnelles, que véhicule donc la notion de rétablissement est donc qu'il est possible pour une large majorité des personnes vivant avec des troubles mentaux sévères, ou un handicap psychique, de se rétablir dans une vie active et sociale, de reprendre en main leur vie et leur destin, d'envisager un devenir favorable. Si l'on prend cette possibilité au sérieux, elle suscite un espoir, une attente forte chez les usagers, qu'il importe de ne pas décevoir. Le rétablissement, ainsi défini comme le réengagement dans une vie active et sociale, doit pas conséquent constituer désormais l'objectif prioritaire des pratiques de soins et d'accompagnement social, ce qui implique la réorientation de ces pratiques en fonction de cette visée.

Un second message, également en rupture avec l'approche traditionnelle, est que cette possibilité de s'engager dans une démarche de réappropriation de son existence et de reprise d'activité n'a pas pour condition la réduction complète des troubles, même si celle-ci reste évidemment souhaitable. C'est un point important quand on a affaire, comme c'est souvent le cas en psychiatrie, à des maladies chroniques évolutives, avec lesquelles « il faut bien vivre », mais, peut-on désormais ajouter, « avec lesquelles il est possible de vivre bien »... à condition de trouver les soutiens appropriés. Tel est le rôle des pratiques axées sur le rétablissement.

On peut d'emblée entrevoir de quelle façon ce changement de posture – ou de paradigme – a des implications pour l'accompagnement vers l'emploi, démarche désormais priorisée, notamment pour ses contributions nombreuses au processus de rétablissement, mais aussi démarche qui n'est plus conditionnée par la réduction préalable complète des troubles.

L'approche du rétablissement, en priorisant cette perspective de réengagement dans une vie active et sociale, renverse notre conception

des rapports entre travail et rétablissement. C'est parce qu'il est possible de se rétablir, que cela devient désormais l'objectif prioritaire, que l'intégration professionnelle apparaît souhaitable comme un des moyens de s'inscrire et de progresser dans cette voie de rétablissement.

La visée du rétablissement n'est donc pas seulement une approche complémentaire de l'approche médicale, dont la fonction serait de prendre en compte des dimensions (existentielles, sociales) jusque-là tendanciellement négligées. Prendre cette possibilité de rétablissement au sérieux, la percevoir comme un but accessible implique d'en faire le but prioritaire, ce qui implique un changement des pratiques de soutien. Ce changement doit naturellement concerner également les pratiques d'accompagnement vers et dans l'emploi.

### **3. Les pratiques axées sur le rétablissement : incidence sur la posture de l'accompagnant vers et dans l'emploi**

Promouvoir la perspective du rétablissement ne se borne évidemment pas à diffuser l'annonce prometteuse de cette possibilité; il s'agit de favoriser, mais aussi de soutenir, de façon appropriée, ce processus long et non linéaire. Ce soutien doit en premier lieu respecter la visée même du rétablissement: promouvoir l'autonomie, l'autodétermination. Il est par conséquent prioritairement guidé par l'exigence éthique de respecter, et d'encourager, l'autodétermination (et plus largement l'*empowerment*) des personnes accompagnées, mais il doit également s'appuyer sur la compréhension du processus de rétablissement dont les principaux ressorts doivent être soutenus. Il s'agit en particulier de soutenir la personne dans les tâches qu'elle doit accomplir pour progresser dans sa démarche de rétablissement. Parmi ces tâches, décrites de multiples façons par ceux qui rendent compte de leurs parcours de rétablissement, les spécialistes du domaine en retiennent quatre principales<sup>17</sup>: 1) la reconstruction d'une identité positive; 2) la (re)contextualisation de l'expérience de la maladie mentale pour parvenir à lui donner un sens; 3) l'acquisition d'une aptitude à « gérer » soi-même ses troubles psychiques; et 4) l'engagement dans des rôles sociaux valorisés selon le désir de la personne. Il est facile de voir que l'engagement dans une activité de travail contribue directement à plusieurs de ces tâches, et à ce titre, au processus de rétablissement. Il contribue en particulier à la reconstruction d'une identité positive (1), à l'engagement dans des rôles sociaux valorisés (4), et même souvent à l'aptitude à gérer soi-même ses troubles psychiques (3).

Prioriser le rétablissement implique donc une nouvelle hiérarchisation des objectifs, qui elle-même implique une nouvelle conception des pratiques et services, qu'il importe, selon Marianne Farkas, d'envisager à deux niveaux : d'une part celui de la conception même et de l'organisation des services, qui doivent être redéfinis en fonction des objectifs premiers et des valeurs du rétablissement ; d'autre part, au niveau individuel, où doivent être repensés les compétences, les contenus de formation et même les critères de recrutement des professionnels de l'accompagnement<sup>18-19</sup>. Les valeurs du rétablissement sont en particulier : 1) « l'orientation sur la personne » : sur la singularité de ses attentes, de ses buts, mais aussi de ses ressources, de ses forces et de ses limites ; 2) « l'implication de la personne » : celle-ci doit être constamment invitée à adopter une posture active, s'engager, et jouer un rôle moteur dans tous les aspects de son rétablissement, y compris l'appréciation des soutiens à lui apporter ; 3) « les choix, l'autodétermination », conçus comme un droit à respecter – notamment dans la définition de ses projets et de ses buts, et le choix des moments pour faire appel aux soutiens ; 4) « le potentiel de croissance, la focalisation sur les forces et les ressources » de la personne, et le souci de maintenir et renforcer l'espoir d'un devenir satisfaisant.

Une pratique d'aide à l'insertion professionnelle intégrée dans cette visée du rétablissement suppose donc de chaque professionnel de l'accompagnement une adhésion à ces valeurs, destinées à orienter sa pratique. Plusieurs auteurs soutiennent que c'est d'abord dans la posture même des professionnels de l'accompagnement, dans leur façon d'interagir et de se positionner avec les usagers, que se joue le soutien au processus de rétablissement, et plus précisément la qualité de ce soutien<sup>20-22</sup>.

Cette spécification des pratiques axées sur le rétablissement, ici simplement esquissée, peut certainement contribuer à faire évoluer les pratiques de soutien à la réinsertion professionnelle de ce public, a fortiori quand elles sont conçues avec l'objectif de promouvoir le rétablissement.

Il est en premier lieu frappant de constater la forte convergence entre les principes qui structurent les programmes de soutien à l'emploi (qu'on qualifie en France d'emploi accompagné)<sup>23</sup>, valorisés pour leur efficacité, et les principes des pratiques axées sur le rétablissement. Sans reprendre ici en détail tous les principes qui orientent les programmes de soutien à l'emploi conçus selon le modèle de référence IPS<sup>24</sup>, on peut simplement souligner de quelle façon certains font clairement écho aux valeurs du rétablissement :



- L'accès au dispositif d'emploi accompagné n'est pas conditionné par la rémission complète des troubles, en vertu du principe « exclusion zéro » du modèle IPS;
- L'objectif d'insertion en milieu ordinaire de travail répond à l'exigence de prioriser l'inclusion sociale;
- L'attention portée aux attentes et préférences de la personne en matière d'activité professionnelle traduit l'exigence de promouvoir l'autodétermination et le respect du projet de la personne;
- L'accompagnement, dans ce type de dispositif, est personnalisé, adapté à la singularité de la personne, de son projet et de ses besoins, « sur mesure » au sens où c'est à l'accompagnant de s'adapter aux besoins et attentes de la personne, alors que les approches traditionnelles attendent plutôt que la personne s'adapte au cadre proposé;
- L'accompagnement continu, sans limitation dans la durée, traduit l'engagement du professionnel dans la relation d'aide et atteste à nouveau d'une pratique adaptée au besoin de sécuriser le parcours professionnel de la personne vulnérable.

Les travaux sur les pratiques axées sur le rétablissement apparaissent donc confirmer et renforcer les orientations, issues de la recherche, concernant la conception et l'organisation des services de soutien à la réinsertion, pour en optimiser l'efficacité. Ils proposent également des repères précieux pour promouvoir une évolution des postures individuelles d'accompagnement qui, à un autre niveau, conditionnent aussi fortement l'efficacité de ces pratiques.

#### **4. Pluralité des contributions du travail au processus de rétablissement**

Exercer une activité professionnelle compte parmi les critères objectifs du rétablissement<sup>25, 26</sup>, mais en constitue surtout un des moyens privilégiés pour un ensemble de raisons que nous allons évoquer en nous fondant sur une synthèse de la littérature pertinente dans le domaine<sup>27-32</sup>, et en particulier sur une métasynthèse internationale récente<sup>33</sup>. Une série d'études qualitatives, fondées sur des entretiens avec des personnes en situation de handicap psychique et ayant un emploi, se sont attachées à identifier les bénéfices liés au travail. On peut tout d'abord faire remarquer que dans les représentations sociales les plus courantes, le fait de « reprendre le travail », ou de « retrouver un emploi » après une maladie grave est tout simplement le signe de la restauration d'un état de santé suffisant, donc d'un rétablissement au sens de la

reprise de ses activités et responsabilités, après l'interruption imposée par la maladie. Cela est sans doute encore plus vrai dans le cas de maladies désocialisantes telles que les troubles mentaux. Dans ces situations, l'accès ou le retour à l'emploi est souvent vécu comme un marqueur de normalisation sociale, et même plus largement de « normalité » au sens d'un « retour à la normale » après la maladie, et de restauration du sentiment d'appartenance au groupe social, lié notamment au fait de « faire comme tout le monde ».

Il se dégage de ces études une pluralité de bénéfices du travail susceptibles de contribuer au rétablissement<sup>27</sup>. La difficulté est de classer et de hiérarchiser ces facteurs, du fait de leur forte interdépendance, et qu'ils sont envisagés, et parfois nommés, différemment selon les études. Une façon de les ordonner est de recourir à la distinction entre les facteurs internes, directement liés au vécu du sujet, et les facteurs externes, sociaux ou environnementaux. Parmi les facteurs internes du rétablissement, les dimensions clés sont l'identité (intégrant l'identité sociale conférée par le travail, aidant à se dégager de l'identité de malade), l'estime de soi, le sentiment d'appartenance, le sentiment de bien-être et un but restauré à ses journées, à son activité, voire à sa vie<sup>28-30</sup>. Quant aux facteurs externes, ils concernent l'intégration sociale, le sentiment de citoyenneté et de contribution à la société<sup>31</sup>, le développement d'un réseau relationnel, et la réduction des préjugés stigmatisants<sup>32</sup>.

Nous nous appuyons pour présenter ces facteurs, sur la caractérisation hiérarchisée qui en est proposée par Walsch et Tickle<sup>33</sup>, sur la base d'une métasynthèse qualitative, portant sur six recherches qualitatives identifiées comme les plus pertinentes sur ce thème. En se fondant sur une méthodologie métaethnographique, quatre métathèmes sont identifiés pour l'ensemble des six études qualitatives : le sentiment d'efficacité personnelle, l'identité, le sentiment d'appartenance et les facteurs inhérents au travail. La spécification de ces métathèmes conduit à distinguer pour chacun d'eux deux principaux sous-thèmes, au sein desquels on retrouve l'essentiel des facteurs mentionnés par les autres études (y compris celles qui ne sont pas prises en compte dans cette métasynthèse qualitative, et que nous mentionnons plus haut), mais ici ordonnés de façon cohérente. Nous présentons ces métathèmes, en insérant en leur sein les facteurs et commentaires développés dans d'autres études.

- (1) « Le thème du sentiment d'efficacité personnelle » s'avère lié à l'estime de soi ainsi qu'au sentiment d'accomplissement de soi. Il est

associé à deux types de circonstances (correspondant à deux sous-thèmes).

(1a) «Le fait de relever les défis du monde du travail», qui contribue à la restauration de la confiance en soi, de l'estime de soi, et d'un sentiment de compétence.

(1b) «L'expérience d'un développement personnel» favorisé par le travail, en particulier par les compétences sociales mobilisées, les nouveaux intérêts suscités par le travail, et l'accroissement des capacités d'autogestion ou de contrôle de ses troubles. Il est couramment observable que des personnes vivant avec des symptômes psychiatriques persistants rapportent que leur activité de travail, par la focalisation attentionnelle ou la concentration sur la tâche en cours, les aide à contrôler et à mettre à distance les symptômes perturbants tels que les voix.

Tout cela contribue au sentiment de retrouver un contrôle sur sa vie, de parvenir à un accomplissement de soi, grâce à la restauration du pouvoir d'agir (*empowerment*), qui est l'indice même d'une expérience de rétablissement<sup>34</sup>.

(2) «Le thème de l'identité» renvoie à la construction d'une identité positive grâce au travail, ce qui est également lié à l'estime de soi et au sentiment d'efficacité. Il est associé à deux sous-thèmes :

(2a) «le sentiment d'un "retour à la normale"», en satisfaisant par le travail les attentes sociales, en réduisant sa situation de dépendance à l'égard d'autrui et en restaurant un sentiment de sa propre valeur et de sa fiabilité.

(2b) «le passage d'une identité de malade à celle de professionnel compétent», permettant de se dégager des préjugés stigmatisants associés à la maladie. La reconnaissance obtenue en tant que travailleur est un facteur de cette redéfinition identitaire.

(3) «Le thème du sentiment d'appartenance» s'avère lié au thème de l'identité, mais envisagé cette fois sous l'angle social plutôt que personnel.

(3a) Le premier sous-thème est labellisé «faire partie d'un monde plus large», c'est-à-dire d'un monde qui n'est plus seulement celui des soins, notamment grâce au sentiment d'intégration dans le monde du travail, et au-delà dans la société; grâce également au sentiment d'utilité sociale de son activité, d'apporter sa contribution à la société, d'où un sentiment d'appartenance ainsi «légitimé».

(3b) Le second sous-thème concerne «le développement de relations», à partir du lieu travail, mais aussi au-delà, en rappelant que

ces relations peuvent fournir un étayage, tant pour le travail que pour la vie quotidienne. L'isolement est un risque qui menace ces personnes, et que le travail permet d'éviter.

- (4) Enfin, « le thème des facteurs liés au travail » (appelés aussi facteurs instrumentaux) affecte la qualité de vie et la perception de la valeur de l'intégration en emploi.

(4a) Le premier sous-thème concerne « la structuration de la vie de personne » : comme le fait remarquer Waghorn<sup>7</sup> « avoir une raison de se lever le matin et quelque chose à faire de sensé durant la journée est essentiel au sentiment de bien-être ». L'emploi fournit une occupation quotidienne, précieuse pour des personnes vulnérables, et une structuration temporelle des journées, qui est de plus conforme aux rythmes sociaux dominants<sup>35</sup>.

(4b) le second sous-thème a trait aux « opportunités financières offertes par l'emploi », susceptibles d'accroître l'autonomie et les choix, notamment en matière de loisirs.

(4c) Enfin, un dernier sous-thème porte sur « la nature même de l'emploi », et conduit à souligner l'importance d'éviter une sous-qualification des emplois proposés au regard des compétences de la personne.

Les personnes ayant un handicap psychique sont tout à fait sensibles à ces bénéfices apportés par l'emploi. Ils sous-tendent en partie leur motivation intrinsèque, parfois plus que les revenus attendus de leur activité professionnelle. Ce point est d'autant plus important lorsque l'emploi est peu qualifié et que l'écart est faible entre les revenus garantis par la pension et les aides sociales et ceux, généralement non cumulables, assurés par le travail, comme c'est souvent le cas dans l'insertion professionnelle de ce public.

## 5. Conclusion : actualité de la thématique

Alors que se manifeste enfin en France une volonté de développer des pratiques efficaces d'insertion professionnelle, sur le modèle *Place and train*, qualifié en France « d'emploi accompagné », modèle qui vient d'être reconnu et recommandé par les pouvoirs publics dans l'article 52 de la loi 2016-1088 du 8 août 2016 dite « Loi travail »<sup>36</sup>, et que diverses structures s'efforcent de mettre en œuvre ; autrement dit alors qu'est enfin soutenue une réforme des services et dispositifs de soutien à l'insertion professionnelle, pour promouvoir efficacement l'inclusion sociale, cette spécification des pratiques axées sur le rétablissement

nous rappelle qu'il importe d'ajouter à la réforme des services et dispositifs, que spécifie le modèle de l'emploi accompagné de type IPS, une réforme de la posture des professionnels de l'accompagnement. L'étude des pratiques axées sur le rétablissement aide à caractériser le mode d'accompagnement approprié pour soutenir à la fois le processus de rétablissement et l'insertion professionnelle.

## Remerciements

Cette recherche a bénéficié du financement de la Fondation Falret, que nous tenons à remercier.

## RÉFÉRENCES

- <sup>1</sup> Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- <sup>2</sup> Amering, M. et Schmolke M. *Recovery in Mental Health. Reshaping scientific and clinical responsibilities*. Wiley-Blackwell, 2009.
- <sup>3</sup> Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness. A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge University Press.
- <sup>4</sup> Davidson, L., Rowe, M., Tondora, J., O'Connell, M. J. et Lawless, M. S. (2008). *A Practical Guide to Recovery-oriented Practice: Tools for transforming mental health care*. Oxford University Press.
- <sup>5</sup> Boardman, J., Grove, B., Perkins, R. et Shepherd, G. (2003). Work and employment for people with psychiatric disabilities. *British Journal of Psychiatry*, 182, 467-468.
- <sup>6</sup> Lloyd C. et Waghorn G. (2007). The importance of vocation in recovery for young people with psychiatric disabilities. *The British Journal of Occupational Therapy*, 70 (2), 50-59. <https://doi.org/10.1177/030802260707000202>
- <sup>7</sup> Waghorn, G., Lloyd, C. et Tsang, H.W. (2008). Vocational rehabilitation for people with psychiatric and psychological disorders. *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Récupéré de <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/39/>
- <sup>8</sup> Davidson, L. (2003). *Living Outside Mental Illness. Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York University Press.
- <sup>9</sup> Martin, B. et Franck, N. (2013). Rétablissement et schizophrénie. *EMC Psychiatrie*, 37(290), 63171-5.
- <sup>10</sup> Bleuler, E. (1911/2012) *Dementia Praecox ou Groupe des schizophrénies*. Traduction fr. 2012, Paris: GREC/EPEL.
- <sup>11</sup> Huber, G., Gross, G., Schüttler, R. et Linz, M. (1980). Longitudinal studies of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 6(4), 592-605.

- 12 Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S. et Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I. *American Journal of Psychiatry*, 144(6), 718-726.
- 13 Jobe, T. H. et Harrow, M. (2005). Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(14), 892-900.
- 14 Cohen, P. et Cohen, J. (1984). The clinician's illusion. *Archives of General Psychiatry*, 41(12), 1178-1182.
- 15 Hardy-Baylé, M. C. (2015). *Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous-tendu par un trouble schizophrénique. Rapport du Centre de Preuves en psychiatrie et santé mentale*. Récupéré de <http://cdppsm.fr/PDF/RAPPORT.pdf>
- 16 Shepherd, G., Boardman, J. et Slade, M. (2008). *Making Recovery a Reality*. London: Sainsbury Centre for Mental Health. Récupéré de [http://www.meridenfamilyprogramme.com/download/recovery/tools-for-recovery/Making\\_recovery\\_a\\_reality\\_policy\\_paper.pdf](http://www.meridenfamilyprogramme.com/download/recovery/tools-for-recovery/Making_recovery_a_reality_policy_paper.pdf)
- 17 Slade, M. (2013). *100 Ways to Support Recovery: A Guide for Mental Health professionals*. Second edition. London: Rethink Mental Illness. Récupéré de <https://www.rethink.org/about-us/commissioning-us/100-ways-to-support-recovery>
- 18 Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6(2), 4-10.
- 19 Farkas, M., Gagne C., Anthony W. et Chamberlin J. (2005). Implementing recovery oriented evidence-based programs: Identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal*, 41(2), 141-158.
- 20 Borg, M. et Kristiansen, K. (2008). Working on the edge: the meaning of work for people recovering from severe mental distress in Norway. *Disability & Society*, 23(5), 511-523.
- 21 Roberts, G. et Wolfson, P. (2004). The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10 (1), 37-48.
- 22 Repper, J. et Perkins, R. (2003). *Social Inclusion and Recovery: A Model for Mental Health Practice*. London: Baillière Tindall.
- 23 Bond, G. R., Becker, D. R., Drake, R. E., Rapp, C. A., Meisler, N., Lehman, A. F.,... et Blyler, C. R. (2001). Implementing Supported Employment as an Evidence-Based Practice. *Psychiatric Services*. 52(3), 313-322.
- 24 Drake, R. E., Bond, G. R. et Becker, D. R. (2012). *Individual Placement and Support: An Evidence-based Approach to Supported Employment*. New York: Oxford University Press.
- 25 Silverstein, S. M. et Bellack, A. S. (2008). A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1108-1124.
- 26 Slade, M. (2009) *Personal Recovery and Mental Illness. A Guide for Mental Health Professionals*, Cambridge: Cambridge University Press.

- <sup>27</sup> Provencher, H. L., Gregg, R., Mead, S. et Mueser, K. T. (2002). The role of work in the recovery of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(2), 132.
- <sup>28</sup> Dunn, E. C., Wewiorski, N. J. et Rogers, E. S. (2008). The meaning and importance of employment to people in recovery from serious mental illness: results of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(1), 59.
- <sup>29</sup> Brown, W. et Kandirikirira, N. (2007). *Recovering Mental Health in Scotland: Report on Narrative Investigation of Mental Health Recovery*. Scottish Recovery Network.
- <sup>30</sup> van Niekerk, L. (2009). Participation in work: A source of wellness for people with psychiatric disability. *Work*, 32(4), 455-465.
- <sup>31</sup> Kirsh, B. (2010). Work and Psychiatric Disabilities. Dans : J. H. Stone, M. Blouin (dir.), *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Récupéré de <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/291/>
- <sup>32</sup> Leufstadius, C., Eklund, M. et Erlandsson, L. K. (2009). Meaningfulness in work—Experiences among employed individuals with persistent mental illness. *Work*, 34(1), 21-32.
- <sup>33</sup> Walsh, F. P. et Tickle, A. C. (2013). Working towards recovery: the role of employment in recovery from serious mental health problems: a qualitative meta-synthesis. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 17(2), 35-49.
- <sup>34</sup> Corbière, M., Mercier, C. et Lesage, A. (2004). Perceptions of barriers to employment, coping efficacy, and career search efficacy in people with mental illness. *Journal of Career Assessment*, 12(4), 460-478.
- <sup>35</sup> Eklund, M., Hansson, L. et Ahlqvist, C. (2004). The importance of work as compared to other forms of daily occupations for well-being and functioning among persons with long-term mental illness. *Community Mental Health Journal*, 40(5), 465-477.
- <sup>36</sup> LOI n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels. Article 52. Récupéré de [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=E76606B9E08D8C93D0F7166D9935C587.tpdila07v\\_2?cidTexte=JORFTEXT000032983213&idArticle=LEGIARTI000033001094&dateTexte=20160809](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=E76606B9E08D8C93D0F7166D9935C587.tpdila07v_2?cidTexte=JORFTEXT000032983213&idArticle=LEGIARTI000033001094&dateTexte=20160809)