

MALADIE MENTALE, TRAVAIL ET SOCIETE

**Etude catamnastique d'ex-patients
pris en charge dans un centre
de réinsertion professionnelle
pour malades mentaux**

**M. DUYME - J. BARBEAU - B. JOLIVET -
A. DUMARET**

Préface du Pr. Serge LEOVICI

**CENTRE TECHNIQUE NATIONAL
D'ETUDES ET DE RECHERCHES SUR LES HANDICAPS ET LES INADAPTATIONS
2, rue Auguste-Comte 92170 VANVES**

VIENT DE PARAITRE

- "Genèse des inadaptations : Le cas des restructurations urbaines"
AUTES (M.), DUPREZ (D.), LAMARCHE (C.)
- "Les opérations "été-jeunes"
M.I.R.E.-I.D.E.F.-CTENRHI
- "Déracinement et enracinement des personnes handicapées"
L'expérience des Communautés de l'Arche dans le département de l'Oise (1964-1982)
SELLE (A.M. de la), MAURICE (A.)
- "Education et suppléance familiale. En internat"
DURNING (P.)
- "DEBOUT AVEC LES AUTRES"
Identification des difficultés susceptibles de perturber l'insertion scolaire et familiale chez de très jeunes enfants atteints de paraplégie acquise. Prévention et traitement.
DE BEAUMONT (A.), COLLOMPS (R.), LOUGOVOY-VISCONTI (J.), MARREL (C.), OUZILOU (C.), PORTE (M.), TROCELLIER (L.)

Cette recherche a été effectuée dans le cadre du Centre
MOGADOR par :

M. DUYME, Chargé de recherche au C.N.R.S. et B. JOLIVET,
Médecin Directeur de la S.P.A.S.M.

A. DUMARET, Ingénieur I.N.S.E.R.M. U 69.

G. MITRANI, Psychologue, Centre MOGADOR.

F. GHOBIL, Psychologue, Centre MOGADOR.

S. LENCZNER, Conseiller professionnel, Centre MOGADOR.

G. ASKENASI, Médecin psychiatre, Psychanaliste du Centre
MOGADOR.

P. CHASSANG, Directeur du Centre MOGADOR.

M.H. VERDIER-TAILLEFER, Statisticienne I.N.S.E.R.M. U.

M.L. SIMORET, M. ROUSSEAU et A. SCHMAUSS pour le
secrétariat.

L'étude a été conduite sur le terrain et coordonnée par :

J. BARBEAU, Psychologue, Centre MOGADOR.

Nous remercions Mademoiselle BAUER du C.T.N.E.R.H.I. pour ses
conseils.

Toute demande d'information concernant cette étude peut être faite
auprès du :

Centre MOGADOR, PARIS 9ème

Tél. : 42.85.13.70

SOMMAIRE

PREFACE : Professeur Serge LEOVICI

INTRODUCTION par le Docteur JOLIVET	1
A - OBJECTIF GENERAL DE LA RECHERCHE	5
B - CADRE THEORIQUE	7
1. PROBLEMATIQUE	7
2. ETAT ACTUEL DES PRINCIPAUX TRAVAUX SUR LA REINSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE DES MALADES MENTAUX	11
2.1. Aperçu général	11
2.2. Réinsertion et sortie de l'hôpital	14
2.3. Réinsertion et amélioration du système relationnel du malade	16
2.4. Réinsertion et réseaux sociaux	18
2.5. Réinsertion et techniques de travail	19
2.6. Les données des études catamnétiques	20
2.7. Les enseignements tirés pour la présente étude	25
C - PLAN DE RECHERCHE	27
3. OBJECTIF ET HYPOTHESES	27
3.1. Première série d'hypothèses : vie professionnelle	28
3.2. Deuxième série d'hypothèses : santé	28
3.3. Troisième série d'hypothèses : vie sociale	29
3.4. Quatrième série d'hypothèses : vie au centre de réinsertion	29
3.5. Le problème de la prédictivité	29

4. METHODOLOGIE	30
4.1. Principes généraux : recherche clinique et méthode catamnestique	30
4.2. Définition des variables	32
4.3. Etapes de recherche	33
4.4. Biais dus aux non répondants	35
4.5. Traitement des données	37
5. RESULTATS	38
5.1. Données socio-familiales	39
5.2. La santé	43
5.3. Relations avec l'environnement	47
5.4. Situation professionnelle	50
5.5. Le mode de sortie : une donnée essentielle	55
6. RELATIONS ENTRE ACTIVITE PROFESSIONNELLE, SANTE ET VIE SOCIALE A L'ENQUETE	65
7. ANALYSE PROSPECTIVE	66
7.1. Santé et devenir : le poids de l'histoire psychiatrique	66
7.2. Travail antérieur et devenir professionnel : "le travail appelle le travail"	67
7.3. Vie sociale et relationnelle pendant le séjour au centre et devenir	69
8. LES VARIABLES LIEES A SATISFACTION, ANGOISSE, TRAVAIL	71
8.1. Les satisfaits	71
8.2. Les angoissés	73
8.3. Ceux qui travaillent	74
9. ENTRETIENS DE GROUPES : représentations et qualité de la vie sociale de l'ex-patient	77
10. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES	81
SECONDE ETUDE CATAMNESTIQUE	89
11. BIBLIOGRAPHIE	115

LISTE DES ABREVIATIONS

A.P.	Atelier protégé
C.A.T.	Centre d'Aide par le Travail
C.N.A.M.	Caisse Nationale Assurance Maladie
C.O.T.O.R.E.P.	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
C.R.A.M.I.F.	Caisse Régionale Assurance Maladie Ile de France
C.S.P.	Catégorie socio-professionnelle
C.T.N.E.R.H.I.	Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations
O.S.O.R.P.	Office Spécialisé d'Orientation et de Reclassement Professionnel
Pxxx	Seuil de significativité 0,001
Pxx	Seuil de significativité 0,01
Px	Seuil de significativité 0,05
P.M.D.	Psychose maniaco-dépressive
S.P.A.S.M.	Société Parisienne d'Aide à la Santé Mentale

PREFACE

Les années qui ont suivi la deuxième guerre mondiale ont été marquées par la naissance et le développement de nouvelles formes d'organisation de la psychiatrie publique : la psychiatrie de communauté a pris en France la forme de l'organisation sectorielle qui vise, en particulier, à la réintégration du malade dans sa famille et dans son travail. Cette "révolution psychiatrique" s'est accompagnée d'un effort pour améliorer les relations du malade mental avec son environnement et pour modifier les stratégies institutionnelles : des institutions plus légères que les services hospitaliers traditionnels ont été créées ; elles visent à maintenir le patient dans son milieu de vie et à lui permettre de reprendre ses occupations habituelles. Malheureusement cet espoir est loin d'être toujours réalisable.

D'autre part la loi dite sociale de 1975 a défini les conditions qui permettent d'aider celui qu'on désigne dès lors sous le nom de handicapé mental, avec le risque de lui faire payer les avantages sociaux du prix de la chronicité ; d'où la multiplication d'autres formes d'institutions qui définissent le travail comme une forme d'aide : ce sont essentiellement les centres d'aide par le travail, où l'on espère que les handicapés mentaux pourront vivre et s'occuper, en accomplissant des tâches plutôt monotones et industriellement peu rentables, même si elles leur permettent de recevoir quelque rémunération pour leur activité. Le travail des malades mentaux n'a généralement pas été considéré comme un élément de leur thérapeutique : on a parfois réduit sa dimension à celle des thérapeutiques occupationnelles.

Cette conception n'est pas tellement éloignée de celles qui ont régné au XIX^{ème} siècle, quand la vie du malade mental se déroulait pendant de longues années dans d'immenses collectivités asilaires, et sans doute au profit de ceux qui la dirigeaient.

Administrativement ou médicalement les malades rendaient de petits services domestiques et d'autres trouvaient l'essentiel de leur traitement dans le jardinage ou l'agriculture au profit de ces concentrations plus ou moins esclavagisées. Prenons cependant garde

à ne pas renouveler les erreurs et les injustices de l'organisation psychiatrique du siècle dernier ; la conception du handicap qui définirait la chronicité des infirmités que représentent les maladies mentales, risquerait alors de faire considérer l'occupation comme un élément de leur thérapeutique.

Le travail peut contribuer au programme thérapeutique ou en être l'élément essentiel ; c'est ce qu'a tenté de vérifier la recherche qui est exposée dans cet ouvrage réalisé par des praticiens aidés par deux chercheurs extérieurs au lieu de pratique, Monsieur DUYME du C.N.R.S. et Madame DUMARET de l'I.N.S.E.R.M.

La recherche veut nous conduire à une étude prospective et prédictive à partir de l'histoire psychiatrique des sujets étudiés, de la qualité de leur travail à la période prémorbide et en tenant compte de l'expérience vécue au centre sur le plan du travail et de la vie sociale.

Je veux inviter ici le lecteur à suivre l'exposé de cette recherche et ses conclusions sur le devenir des malades suivis dans cette institution cinq ans après qu'ils en soient sortis. On verra que leur sort dépend de cette généalogie de leur devenir que constitue leur passé psychiatrique et de leur situation professionnelle. Ces patients, des psychotiques pour la plupart, ont été traités généralement par des neuroleptiques, mais ils ont aussi subi des hospitalisations répétées ; celles-ci pèsent lourdement, semble-t-il, dans la balance de la réadaptation, de même que les arrêts de travail dont ils ne bénéficient pas autant qu'eux et leurs familles le croient. Par ailleurs le type de pathologie ne joue pas toujours le rôle qu'on croit et il est des névroses très invalidantes.

L'insertion professionnelle préalable constitue un facteur essentiel pour la réinsertion des patients et elle dessine la trame de leur vie future ; il est de beaucoup plus avantageux d'avoir une vie professionnelle qu'une vie hospitalière derrière soi. La vie sociale des sujets reste polarisée autour de leur famille, ce qui rend bien compte de la valeur pathogène de l'isolement social. Après la sortie d'un centre de réinsertion professionnelle, les auteurs de cette recherche ont cherché à savoir ce qu'étaient devenus les patients suivis.

Au moment de l'enquête, quatre à cinq ans après leur sortie, un tiers d'entre eux avaient un emploi, mais une égale quantité

l'avaient perdu. Cette diminution du taux des malades encore au travail semble tenir à la qualité et à la stabilité de leur travail antérieur, mais aussi et surtout à la qualité de leur santé mentale, à ses aléas et aux hospitalisations ou arrêts de travail qui en sont la conséquence. Ce seul fait sera l'objet d'importants commentaires qui rappellent qu'on ne saurait isoler les facteurs médicaux et sociaux : par exemple le taux d'arrêts de travail est beaucoup moins important à pathologie égale si le malade est assuré d'un solide appui familial.

Mais il faut aussi remarquer que les qualités de l'insertion sociale sont souvent meilleures qu'on ne le suppose ; de ce point de vue, l'absence de travail et/ou l'absence de soutien familial n'empêchent pas le poids de la maladie dans son développement longitudinal et de l'insertion sociale de constituer un ensemble d'une certaine valeur prédictive.

Bien que cette recherche n'ait pas eu pour objectif d'analyser l'institution, elle montre à l'évidence que le patient suivi, pour se réadapter ou pour tout simplement vivre, doit retrouver ou conquérir sa dignité d'homme et de citoyen.

De ce fait, quels que soient les itinéraires suivis par les uns ou les autres, la réintégration doit aboutir à une véritable réhabilitation : l'une et l'autre sont inséparables de la qualité de la représentation sociale de la maladie mentale. Les chercheurs notent aussi l'importance de la place du malade dans le système familial et de la manière dont ses troubles tendent à le maintenir en équilibre. Mais la recherche rend un son malgré tout optimiste, puisque l'action spécifique de l'établissement aboutit à un gain incontestable de réadaptation.

Ce résultat suppose une sélection des cas recrutés et c'est une évidence qu'il faut accepter. L'institution pourra alors être portée par le concept de travail qui constituera un facteur emblématique du traitement.

Il ne s'agit nullement de céder ici aux demandes des familles qui souhaitent trop souvent que leurs malades soient occupés, ce qu'on comprend évidemment, mais en oubliant la maladie mentale, pour parler de handicap et de rééducation intensive au prix d'un conditionnement comportementaliste abusif. Ce qu'il faut au contraire espérer, c'est un investissement de tous les intervenants qui

ne doivent pas perdre leur rôle à la sortie au profit des opérateurs sociaux. Les traitements doivent être suivis ; les hospitalisations répétées viennent compromettre la qualité de la réhabilitation. On le voit - et nous souhaitons que cette recherche en convainque les administrateurs, les décideurs et les familles comme les malades eux-mêmes - la maladie est globale ; elle est et reste évolutive ; elle se réalise dans une famille, une culture et une société ; elle appelle à des solutions globales où la réadaptation prend sa place et peut donner au travail une réelle valeur thérapeutique.

Serge LEBOVICI

INTRODUCTION

Dans l'immédiat après-guerre les préoccupations des psychiatres, à l'époque essentiellement du service public, furent d'améliorer les conditions de soins et d'assistance des malades mentaux dans le cadre asilaire. Seuls quelques-uns se préoccupèrent des prolongements nécessaires dans le milieu social et en particulier professionnel. Avec l'arrivée de nouvelles possibilités de traitement dans les années 50, les problèmes de réinsertion, de reclassement, se posèrent avec plus d'acuité compte tenu de l'ouverture des services hospitaliers. Ainsi naquirent de-ci de-là, quelques initiatives dans ces domaines mais qui, pour la plupart d'entre elles, furent le fruit d'actions individuelles dont peu aboutirent à des créations institutionnelles.

C'est à cette époque qu'avec quelques-uns, sous l'influence du courant de pensée pragmatique de la Fédération des Sociétés de Croix Marine, nous mîmes sur pied un début d'organisation dans la Région Parisienne. L'analyse attentive des efforts faits pendant les années 60 et 70 pourrait en elle-même être l'objet d'une recherche car nous rencontrâmes toutes les difficultés qui, au fil du temps, demeurent et ont fait, qu'à l'heure où nous écrivons ces lignes, on peut considérer que les solutions du problème n'ont pas considérablement avancé.

Il y a sans doute des contradictions internes à notre démarche, mais aussi de formidables obstacles tenant à la force des systèmes répressifs et à la permanence des représentations sociales de la folie. Très tôt, nous fûmes convaincus que seule la prise en compte institutionnelle des problèmes de réinsertion et reclassement pouvait, dans le jeu justement de ces défenses et représentations, donner au sujet une chance nouvelle d'exprimer ses choix, du moins ceux pour lesquels la période active des soins n'avait pas permis d'aboutir.

Prise en compte institutionnelle signifiait la création d'une équipe spécialisée, car les initiatives individuelles du type service social nous paraissaient tout à fait incapables de résoudre ces problèmes au niveau de difficultés où nous nous situons. Fallait-il encore délimiter son ancrage dans le champ sanitaire ou social. Pour nous, il s'agissait toujours de soins et quinze ans après nous n'avons pas changé d'avis, même si une partie de l'activité de l'équipe "paraît" s'inscrire davantage dans le champ du social. C'est d'ailleurs pour nous, une occasion supplémentaire d'affirmer qu'en matière de psychiatrie la scission du sanitaire et du social est singulièrement artificielle.

Ainsi fut créé en 1975, une Institution dite "Centre de Réadaptation et de Reclassement Professionnel" conventionnée avec la Caisse Régionale d'Assurance Maladie de l'Île de France.

Située dans le 9^{ème} arrondissement, occupant un appartement dans un immeuble "bourgeois", l'équipe allait, au fil des années, élaborer une technique originale qu'on ne peut décrire ici mais qui pourrait se résumer de la façon suivante : autour du signifiant travail se développe toute une série d'actions individualisées permettant au sujet de "mûrir" sa position et d'accepter sa réinsertion. Equipe située entre deux réalités psychiques, psychopathologique et socio-professionnelle, elle a à connaître des deux et acquiert ainsi une spécificité dont la vie institutionnelle au sein d'un ensemble plus large (1) n'est pas un des moindres éléments.

L'esprit de recherche pour une équipe clinique est tout à fait fondamental et l'on peut dire que les questionnements sont une des caractéristiques des services de l'Association. Par contre, mettre sur pied une recherche qui ne se satisfait pas seulement de cet esprit mais accepte de se plier aux impératifs "scientifiques" minimum pour espérer des résultats est une autre affaire. Nous eûmes l'occasion d'en expérimenter toutes les difficultés, les cliniciens durent donc se plier à une rigueur que leur apprirent des chercheurs professionnels qui, eux aussi, durent faire effort pour comprendre ce que la clinique psychiatrique a en elle-même de difficilement réductible aux critères qui leurs sont habituels.

Cette recherche fut rendue possible par le Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les

1. L'Association "Société Parisienne d'Aide à la Santé Mentale" gère six services.

Inadaptations, sa direction et son comité scientifique que nous tenons ici à remercier. Elle sera complétée par une deuxième recherche sur le même thème et sur la même population grâce à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale et aux Médecins Conseils qui est publiée en seconde partie de cet ouvrage.

Nous sommes parfaitement conscients de toutes ses imperfections et qu'en particulier ses résultats ne sont pas généralisables, compte tenu du type de population traitée par le Centre Mogador. Quoi qu'il en soit, il s'agit d'un premier effort dont nous espérons qu'il incitera tous ceux concernés par le même problème à apporter critiques et réflexions en vue d'une amélioration de nos conduites thérapeutiques.

B. JOLIVET

**Médecin-Directeur de
la Société Parisienne
de Santé Mentale.**

A - OBJECTIF GENERAL DE LA RECHERCHE

Cette recherche, utilisant la méthode catamnétique, porte sur 237 sujets enquêtés en 1982, ayant fréquenté un centre de réinsertion socio-professionnelle durant les années 1977 - 1978 - 1979.

L'objectif de la recherche est d'évaluer le devenir de ces malades mentaux adultes stabilisés, selon le triple axe de leur situation professionnelle, relationnelle et de leur vie sociale après leur passage dans le centre. L'impact du centre lui-même sur le devenir de ces sujets ne peut faire l'objet de l'étude présente car nous n'avons pu trouver de groupe de population qui puisse nous servir valablement de contrôle.

Ce qui reste pertinent, compte tenu des conditions dans lesquelles s'effectue notre travail, c'est de vérifier pour une population donnée de malades mentaux :

1) la possibilité pour eux de s'insérer dans la vie sociale et professionnelle et les conditions réelles dans lesquelles s'effectue cette intégration.

2) d'étudier les relations entre certaines données anamnestiques et cette intégration.

Cette recherche supposait, en aval, le recueil de données sur la fréquence de l'emploi dans la population de notre échantillon, la durée durant laquelle cet emploi est conservé ainsi que les informations sur la vie sociale (vie associative, loisirs) et la vie relationnelle (amis, conjoint, famille) de ces sujets. Ces données sont d'autant plus importantes, que peu d'études chiffrées en France se sont attaquées à ce problème. Nous pouvons citer la recherche effectuée par la "Fondation des Etudiants de France" (1975) tout en signalant que la variable étudiée était uniquement

l'emploi alors que notre recherche prend en compte les trois axes plus haut cités.

B - CADRE THEORIQUE

1. PROBLEMATIQUE

Depuis les travaux de FOUCAULT (1), il est établi que le statut de la folie a évolué à travers les époques et les différentes sociétés. Il est courant de lire dans les écrits ethnologiques que la place du "fou" dans les sociétés dites "primitives" est une place privilégiée.

Prêtre ou sorcier, c'est par l'accentuation de sa différence qu'il justifie son intégration dans la communauté sociale. Et même la crainte qu'il peut inspirer sert en définitive son insertion dans la mesure où, que ce soit sous l'effet de la peur ou du respect, la population qui l'entoure prend en charge l'aspect matériel de sa vie. En retour, le fou assure, à travers ses symptômes, un contact permanent ou ponctuel avec les puissances immatérielles et analogiques qui sont censées régir le monde.

Dans notre société, le malade mental a infiniment plus de mal à définir son statut. Oublié derrière les murs de l'asile, ou assisté jusqu'à sa marginalisation totale, le processus de sa réinsertion met en évidence les difficultés qu'il doit surmonter tant du fait de sa pathologie que de l'intolérance du corps social à son égard. La pathologie mentale constitue, selon toute apparence, pour celui qui en souffre, une différence. Mais comment appréhender cette différence en dehors du cadre habituel de l'asile et des références nosologiques traditionnelles.

1. Il ne s'agit pas ici de faire un bilan sur les travaux portant sur l'histoire de la folie ou de la désinstitutionnalisation psychiatrique mais d'en rappeler certains éléments pertinents pour notre problématique.

L'expérience italienne de fermeture de tous les hôpitaux psychiatriques n'a pas débouché semble-t-il sur les grands changements que l'on espérait. En tous cas à l'heure actuelle aucune recherche approfondie n'a tiré les conclusions de cette tentative. Il nous a été donné d'entendre, sous forme de boutade certes, par la voix de Mme le Dr. MARA SELVINI, que ce qui avait surtout changé c'était qu'avant les malades mentaux sortaient de l'hôpital psychiatrique pour les week-end alors que maintenant ils se font surtout hospitaliser, dans les hôpitaux généraux, pour les fins de semaines !... (Conférence à l'Hôpital Sainte-Anne, 1983).

La population des malades mentaux reste la même que les asiles soient ouverts ou fermés, même si leur symptomatologie est considérablement modifiée grâce aux traitements chimiothérapeutiques et socio-thérapeutiques. Et la question reste posée de l'intégration de ces personnes dans la communauté sociale.

En France l'ouverture des portes de l'asile, ou versus leur fermeture à l'entrée de certains malades mentaux, se sont faites plus lentement et plus prudemment. Elles sont actuellement régies dans le cadre du secteur psychiatrique. Le centre Mogador à partir duquel s'est fait cette étude peut apparaître comme un précurseur. C'est en 1971 que la S.P.A.S.M. (Société Parisienne d'Aide à la Santé Mentale), sous l'impulsion de son directeur, le Dr. JOLIVET, décide de créer un centre ayant pour vocation la ré-insertion professionnelle des malades mentaux.

Cette démarche allait à l'encontre des préjugés du tout venant qui voyait et voit encore dans cette population une entité figée dans sa marginalisation et sa chronicisation. Cette attitude de rejet du corps social face à ceux qui souffrent de troubles psychiques s'explique sans doute par l'angoisse suscitée par l'ignorance dans laquelle se trouve la majeure partie de la population quant au fait psychiatrique. L'ignorance engendre le préjugé, le préjugé la crainte et la crainte le rejet. Cette suite logique se retrouve dans tous les cas d'exclusion et de racisme et elle explique en partie le mécanisme de ségrégation dont la population psychiatrique subit les conséquences.

Mais cet état de chose est actuellement renforcé par la crise économique que nous traversons : l'emploi se fait rare et les normes plus sévères. Pour ceux dont on peut mesurer le "handicap" physique ou psychique une loi d'assistance a été même conçue et

votée en 1975. La marge de liberté dans laquelle peut s'insérer le malade stabilité se restreint au moment même où les institutions extra-hospitalières et les soins chimiothérapiques, psychothérapiques et sociothérapiques se développent.

Cependant dès 1974 (p. 33), le Dr. JOLIVET indiquait la difficulté et la longueur du processus de désaliénation :

"L'action menée par l'ensemble des psychiatres va dans le sens d'une désaliénation progressive du fait psychiatrique, mais il ne faudrait pas, au nom de celle-ci, commettre des erreurs telles que leur remède ne serait qu'un retour, sinon à la même, du moins à une autre aliénation.

Cette action est difficile et sera longue, mais l'enjeu est de taille car il ne saurait se limiter au reclassement d'individus aussi nombreux soient-ils ; il englobe une véritable refonde de la manière de voir et d'agir de la société par rapport à ses déviants, il sous-tend que les efforts soient donnés aux techniciens qui supporteraient l'essentiel de la charge.

La remise et le maintien au travail des malades mentaux sont avant tout affaire de relations humaines, c'est à la fois ce qui en fait la grandeur et la complexité".

Sur le plan des travaux portant sur le devenir des malades mentaux sortis de l'hôpital psychiatrique, le Dr. Louis LE GUILLANT peut être considéré comme un précurseur. En 1941, il faisait paraître une communication sur "une expérience de réadaptation sociale, instituée par les événements de la guerre". Cet article traite du sort inattendu des malades libérés ou évadés de l'hôpital psychiatrique de la Charité-sur-Loire en juin 1940 lors de l'invasion de la région par les troupes allemandes. 37 % de ces malades, dont un honnête diagnostic préconisait l'hospitalisation, ont pu se réintégrer dans le réseau professionnel, social et familial. Un tiers de la population autrefois maintenue à l'hôpital prouvait donc, par cette expérience forcée, qu'il pouvait se maintenir dans un fonctionnement satisfaisant à l'extérieur de l'hôpital. Malgré les conditions spécifiques à l'époque, entre autre une crise de la main-d'oeuvre, ces chiffres font réfléchir. Ils prouvent, écrit Louis LE GUILLANT, que "l'internement de ces malades n'était plus indispensable, ni du point de vue de leur assistance, ni du point de vue de la préservation sociale". Il faut reconnaître aux malades mentaux, malgré la permanence de symptômes résiduels, une

capacité de réadaptation qu'on ne leur soupçonnait pas. Et cela, contre le désir de l'aliéniste qui exige une "complète rectification" du patient et contre "une certaine contamination par le scepticisme qui marque d'une façon si générale l'opinion à l'égard des malades mentaux" (1946-1947).

Il s'agissait donc d'un fait "médico-social" nouveau dont la prise en compte nécessitait, selon l'auteur "une réforme radicale de la loi de 1838 ainsi qu'une transformation profonde de l'opinion publique vis-à-vis du problème de la folie, à commencer par les soignants eux-mêmes".

A l'heure de la sectorisation, nombre de psychiatres développent des idées semblables (LEBOVICI 1979, JOLIVET 1979). Cependant, des décennies après les constatations citées plus haut et cet appel au changement, qu'en est-il de la vie quotidienne du malade mental, en dehors de l'hôpital psychiatrique ?

Avant d'aborder l'analyse de ces différentes études, il nous semble bon de rappeler que la réinsertion des malades mentaux avant l'apparition des thérapeutiques de chocs et des neuroleptiques ne se posait pas avec la même acuité qu'aujourd'hui, ou ne se posait pas du tout. Après la Libération par exemple, la situation dans les hôpitaux psychiatriques était "lamentable". Il fallait avant tout rendre plus humain le séjour du malade à l'hôpital, avant d'envisager l'éventualité de sa sortie et d'organiser sa vie sociale. Déjà un esprit nouveau commençait à s'installer grâce au travail de BONNAFE et TOSQUELLES à Saint-Alban et de DAUMEZON à Fleury. C'est à ce moment que SIVADON a créé en 1947 les Centres de Traitement et de Réadaptation Sociale à Ville-Evrard. Il fut suivi dans cette action par LE GUILLANT à Villejuif.

Ce mouvement a concouru peu à peu à la sortie des malades de l'hôpital, à organiser des structures extra-hospitalières assez diversifiées (hôpitaux de jour, foyers, clubs thérapeutiques, ateliers de réadaptation...) qui visent à des degrés différents la "socialisation" des malades mentaux. Il est difficile de citer ici les noms des différentes personnes et associations qui ont contribué à l'essor de ce mouvement, mais rappelons à titre d'exemple les différentes réalisations de la Fédération des Sociétés de Croix-Marine et d'une de ses Associations membres, la S.P.A.S.M. dans la région parisienne à l'initiative du Dr. JOLIVET dès 1959.

2. ETAT ACTUEL DES PRINCIPAUX TRAVAUX SUR LA REINSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE DES MALADES MENTAUX

Les études systématiques quantitatives qui visent à connaître le devenir des malades mentaux après leur passage dans des institutions spécialisées sont assez rares. De plus, il ne s'agit pas de situations comparables. Dans tous les cas, aucune de ces études ne prétend apporter une solution idéale ; il s'agit en réalité d'approches parcellaires qui abordent par des facettes différentes le champ large et complexe qu'est la réinsertion socio-professionnelle des malades mentaux.

Notre objectif dans ce chapitre consiste à analyser et classer les différents programmes ou actions qui facilitent l'insertion sociale et/ou professionnelle des malades mentaux. Dans un premier temps nous donnerons un aperçu général de ces travaux et les problématiques qui les sous-tendent, dans un second temps, nous les présenterons en fonction de la perspective principale visée par les auteurs (sortie de l'hôpital, système relationnel du malade, réseau social environnant le malade, techniques de travail), dans un dernier temps nous présenterons avec plus de détail les études pouvant être qualifiées de catamnétiques et par conséquent plus proches de la méthodologie de cette recherche (2).

2.1. Aperçu général

Dans un article sur la réinsertion sociale des patients psychiatriques, G. TRUDEL (1977) énumère les différentes actions utilisées dans ce domaine et apporte une évaluation chiffrée de leurs résultats. Il s'appuie sur des données puisées dans plusieurs recherches réalisées en majorité aux Etat-Unis et au Canada.

G. TRUDEL compare ainsi les effets des procédures, mises en place à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital, sur la réinsertion réelle des malades ayant une longue histoire psychiatrique.

2. Nos sources bibliographiques ont été obtenues principalement par une interrogation du système PASCAL.

A l'intérieur de l'hôpital il cite :

- psychothérapies individuelles ou de groupe,
- thérapie par le travail,
- programme de conditionnement opérant (économie des jetons) : il s'agit de procédures de thérapie comportementale dont le but principal est de modifier certains comportements ciblés et non pas directement de réintégrer les patients dans la société.
- approche multimodale : ou "package treatment". Le principe de cette approche est le suivant : la combinaison de plusieurs techniques thérapeutiques "va donner lieu à des effets additifs supérieurs à ceux résultant de l'utilisation d'une seule procédure" (par exemple : thérapie d'attitude, l'auto-gestion de la salle par les patients, ou tout autre méthode comme le counselling ou la psychothérapie).

A l'extérieur de l'hôpital il cite :

- prescription médicamenteuse : seul lien entre le psychiatre et le malade,
- visite en clinique externe : cette procédure consiste généralement à demander au client de venir rencontrer le médecin ou le travailleur social au cours d'entrevues brèves et à ajuster régulièrement la médication,
- counseling : rencontres régulières du travailleur social avec le client et son entourage social, une visite mensuelle chez le médecin et un traitement psycho-pharmacologique,
- les communautés d'ex-patients : technique qui consiste à sélectionner les patients volontaires et à les préparer méticuleusement pour vivre en appartement ou en petit groupe,
- approche multimodale ; G. TRUDEL cite à ce propos une expérience de PILONET MARCOTTE réalisée à Québec. Dans une maison de transition différentes techniques opérantes sont utilisées : le contrat behavioral, l'entraînement de l'affirmation de soi, la désensibilisation systématique in vivo, la contravention, la mise à l'écart, le counselling, etc.

D'après l'auteur, toute tentative pour améliorer les conditions de réinsertion doit tenir compte de l'aspect multidimensionnel du retour du patient psychiatrique dans la société. La démarche purement médicale est insuffisante.

En effet, parmi les procédures qui viennent d'être énumérées, celles qui rapportent les résultats les plus intéressants utilisent une approche multimodale et comportementale. Les critères pour évaluer les effets de ces programmes de réinsertion s'intéressent en priorité aux rapports de l'ancien malade avec les milieux de soins, le critère le plus utilisé étant le taux de réadmission du malade à l'hôpital psychiatrique. L'intérêt se porte ensuite sur la situation des malades par rapport au travail.

A côté de ces deux critères (santé et travail), qui sont le plus souvent utilisés, on note l'intérêt que portent certaines études au mode de vie de patients : est-il marié ou non, quels sont ses rapports avec sa propre famille, est-ce qu'il loge seul, en famille ou dans un foyer, quelles sont ses ressources ?

A partir de là, nous pouvons constater que le terme réinsertion peut, selon les critères utilisés, revêtir les connotations suivantes : guérison, retour au travail, une certaine indépendance vis-à-vis de l'entourage. Sur le plan méthodologique une remarque s'impose : l'appréciation des effets d'un programme de réinsertion sur le devenir des malades mentaux va dépendre du moment où l'évaluation proprement dite est courte, rien ne permet de préjuger de la stabilité des effets observés. A ce propos il est intéressant de noter le constat final de l'étude de M. LENG sur le Centre Montalier (1981) : plus on s'éloigne de la fin du séjour, plus la moyenne de réadaptation augmente, comme si le processus personnel d'adaptation lancé durant le séjour au Centre nécessitait un certain temps pour s'accomplir (3).

M.J. BAUDOUR (1973) observe en 1968 une aggravation du phénomène de la chronicisation hospitalière qui s'est accrue en Belgique entre 1950 et 1965. Il préconise la multiplication des structures de soins extra-hospitalières - "Moins on soigne le malade, plus il coûte cher à la société" - et de planifier des actions qui pallient les besoins psycho-sociaux des malades, en particulier leur hébergement. Il cite l'expérience de GEEL et celle de SASKATCHEWAN ; cette dernière a permis entre 1963 et 1965 de

3. Cette observation est à rapprocher de la réponse que fait JONES à RAPPAPORT dans son intervention au livre de ce dernier sur la Communauté thérapeutique (1974) : RAPPAPORT constate que les malades qui ont pu s'adapter aux valeurs de la Communauté s'adaptaient moins bien que les autres au monde extérieur ; JONES réplique que, 6 à 12 mois après la sortie, la situation s'était rétablie.

réduire de moitié la population d'un hôpital psychiatrique de 1379 patients.

2.2. Réinsertion et sortie de l'hôpital

Le séjour à l'hôpital psychiatrique est considéré en soi comme étant aliénant pour les individus et il s'avère par ailleurs très coûteux pour la société. La réinsertion est un phénomène marquant des 20 dernières années.

C. AGUE, L. CIOMPI et J.P. DAUWALDER (1977), dans une étude sur les publications anglaises des 20 dernières années concernant la réadaptation socio-professionnelle des malades mentaux, rappellent les méfaits dus à la durée de l'hospitalisation évoqués par WING et ses collaborateurs, en particulier le phénomène de l'**institutionnalisme**.

Le "syndrome d'institutionnalisme" désigne le changement personnel déterminé par une résidence prolongée dans des communautés relativement fermées. Cette situation entraîne des "handicaps secondaires" (par rapport à des handicaps primaires spécifiques à la maladie) qui sont mesurés par le manque d'intérêt du sujet à quitter l'institution et à élaborer des plans réalistes pour le futur.

Le problème de la sortie de l'hôpital vient en effet souvent buter sur le problème de l'installation du malade dans l'institution, son état chronique d'apathie ou d'indifférence faisant obstacle à toute réinsertion professionnelle. GOLDBERG (1974) a développé un modèle schématique mettant en évidence comment, selon un phénomène de feed-back, passivité et inactivité se perpétuent et confirment une perte réelle de l'habilité au travail et des relations sociales. A leur tour ces déficits vont produire des attitudes "mal adaptées" d'autant plus que le sujet sera forcé de se voir comme quelqu'un d'incompétent.

Selon R.A. BROWNE et coll. (1979), après un séjour supérieur à deux ans à l'hôpital psychiatrique, les sorties diminuent considérablement.

A la suite de ces observations sur les méfaits des hospitalisations longues, faut-il pour autant fermer l'hôpital, à l'instar de l'expérience italienne de BASAGLIA (Kosalba

TERRANOVA - CECCHINI 1983) ou bien écourter les séjours hospitaliers. Tout le monde n'a pas là-dessus un avis tranché.

W. ANTHONY (Centre de Recherche et d'Enseignement pour la Réinsertion Sociale et la Santé Mentale - BOSTON), s'interroge sur le processus de désinstitutionnalisation. Il remarque qu'il a réduit de 2/3 le nombre de patients hospitalisés dans les hôpitaux de l'Etat. Cependant cette réussite apparente n'a pas été durable puisque :

a) dans l'année qui a suivi la sortie, 40 à 50 % des patients sont retournés à l'hôpital ;

b) dans les 3 à 5 ans qui ont suivi la sortie, les rechutes s'élèvent jusqu'à 75 % ;

c) seulement moins de 20 % ont réussi à trouver un emploi après une durée dépassant cinq ans.

W. ANTHONY analyse les causes de cet échec et l'attribue à certains mythes comme celui qui fait reposer le processus thérapeutique sur la communauté. Or la recherche menée à Boston constate que : d'une part les malades eux-mêmes refusent ce système - 40 à 70 % des patients sortis de l'hôpital ne viennent pas à leur premier rendez-vous ou ne poursuivent pas le traitement au-delà d'une séance - ; d'autre part la communauté sociale semble réticente dans bien des cas à un tel système de prise en charge.

Cependant l'auteur conclut qu'il faut poursuivre les expériences reposant sur la désinstitutionnalisation et non les supprimer, tout en ajoutant qu'il s'agit d'un mythe de croire que le lieu où la personne est traitée importe plus en quelque sorte que la manière dont elle est traitée.

M. MIDENET (1974), dans une étude réalisée en 1972 à l'hôpital psychiatrique de Stéphanfeld (Bas-Rhin) apporte un éclairage nouveau sur les conséquences d'une longue hospitalisation, qui loin d'être négative, est nécessaire d'après lui pour la réalisation des transformations psychologiques qui s'opèrent chez certains patients hospitalisés en milieu psychiatrique. L'amélioration se fait attendre plusieurs années, jusqu'à dix ans et plus, sous l'effet des neuroleptiques. D'après lui, la sortie doit être progressive, après une si longue période, et les retours fréquents à l'hôpital sont nécessaires, ainsi que le maintien de la relation soignant-malade.

Sur le plan méthodologique, il est bon de remarquer que l'étude de MIDENET repose uniquement sur 17 observations de patients ayant séjourné plus de 10 ans à l'hôpital psychiatrique. Leur réinsertion a été étudiée, un an après leur sortie. Ceci n'enlève rien à la justesse de son observation. Au lieu de l'opposer à la théorie de la désinstitutionnalisation, nous pensons qu'elle apporte un éclairage différent : la maladie mentale est décrite comme un processus dont la guérison s'avère très longue, nécessitant une grande dépendance vis-à-vis des soignants et des milieux de soins. Quant aux effets néfastes d'un long séjour hospitalier tels qu'ils sont décrits par l'Ecole Anglaise (chronicisation, passivité et inactivité, attitude mal adaptée), il s'agit là aussi d'un fait réel qui ne nous semble pas propre à la psychiatrie, mais plutôt dû à la longue réclusion en milieu "fermé" (cf. Asile. Goffman).

2.3. Réinsertion et amélioration du système relationnel du malade.

La stabilisation des troubles et la sortie de l'hôpital ne signifient pas nécessairement une réinsertion sociale. Il faut voir à quel prix le maintien du malade hors de l'hôpital se fait : a-t-il un travail ? Vit-il aux dépens de sa famille ou grâce au soutien d'une structure de soins extra-hospitalière ?...

G. GARRONE, J. LALIVE et A. VEZ (1979), dans une étude sur la population des psychotiques vivant à Genève et qui fréquentent le Centre Psycho-Social Universitaire, constatent que de nombreux schizophrènes ne connaissent plus l'hôpital ou l'hospitalisation psychiatrique. Ceux qui doivent malgré tout être hospitalisés sortent rapidement et ne "sédimentent" qu'exceptionnellement (3 à 5 % d'hospitalisations de plus d'un an à Genève). Cette étude a été faite en 1979, l'année de référence est 1975. D'après ces auteurs, leurs chiffres correspondent avec une autre étude catamnestique concernant une population de schizophrènes ayant séjourné au moins une fois dans un hôpital psychiatrique (BLEULEUR, MULLER, VAILLANT, etc.).

S'intéressant à la vie sociale de ces psychotiques, les auteurs tirent des conclusions assez pessimistes. D'après eux, si les psychotiques ne passent plus ou peu à l'hôpital psychiatrique, grâce aux médicaments et aux dispositions légales concernant l'assurance

sociale, leur réadaptation n'est qu'apparente. D'après eux la "chronicisation" hospitalière s'est déplacée progressivement vers la cité, et 20 % seulement sont considérés comme réellement guéris. Par contre ils constatent chez 80 % des sujets une grande dépendance vis-à-vis des services extra-hospitaliers depuis plus de 5 ans ainsi que la précarité de leurs conditions de vie professionnelle et affective. Cette dépendance est très accentuée chez les schizophrènes ; dans 74 % des cas ils ne parviennent pas à trouver un compagnon pour leur existence, 46 % sont dépendants de leur famille ou d'une pension spécialisée. Lorsqu'ils travaillent, leur qualification professionnelle est basse et ils perdent facilement leur place. Pourtant, observés dans le cadre d'un club en milieu privilégié où ils côtoient d'autres personnes, ils manifestent des ressources potentielles étonnantes. Mais la vie sociale est moins tolérante et exige un jeu auquel le schizophrène n'est pas habitué, c'est-à-dire d'assumer un rôle sans se confondre avec lui. A l'inverse il va avoir tendance à reconstruire autour de lui une famille et un milieu social dont il va "dépendre".

Cette dépendance du psychotique à l'extérieur de l'hôpital est observée aussi par J. BERLINER (1976). Dans une étude épidémiologique sur cinq années (1969 à 1973) de pratique psychosociale de la population Ixelloise (en Belgique), il constate deux choses qui nous intéressent ici :

- la diminution des hospitalisations psychiatriques contraintes ;
- la mobilisation prioritaire du secteur extra-hospitalier pour la réinsertion des psychotiques qui "sont les déshérités de la nature". Ils représentent 27 % des consultants.

Il faut remarquer que la précarité de l'insertion des malades mentaux hors de l'hôpital surtout vis-à-vis de l'emploi a été constatée par les études se rapportant à des populations globales, celles qui ont fréquenté un hôpital psychiatrique ou celles recensées sur un secteur géographique déterminé. Par contre les études portant sur des populations spécifiques de malades mentaux (des anciens enseignants, des étudiants, des stagiaires d'un centre de reclassement professionnel ou d'un atelier thérapeutique) donnent des résultats plus optimistes quant à leur insertion professionnelle :

35 à 45 % des personnes ayant séjourné au Centre de Réadaptation de Billier (R. GOT et M. QUIDU, 1982), se sont réinsérées ;

- ainsi que 3/5 de la population "disponible pour un emploi" au moment du bilan fait par la Fondation Santé des Etudiants de France (M.C. PERAUD, H. DANON-BOILEAU et P. LAB, 1975) ;
- sur 191 stagiaires, passés par le Centre National de Réadaptation des Personnels de l'Education et qui ont répondu à une enquête en 1979, 107 ont repris un poste d'enseignant (R. AMIEL et L. BRUNELLE, 1982).

D'après les études citées, si l'insertion suppose l'abolition de la chronicisation et de la dépendance et l'accès à l'autonomie, sa réussite pour les malades mentaux, en particuliers les psychotiques, reste très modeste. Cependant ces critères d'une réinsertion réussie sont, d'après GARRONE et ses collaborateurs, celles de "l'homonévroticus" que nous incarnons. Les psychotiques tolèrent assez bien un statut de dépendance, que nous admettons assez mal. D'où l'importance de supprimer la connotation négative donnée à la notion de dépendance, et de considérer le psychotique "guéri", mais handicapé face au travail et à la vie conjugale, comme un "poète avant l'écriture", au lieu de le considérer comme un invalide.

2.4. Réinsertion et Réseaux sociaux

Il est difficile aujourd'hui de ne pas aborder la question des réseaux sociaux lorsqu'on s'interroge sur la réinsertion professionnelle des malades mentaux. En effet, l'analyse de la littérature anglophone indique que jusqu'aux années 1980 les travaux dans le domaine de la réinsertion ont été dominés par la problématique de la désinstitutionnalisation, c'est-à-dire de la capacité de patients qui ont subi de longues hospitalisations à vivre hors de l'asile. Actuellement cette problématique semble dépassée, la vie hors asile est entrée dans la juridiction et les travaux les plus récents essaient de cerner les rapports entre réseau social et type de vie du malade mental.

Dans les pays francophones plusieurs équipes travaillent dans cette perspective (Ellen CORIN, Québec 1982 ; F. AMIEL-LEBIGRE et S. REICHMAN 1984 ; J. GUAY 1981. Cependant les références des auteurs demeurent anglophones : R.E. MICHELL (1969), M. HAMMER (1963, 1980). Dans l'étude des réseaux sociaux "l'attention se porte surtout sur la configuration des liens, plus que sur les caractéristiques individuelles des personnes membres du réseau", E. CORIN (1982, p. 19).

Selon les données que les recherches fournissent, le réseau social de l'ex-patient psychiatrique, comparativement à celui de la personne dite normale, se révèle plus petit, les gens se connaissent peu entre eux à l'exception du groupe familial, et le type de relations qui y est entretenu favorise la dépendance.

Le fait que les réseaux des patients psychotiques diffèrent de ceux des patients névrotiques a été largement démontré dans le passé (HAMMER 1963-64, PATTISON 1975, GARRISON 1978, LIPTON et al. 1981). Sur le plan de la recherche qui nous intéresse ici, cette approche permet :

- d'ouvrir le champ des investigations non plus à la seule approche des rapports à la famille et aux supports individualisés "médico-psycho-social" mais à un ensemble de facteurs sociaux et environnementaux dans lequel est intégré le sujet (voisinage, vie de loisir, etc.) ;

- de considérer ces variables environnementales non plus comme des catégories qui influencent la santé mentale (HAMMER 1981), perspective souvent rencontrée dans les études épidémiologiques classiques, mais dans une approche adaptative, c'est-à-dire voir comment le sujet, en fonction de sa spécificité assimile et agit sur l'environnement en vue d'y maintenir et construire son espace de vie sociale ;

- d'appréhender la réinsertion professionnelle des malades mentaux dans un ensemble dynamique plus large où interagissent vie sociale et vie professionnelle. Cette dernière ne se limite pas à l'occupation d'un emploi. L'absence d'emploi momentané ou définitif n'exclut pas un rapport constant dans les actes ou l'esprit du sujet à la vie professionnelle et une vie sociale satisfaisante pour celui-ci.

2.5. Ré-insertion et technique de travail

Est-ce à dire que les techniques de travail sont secondaires ? Un large courant de pensée et d'action suppose au contraire que la réinsertion passe par l'apprentissage des "techniques" de travail. Ce courant, dont nous ne citerons pas ici l'abondante littérature, est sous-tendu par l'expérience acquise auprès des enfants et adolescents handicapés mentaux et par extension s'est communiquée aux expériences psychiatriques.

Extension d'autant plus aisée que les résultats d'autres méthodes ne sont que modestes. Elle rencontre d'autre part une sorte de consensus pragmatique autour du fait que lorsqu'on possède une technique... on se tirera toujours d'affaire. C'est privilégier en quelque sorte l'instrumental. De ce fait des centres de post-cure et réadaptation évoluent vers la création d'ateliers d'apprentissage (la Tour de Gassie par exemple) qui constituent l'essentiel de leur activité. Centres de formation professionnelle spécialisés en marge des circuits habituels de formation professionnelle considérés comme inadéquats. Cette orientation dont il faut suivre l'évolution risque de constituer un pas supplémentaire dans un accompagnement du sujet malade qui ne trouvera jamais sa fin dans ce processus toujours aliénant.

Il faut cependant retenir de ce courant la nécessité, dans la réinsertion des malades mentaux, non seulement de la qualification professionnelle des patients mais aussi de leur capacité à apprendre des "techniques" de travail et de leur niveau d'étude.

2.6. Les données des études catamnestiques

2.6.1. Etudes antérieures à 1968 et études de suivis en post-cure hospitalière

Notre recherche a utilisé la méthode catamnestique (cf. chapitre méthodologie). Nous faisons ici un exposé plus détaillé de travaux ayant utilisé cette méthode sur des populations proches de la nôtre et qui ont été enquêtées au moins un an après leur sortie.

Nous avons également éliminé tous les travaux antérieurs à 1968 compte tenu du contexte différent à la fois sur le plan économique et sur le plan des opinions par rapport aux possibilités de réinsertion des malades mentaux. Indiquons cependant que parmi les études qui ont antérieurement étudié le devenir des schizophrènes, pour 5 d'entre elles l'évaluation a été faite moins de 5 ans après la sortie de l'hôpital (MANDELBROTE et FOLKARD (1961), RENTON et al. (1963), ORLINSKY et D'ELIA (1964), LEYBERG (1965), WATERS et NORHONER (1965)) ; 5 excèdent cette durée (HOLMBOE et ASTRUP (1957), WING (1966), ACHTE et APO (1967), NOREIK et al. (1968), SOSKIS et al. (1966)). De ces travaux il ressort qu'un nombre croissant de schizophrènes est capable de s'adapter à la société. Cependant, les études montrent

également que cette adaptation n'est pas toujours satisfaisante. Les patients sortis souffrent des mêmes symptômes que les patients hospitalisés. Ils manifestent des comportements déviants qui entraînent une gêne importante pour leur famille et leur environnement. Leur capacité de travail reste faible et presque la moitié d'entre eux dépendent d'une aide publique. D'après les auteurs les facteurs défavorables à l'insertion semblent être : statut conjugal, célibataire et vivant seul, faible capacité de travail, isolement social, et une vie familiale fortement chargée émotionnellement et hostile au patient.

Beaucoup d'études se présentent également comme étude de devenir des sujets. Nous les avons éliminés de cette revue car elles s'éloignent du champ de la présente recherche par le fait qu'il s'agit de l'évaluation des sujets à la fin d'une prise en charge par un centre visant leur réinsertion sociale et non pas plusieurs années après leur sortie du centre (F. GHOBRIEL 1978, A.S. PRESLY et al. 1982, D. EDWARDS 1979, J. MEZQUITA 1982, 1984). Ce dernier auteur donne des descriptions intéressantes sur le fonctionnement d'un tel centre en Espagne. Il indique par ailleurs que 3 ans 1/2 après leur prise en charge, 39,6 % des patients ne sont plus à la charge de la société, 18,8 % sont réinsérés dans la communauté mais reçoivent une aide à mi-temps de différents services. L'ensemble de ses résultats indique que :

- les patients d'âge moyen ont de meilleures perspectives de réinsertion que les plus jeunes ou les plus âgés ;
- les résultats du processus de réinsertion sont en proportion inverse de la longueur du non-emploi antérieur avec de meilleurs résultats pour les temps les plus courts d'arrêt de travail.

Un autre type d'études classées dans la rubrique "suivi" s'apparente davantage à des études épidémiologiques que catamnestiques (M. FESTY (1981 en Norvège), F. MESLE et J. VALLIN (1981 en France), J. HOWAT (1979 en Grande Bretagne). Leur objectif est d'étudier l'évolution de la population des hôpitaux compte tenu des lois ou circulaires favorisant les soins à domicile. Les auteurs s'accordent à reconnaître une augmentation des hospitalisations de courte durée. D'autre part, en Norvège et en France, la diminution du nombre de prises en charge en hôpital n'est pas aussi importante que celle attendue.

En définitive le nombre d'études de type catamnestique que nous avons pu répertorier est de dix.

2.6.2. Etudes postérieures à 1968

2.6.2.1. En France

* M.C. PERAUD, H. DABAN BOILEAU et P. LAB (1973)

Cette enquête fut menée par la Fondation de Santé des Etudiants de France en collaboration avec la Caisse Régionale d'Assurance Maladie de Paris. Commencée en 1968, elle a pris fin en 1973.

Mise à part la volonté de prendre du recul par rapport à l'activité quotidienne de l'institution, qui se manifeste sous forme d'un bilan sur plusieurs années de fonctionnement, cette étude engage une réflexion théorique plus générale sur les chances réelles pour un malade mental de poursuivre ses études et de se réinsérer professionnellement.

A l'enquête, le recul par rapport à la première sortie varie de 2 à 13 ans. Pour 79,6 % des sujets une réponse utilisable a été obtenue. On peut donc considérer les résultats comme valides.

L'hypothèse qui sous-tend ce travail est la suivante : l'obtention d'un diplôme est le plus sûr garant d'un bon avenir professionnel. Les résultats de l'enquête confirment cette hypothèse. En effet, sur les 197 sujets ayant un niveau scolaire supérieur ou égal à la licence, 168 sont insérés. Ce lien entre les résultats professionnels et l'obtention d'un diplôme est particulièrement vérifié chez les schizophrènes : 79 % qui ont obtenu un diplôme parmi ce groupe de malades, sont insérés professionnellement.

* Michèle LENG, 1980-1981 (document ronéoté).

L'objet de cette enquête a été à la fois une approche quantitative et qualitative de la réinsertion psycho-sociale des jeunes gens qui ont passé un minimum d'un mois au Centre de Post-Cure sur une période de 7 ans, de dégager le profil de conditions de vie de ces jeunes gens et d'apprécier en même temps la répercussion du passage dans le centre de post-cure sur le degré de réadaptation des garçons (il s'agit d'une population uniquement masculine).

Sur 82 répondants dont le questionnaire est exploitable, 45 % restent inactifs, 30 % ont une activité professionnelle, 14 % repartent en hôpital psychiatrique, 11 % entrent en formation professionnelle.

Il s'agit d'une enquête descriptive sans hypothèse préalables. Il est intéressant de noter ici le constat final de cette recherche : plus on s'éloigne de la fin du séjour, plus la moyenne de réadaptation augmente, comme si, là encore, le processus personnel d'adaptation lancé durant le séjour du Centre nécessitait un certain temps pour s'accomplir.

Sur une population de recherche de 427 sujets, l'échantillon finalement exploité porte sur 82 sujets (19 %). D'où une possibilité importante de biais qui relativise les interprétations.

*** M. MANN, B. BALBURE, A. BOURGUIGNON (1985)**

Les auteurs ont mené une enquête sur 50 malades psychiatriques. Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès d'eux un an après leur sortie. Deux séries de données ont été recueillies, objectives et subjectives.

Les données objectives concernent le diagnostic, la situation matrimoniale, les conditions de vie, la situation économique, les niveaux scolaires et professionnels, les soins après l'hospitalisation (74 % sont célibataires, veufs, divorcés, séparés de fait, 28 % n'ont pas de domicile personnel ou familial, 52 % avaient un emploi).

Concernant les données subjectives, il apparaît que presque tous les patients demandent un soutien qui ne soit ni social ni médical, qui soit simplement un accompagnement dans la vie.

Là encore, les résultats sont à relativiser compte tenu que 34 % seulement des patients recensés à leur sortie (50/147) ont été étudiés.

2.6.2.2. Aux U.S.A.

*** GERHART SAENGER (1968)**

Les auteurs ont étudié 305 patients sortis de clinique de Santé Mentale sans traitement psychiatrique. L'enquête a été faite un an après leur sortie par interview chez les patients. Les résultats indiquent que le niveau éducatif, le statut conjugal et professionnel ont une influence importante sur l'amélioration de la maladie de ces patients sans traitement.

* A.K.M. FAKHRUDDIN et al. (1972)

Les auteurs ont étudié 508 patients 5 ans après leur sortie de l'hôpital psychiatrique. D'après leurs résultats, ils concluent que bien que la longueur moyenne de séjour à l'hôpital ait été longue (21 ans), la capacité des patients à demeurer dans la communauté au terme des 5 ans est semblable à celle des patients nouvellement admis. Parmi les patients de moins de 65 ans, 20 % travaillaient à temps plein et 15 % à temps partiel. En outre 23 % vivaient chez un membre de leur famille, 41 % en foyer, 14 % en maison de santé. Très peu vivaient donc dans leur propre appartement.

* A. MATTES and al. (1977)

Les auteurs ont recensé 127 patients répartis en deux groupes : long séjour en hôpital (LS, m = 179 jours), court séjour à en hôpital (CS, m = 89 jours). Les sujets ont été revus 3 ans après : 9 patients étaient décédés, 105 ont été interviewés par téléphone et, pour 61 d'entre eux, un questionnaire a été rempli soit par le patient soit par un membre de la famille. Les résultats indiquent qu'il n'y avait aucune différence significative entre les deux groupes quant à leur adaptation sociale. Cependant les LS avaient été réhospitalisés plus souvent et plus longtemps, les CS étaient plus satisfaits de leur séjour à l'hôpital.

Les auteurs ont également tenté d'évaluer l'incidence de la psychothérapie. Ils apparaissent seulement que les LS suivant une psychothérapie sont jugés plus positivement par leur famille que ceux n'en suivant pas.

L'ensemble des résultats sont cependant à relativiser compte tenu que 51 % seulement des questionnaires ont été recueillis.

2.6.2.3. Au Danemark

* J.K. CHRISTENSEN (1974)

Etude catamnétique d'une durée de 5 ans portant sur des schizophrènes masculins. Evaluation de facteurs influençant le succès ou l'échec de la réinsertion dans la communauté.

L'auteur a recensé 126 schizophrènes masculins sortis de l'hôpital. 119 ont été étudiés 5 ans après, un tiers des patients ont été interviewés chez eux, les autres à l'hôpital ou dans un service de post-cure. 53 % des patients n'ont pas été réadmis (arbitrairement définis comme succès, âge moyen 50 ans). Des 66 échecs (âge moyen 43 ans), 47 ont été réadmis à l'hôpital puis sortis à nouveaux, 19 ont été réadmis mais non ressortis.

Les "succès" étaient plus vieux à la sortie, avaient une plus longue durée de maladie et un séjour plus long à l'hôpital, vivaient moins souvent dans leur propre appartement (c'est-à-dire plus souvent en structure protégée) et avaient un meilleur statut professionnel (sur l'ensemble "succès" + "échecs" : 20 % étaient employés à temps plein, 23 % à temps partiel). Avant leur sortie, les "échecs" étaient plus socialement isolés et, à l'époque de l'évaluation, ils étaient moins acceptés par leur famille et avaient moins conscience d'être malades. L'aggravation des symptômes psychotiques, due à l'omission de prendre les chimiothérapies prescrites, était la plus importante cause de réadmission. A l'époque de l'évaluation, plus de "succès" étaient sévèrement perturbés. Tous les patients avaient des problèmes familiaux et sociaux plus importants.

2.6.2.4. Autres études catamnestiques

Outre les travaux d'ANTHONY (1980) et de MIDENET (1974) déjà cités précédemment, nous avons pu obtenir les résumés de deux recherches effectuées l'une aux U.S.A. (L.H. MOLSHOM 1970), l'autre en Allemagne (O. STEIN et W. SCHMITT 1982). Compte tenu du peu d'informations données dans ces résumés il est difficile de préciser ici les résultats et la méthodologie. Cependant les conclusions semblent aller dans le même sens que celles d'ANTHONY : si une insertion semble possible, la vie sociale et professionnelle des ex-patients hospitalisés semble pauvre et restreinte.

2.7. Les enseignements tirés pour la présente étude

Eclairés par cette revue de questions sur les problématiques liées à la réinsertion des malades mentaux et la description de quelques études catamnestiques, nous pouvons préciser les grands

secteurs de variables à prendre en compte dans le type de recherche.

On peut globalement les regrouper en trois grands ensembles :

- santé et prise en charge de la santé : les travaux antérieurs ont indiqué l'incidence possible sur le devenir du sujet, non pas tant du type de maladie mentale, mais du type de traitement (chimiothérapie, psychothérapie, etc.) et de la durée et du nombre des hospitalisations ;

- vie professionnelle : la plupart des écrits indiquent le lien étroit entre formation professionnelle antérieure, niveau d'étude, arrêts de travail et emploi ;

- statut familial et vie sociale : si dans un premier temps les travaux se sont davantage focalisés sur les variables liées à l'emploi, les recherches montrent la nécessité de localiser également les objectifs sur le statut familial et social du sujet (vit avec un(e) conjoint(e), type de ressource, de logement) et mode de vie sociale (amis, loisirs, liens avec la parenté).

En conséquence, si on ne considère pas l'emploi comme source unique de bien être, il s'avère nécessaire de repérer chez les sujets certains sentiments généraux qu'il peut exprimer sur sa vie : satisfaction, insatisfaction, anxiété.

Sur le plan méthodologique, la méthode catamnétique, qui sera décrite plus loin s'avère la plus pertinente pour étudier le devenir des malades et tenter de mieux comprendre leur adaptation différentielle à la vie hors asile. Elle suppose cependant de retrouver le maximum de sujets plusieurs années après leur prise en charge afin d'éviter les biais qui rendraient ininterprétables les résultats.

C - PLAN DE RECHERCHE

3. OBJECTIFS ET HYPOTHESES

Rappelons que l'objectif général était d'évaluer le devenir à moyen terme des malades mentaux passés par un centre de réinsertion professionnelle et destinés à vivre hors structure protégée. Il ne s'agit pas à proprement parler d'évaluer l'efficacité du travail effectué par le centre. Un tel objectif aurait supposé :

1) de posséder des indicateurs d'efficacité, ce qui n'existe pas à notre connaissance dans ce domaine ;

2) de définir un groupe de contrôle ou de référence, tâche difficile compte tenu de la multitude des critères d'appariements.

Il nous est apparu également plus pertinent, compte tenu des questions théoriques soulevées précédemment, de s'interroger sur les modalités de vie des patients après leur passage au centre. L'objectif ne relève pas ainsi d'une problématique simple d'évaluation institutionnelle mais de celle du système d'adaptation entre le malade mental et la société.

Cette adaptation, nous pensons pouvoir la cerner à travers trois ensembles d'indicateurs principaux qui sont : la vie professionnelle, la vie sociale et la vie relationnelle. Si on peut considérer que la vie professionnelle sert de pivot aux deux autres, ceci ne veut pas dire que l'intégration dans le marché du travail "guérisse" le malade mental mais qu'elle lui donne une base nécessaire, sinon suffisante, pour aborder les niveaux de vie sociale et relationnelle.

Quand on aborde une recherche, une formulation plus précise des hypothèses s'impose. Dans ce type de travail il est difficile, compte tenu de la multiplicité des variables en jeu, de définir des hypothèses au sens expérimental du terme, ces dernières visant surtout à vérifier une causalité. Les hypothèses formulées ici

sont essentiellement descriptives ou corrélationnelles et ne pourront prétendre mettre en évidence des liens de causalité directe.

3.1. Une première série d'hypothèses porte sur la vie professionnelle

Nous supposons :

3.1.1. - Trouver des taux d'emploi avoisinant ceux de la plupart des études dans ce domaine, c'est-à-dire aux environs de 30 % et ceci malgré le contexte de crise économique au moment de l'enquête.

3.1.2. - Qu'il existe des liens importants entre la qualification ou le niveau d'études et l'occupation d'un emploi comme dans la population générale (et c'est ce "comme" qui assure l'originalité de ces hypothèses faites sur des malades mentaux).

3.1.3. - Qu'il existe des liens entre d'une part les arrêts et la durée de travail antérieur et le travail au moment de l'enquête.

3.1.4. - Qu'il existe des liens entre les variables qui sous-tendent l'évolution du cursus professionnel et la reprise du travail.

3.1.5. - Que les sujets qui travaillent seront plus souvent globalement plus satisfaits de leur vie que ceux qui ne travaillent pas.

3.2. Une deuxième série d'hypothèses portent sur la santé

Nous supposons :

3.2.1. - Qu'il existe un lien entre le type de pathologie mentale et l'insertion professionnelle. Cependant cette hypothèse pourrait ne pas être vérifiée. En effet certaines études ne trouvent pas ce lien, d'autre part nous pensons que c'est davantage la stabilisation des symptômes que la nosographie qui sous-tend le reclassement professionnel des malades mentaux.

3.2.2. - Qu'il existe un lien, souvent évoqué ou montré dans d'autres recherches, entre le nombre d'hospitalisations, la durée des hospitalisations et l'insertion professionnelle.

3.2.3. - Qu'il existe un lien entre le traitement suivi et la reprise du travail. A priori la chimiothérapie entre autre devrait être moins importante chez les sujets qui travaillent. Une telle hypothèse soulève à l'évidence des problèmes théoriques importants.

3.3. Une troisième série d'hypothèses portent sur la vie sociale

D'un point de vue descriptif nous supposons qu'une majorité de malades mentaux auront une vie sociale relativement diversifiée (amis, loisirs, etc.) et pas simplement réduite aux relations avec les services de soins ou la parenté.

3.4. Une quatrième série d'hypothèses concernant les variables liées au centre Mogador

Nous fondant sur les théories générales en psychologie sociale ou psycho-pédagogie, on peut supposer que ce sont les patients les "plus nantis" (qualification professionnelle, niveau d'étude) qui utiliseront davantage les activités proposées par le centre. Dans ce courant d'idée on peut supposer également que ce sont les "plus nantis" qui seront mieux appréciés par les praticiens du centre quant à la qualité du séjour et à la vie relationnelle manifestée.

3.5. Une dernière hypothèse concerne enfin la prédiction qui peut être faite de l'avenir

des sujets au moment de la sortie administrative du centre. On peut supposer que les sujets sortis du centre avec un travail se trouveront plus souvent, quelques années plus tard, en situation d'emploi. Si les liens dont nous avons fait précédemment les hypothèses avec la vie sociale et relationnelle se trouvaient vérifiés, ces sujets auraient également une meilleure qualité de vie. Ainsi le mode de sortie pourrait statistiquement (mais certes pas individuellement) prédire certaines modalités de vie ultérieures.

4. METHODOLOGIE

4.1. Principes généraux : Recherche clinique et méthode catamnastique

Notre recherche s'inscrit dans le cadre des recherches cliniques en psychiatrie qui ont pour objet, comme le rappelle A. BOURGUIGNON l'étude de la conduite humaine pathologique et ses conditions (in recherche clinique en psychiatrie, éd. INSERM, Vol. 98, 1982). Ces recherches sont scientifiques dans la mesure où elles se donnent des objectifs restreints, qu'elles cherchent à atteindre à partir d'un projet précis, construit selon des concepts et des hypothèses aussi élaborées que possible, qu'on cherche à vérifier en mettant en oeuvre une méthodologie et des techniques appropriées.

Elles sont cliniques dans la mesure où elles portent sur des personnes totales et sur la situation où celles-ci sont placées. Les difficultés épistémologiques de la recherche clinique en psychiatrie viennent du fait que le chercheur est souvent impliqué de manière profonde dans l'objet de sa recherche. Psychologue ou psychiatre, la nature même de la vocation infiltre d'idéologie sa démarche de chercheur. De plus les variables à étudier, quand il s'agit de l'être humain dans sa totalité, sont si nombreuses et si difficiles à définir que le premier pas qui consiste à délimiter l'objet même de la recherche est souvent le plus délicat.

Mais c'est aussi un domaine où il est passionnant de s'aventurer. D'autant que, comme le souligne A. BOURGUIGNON (déjà cité), "sur le plan de la pratique, le résultat de recherches bien conduites aura sans doute plus de poids auprès des administrations que les plus nobles sentiments humanitaires". Tous les chercheurs insistent sur l'importance du choix méthodologique. Celui-ci dépend de l'objectif que la recherche s'est fixé.

La méthode que nous avons choisie pour notre recherche est la méthode catamnastique. Cette méthode relativement récente en psychologie et dans le domaine de la santé mentale (GOLDFARB 1943, AINSWORTH 1962, DUYME 1981, DUMARET-DUYME 1982, BOURGUIGNON 1982) a été surtout utilisée pour étudier le développement des enfants ayant subi des carences graves. Elle choisit un groupe de sujets connus pour avoir tous souffert d'un

trouble ou d'une carence précise dans le passé et elle examine leur comportement actuel afin d'évaluer les effets qu'on suppose résulter de cette souffrance ou carence. Cette méthode écrit M. DUYME (in "les enfants abandonnés : rôle des familles adoptives et des assistantes maternelles - éd. du CNRS, n° 56) est adéquate lorsqu'on veut évaluer l'effet d'une situation ou d'une variable quelconque pouvant entrer en jeu dans le développement de l'individu.

Elle se situe à l'opposé de la méthode rétrospective, plus souvent employée, et qui "consiste à identifier un syndrome... puis, par l'exploration du passé des sujets qui présentent ce syndrome à découvrir les antécédents qui pourraient raisonnablement en rendre compte" (AINSWORTH 1962).

Si cette méthode est féconde pour formuler des hypothèses, elle n'est guère fiable lorsqu'il s'agit de mettre en évidence ce qui produit le syndrome car un même effet peut avoir des causes extrêmement différentes. De plus elle ne prend pas en compte le sujet ayant subi les mêmes antécédents mais ne présentant pas le même syndrome.

La méthode catamnétique se différencie également de la méthode épidémiologique, qui travaillant sur de vastes échantillons de population, étudie les relations existant entre les faits cliniques et certaines variables liées à l'environnement physique ou social. Cette dernière méthode est intéressante par ses résultats quantitatifs mais ne permet pas de récolter des informations très fines.

Compte-tenu de l'interrogations à l'origine des hypothèses de notre recherche, à savoir "que sont devenus les malades passés par notre Centre ?", il semblait évident que seule la méthode catamnétique convenait à notre démarche.

Il s'agissait en effet de prendre un groupe de sujets ayant un profil donné (malades mentaux adultes stabilisés) et passés par un centre de réinsertion socio-professionnelle, et d'évaluer plusieurs années après leur devenir en fonction d'un groupe de variables données : la vie professionnelle, la vie sociale et la vie relationnelle.

4.2. Définition des variables

4.2.1. Les variables avant la sortie du Centre

Rappelons tout d'abord que la population d'étude est composée de malades mentaux stabilisés. Nous entendons par malades mentaux stabilisés, des sujets ayant souffert de troubles mentaux graves (psychose ou névrose grave à l'exclusion des psychopathes, pervers ou toxicomanes) ayant le plus souvent entraîné une ou plusieurs hospitalisations et nécessitant un traitement chimio-thérapeutique et socio-thérapeutique de longue durée, mais dont les symptômes ont totalement ou partiellement régressé jusqu'à laisser au patient la possibilité d'envisager la reprise de ses activités antérieures, soit au niveau où il les avait laissées, soit à un niveau inférieur.

Les variables ont été définies en fonction de grands ensembles que nous désirions inventorier : données sociales, données médicales.

Les variables sociales et médicales sont assez traditionnelles et non ambiguës pour la codification. Les premières comprennent la catégorie socio-professionnelle, l'âge, le statut matrimonial, le diplôme, le niveau d'étude, le type d'hébergement, les arrêts et durée de travail, le type de ressources. Une catégorie est plus subjective : il s'agit de l'évaluation par les praticiens de la vie relationnelle du sujet à l'extérieur du centre lors de la prise en charge du patient. Les données médicales comprennent le diagnostic, type de traitement chimiothérapeutique, présence ou absence de psychothérapie.

Les données institutionnelles sont relatives à l'organisation du centre Mogador. Certaines variables sont objectives : durée du séjour, nombre de séjours, activités de recyclage (secrétariat), socio-thérapie, pédagogie (rattrapage scolaire, préparation à des concours), recommandation du patient auprès de l'employeur. D'autres variables sont plus subjectives : il s'agit de l'évaluation par les praticiens de la vie relationnelle du patient à l'intérieur et à l'extérieur du centre et de la qualité de son séjour.

Enfin le mode de sortie a fait l'objet d'une codification spécifique : travail, recherche de travail, orientation vers un autre centre de soin, désinvestissement du centre.

4.2.2. Les variables après la sortie du centre

Les variables sur l'état du sujet au moment de l'enquête, c'est-à-dire 3 à 5 années après leur sortie, ont été définies en fonction de trois grands ensembles par symétrie avec ceux inventoriés avant la sortie. Les données sociales, outre les variables habituelles, comprennent des variables sur les motifs de travail et de non travail. La vie sociale du sujet comprend : activités associatives, sportives, culturelles, de loisir en général, relations avec le voisinage, la famille. Des variables plus subjectives visant à connaître l'état émotionnel du sujet ont également été ajoutées : anxiété, satisfaction dans la vie sociale et professionnelle.

Les données sur l'état de santé concernent le suivi médical, la chimiothérapie, l'hospitalisation ou non au moment de l'enquête.

Un questionnaire sur ce qui s'est passé depuis la sortie : les hospitalisations et la vie professionnelle du sujet, a également été proposé aux patients. Ce questionnaire faisant davantage appel à la mémoire est probablement moins fiable que les précédents.

4.3. Etapes de la recherche

4.3.1. Etablissement du questionnaire

La première étape, outre les réflexions habituelles sur les objectifs et hypothèses, a consisté à préciser la formulation et la présentation des questions. Si le problème de formulation, pour une compréhension non ambiguë et facile, se pose pour tout questionnaire, il s'avérait particulièrement important pour cette population dont les réactions à certains termes pouvaient être différentes de la population générale. Par ailleurs la présentation devait simplifier au maximum le travail de compréhension pour aider les sujets à remplir leur questionnaire. Dans ce but nous avons élaboré, en fonction des hypothèses, des questions à réponses fermées, en réduisant au minimum le nombre de questions à réponses ouvertes.

Il est bien évident que plusieurs modèles ont dû être élaborés et transformés successivement.

4.3.2. Pré-enquête

Elle avait pour but de tester le questionnaire mais aussi de sensibiliser l'ensemble de l'équipe à la technique de recherche. Depuis la recherche des adresses des sujets jusqu'à la recherche d'informations indirectes auprès des familles et des équipes soignantes, notamment pour les sujets n'ayant pas renvoyé le questionnaire.

Elle a été réalisée sur un échantillon de 33 sujets n'appartenant pas à la population d'étude : 14 sujets en 1976, 19 en 1980 (les résultats détaillés de cette pré-enquête ont été exposés dans le rapport CTNERHI, septembre 1984).

4.3.3. Définition de la population d'étude

Il s'agit de 237 sujets admis durant les années 1977, 78, 79, sous la forme administrative "prise en charge Sécurité Sociale" et dont la pathologie mentale est considérée comme stabilisée par le psychiatre du service. Concrètement ce sont les patients qui, avant leur arrivée au centre, ont commencé d'élaborer un projet de recherche de travail. Après leur candidature ils sont vus par des membres de l'équipe et le médecin du centre. Si leur candidature est retenue, le médecin signe la prise en charge et le candidat fait désormais partie des "admis sécurité sociale".

4.3.4. Recueil des données

4.3.4.1. Données avant la sortie du centre

Elles ont été codifiées par les praticiens du centre à partir des dossiers archivés. Les données médicales ont été codifiées par le même médecin à partir de ses propres rapports effectués sur les patients au moment de leur admission (la classification INSERM était utilisée pour les diagnostics).

4.3.4.2. Données au moment de l'enquête

Dans un premier temps nous avons recherché l'adresse du sujet contemporaine à l'enquête (par l'annuaire des téléphones, etc.). En effet, d'après les dossiers, les adresses de certains sujets

étaient anciennes de 7 ans. Ce travail préalable de vérification d'adresses permettait de diminuer le taux de non-réponses. Un gros travail de recherche a donc été effectué tout en respectant scrupuleusement le secret professionnel.

Dans un deuxième temps les questionnaires ont été envoyés à 224 des ex-patients. Il a été convenu d'arrêter les demandes aux sujets après 3 envois infructueux.

Les raisons de non envoi sont les suivantes : décès des sujets à la sortie (8), localisation d'adresse impossible (4).

Parmi les questionnaires envoyés, 129 ont été remplis. Parmi les 89 questionnaires non remplis, 4 sujets étaient décédés soit sur les 237 sujets initiaux 12 décédés (5 %). Le pourcentage total de réponses aux questionnaires sur les 225 sujets vivants est de 60 %. Il s'agit en fait d'un taux assez exceptionnel pour ce genre d'étude.

4.4. Biais dus aux non répondants

Au terme de cet exposé méthodologique se pose la question du biais dû aux non répondants. Nous avons déjà indiqué que 60 % des sujets ont répondu. D'un point de vue méthodologique la question fondamentale est de savoir si les non répondants, diffèrent significativement des répondants (tableau 1).

Tableau N° 1**POPULATIONS DE REpondANTS
ET NON REpondANTS
AU QUESTIONNAIRE SUJET**

Variables étudiées	Différence entre les 2 groupes de sujets
Sexe	N.S.
Age	N.S.
Niveau d'études	N.S.
Diplôme professionnel	N.S.
Diagnostic à l'entrée	N.S.
Traitement chimiothérapique	N.S.
activité professionnelle antérieure (essais/emploi)	N.S.
Durée du dernier arrêt de travail avant l'entrée à MOGADOR	N.S.
durée de travail dans les deux ans avant MOGADOR	N.S.

Tableau N° 1

Note : N.S. = Différence non significative

Le tableau ci-dessus rend compte des principales différences entre la populations des répondants et celle des non-répondants. On constate que ces populations ne se différencient pas quant aux principales variables qui ont servi à définir la population dont elles sont extraites.

4.5. Traitement des données

Celui-ci s'est fait en fonction des grandes dimensions inventoriées (vie professionnelle, vie sociale, santé, données économiques et familiales). Dans un premier temps nous avons simplement décrit la situation de la population, dans un deuxième temps nous avons présenté les variables pouvant être prédictives de l'avenir des sujets, dans un dernier ont été présentés les "profils" de trois groupes de patients : satisfaits, angoissés, au travail.

Nous n'avons pas fait de calculs sophistiqués mais avons simplement utilisés les pourcentages et X² sur les fréquences (1).

1. Quand cela était nécessaire nous avons indiqué dans le texte les seuils de significativité :

xxx : seuil P = 0,001

xx : seuil P = 0,01

x : seuil P = 0,05

5. RESULTATS

Introduction

La présentation des résultats a été divisée en trois grandes parties.

La première partie est essentiellement descriptive. Elle donne une image de ce qu'est la vie des patients. Certains résultats confirment une image négative que peut donner la littérature sur ce sujet et l'expérience clinique : beaucoup ont été réhospitalisés, tous sont sous chimiothérapie. Cependant les résultats concernant la vie sociale et professionnelle apportent un éclairage nouveau : beaucoup ont pris en main leur propre vie du point de vue financier et du logement, 1/4 travaillent régulièrement et nombre d'entre eux ont une vie sociale et culturelle plutôt riche et diversifiée.

La seconde partie (données prospectives) vise à mettre en évidence les facteurs pouvant prédire le devenir du sujet à partir de l'histoire de celui-ci et dont les éléments étaient déjà connus lors de leur séjour au centre de réinsertion. Là aussi certains résultats étonnent peu : la santé ultérieure dépend de la santé antérieure, l'activité professionnelle ultérieure dépend de l'activité professionnelle antérieure. Plus intéressant est de constater la relative indépendance entre les domaines de la santé et celui de la vie sociale et professionnelle. A partir des données concernant le séjour des sujets au centre, les résultats ont également deux tonalités. L'une est triviale : les bons patients deviennent de bons citoyens. L'autre est plus décisive : tels sont les patients à la sortie, tels ils seront plus tard. Leur mode de sortie est ainsi un prédicteur clé.

La troisième partie tente de mettre en évidence des profils particuliers : celui des satisfaits et celui des anxieux et d'un point de vue plus général celui de ceux qui travaillent. En fait les satisfaits ont le profil du bon citoyen : travail, amis, famille, santé ; les anxieux c'est celui de la misère des 3 Psy... (Psycho. - biologique - social - émotionnel) : maladie, isolement, insatisfaction. Quant au travail "c'est la santé et la satisfaction".

Pour plus de clarté dans le texte nous n'avons pas donné en détail les résultats des données concernant les sujets avant ou

pendant leur séjour au centre. Ils ont été résumés, quand cela était pertinent au début des chapitres composant les différentes parties.

5.1. Données socio-familiales

L'ensemble de ces données statistiques est présenté au tableau n° 2.

Rappelons qu'il s'agit des répondants, soit 60 % de la population de départ.

Tableau N° 2
DONNEES SOCIO-FAMILIALES

ETAT CIVIL		VIE MARITALE	
. célibataires	100 75 %	. non	104 78 %
. mariés	15 11 %	. oui	12 9 %
. séparés, divorcés	19 14 %	. ?	18 13 %
	134 100 %		134 100 %
 ONT DES ENFANTS		 VIVENT AVEC LEURS PARENTS	
. non	89 72 %	. oui	40 %
. oui	34 28 %		
 LOGEMENT			
. chez les parents	36 27 %		
. en logement individuel	67 50 %		
. à l'hôtel	4 3 %		
. en foyer	14 10 %		
. autre et inconnu	14 10 %		
	135 100 %		

SONT SOUS TUTELLE		GESTION DES RESSOURCES	
. non	100 74 %	. seul	90 67 %
. oui	7 5 %	. aidé	21 15 %
. ?	28 21 %	. ?	24 18 %
	<hr/> 135 100 %		<hr/> 135 100 %

RESSOURCES (possibilités de réponses multiples)

. pension invalidité	n = 56
. salaire	n = 34
. pension plus salaire	n = 8
. chômage	n = 13
. A.A.H.	n = 12
. indemnité journalière	n = 6
. sans ressources	n = 4
. parents	n = 4
. autres	n = 12

5.1.1. Etat civil et situation familiale : "Une vie solitaire sans conjoint, sans enfant"

Données sur la population du centre avant la sortie

Il y a environ deux fois plus de femmes que d'hommes ; une forte majorité est célibataire. Ces derniers sont plus jeunes que les autres.

Données sur la même population 4 à 5 ans après

Il y a 86 femmes et 49 hommes, les 3/4 des sujets sont célibataires et seulement 11 % sont mariés. Les célibataires sont significativement plus jeunes (31 ans) que les non-célibataires (40 ans). Bien que les sujets soient déjà âgés, on peut donc constater qu'ils ont pour la plupart une vie solitaire, le concubinage étant par ailleurs peu fréquent puisque 78 % déclarent ne pas avoir de vie maritale.

Ce résultat en implique un autre : un quart seulement d'entre eux ont des enfants. De plus, plus de la moitié de ces enfants ne vivent pas avec leurs parents.

Résumé et interprétation :

Dans l'ensemble, il y a peu de changement depuis la sortie du Centre : les sujets poursuivent une vie solitaire dont on verra plus loin qu'elle n'est pas synonyme de solitude. Quelles qu'en soient les raisons, les ex-patients éprouvent donc des difficultés à vivre avec un conjoint, mais aussi à avoir des enfants et à les élever.

Ce dernier résultat ouvre une autre problématique : celle de la gestion des liens (parents/enfants) et de la dépendance financière des parents qui élèvent leurs enfants (famille ou aide sociale à l'enfance).

5.1.2. Le logement

Données sur la population avant la sortie

Bien que célibataires, la majorité ne vivent pas seuls (avec les parents ou en foyers collectifs). 1/6 est à l'hôpital et 1/3 en logement individuel. Par ailleurs, les plus jeunes sont plus souvent chez les parents (m = 29 ans) ; les hommes sont plus souvent à l'hôpital.

Données sur la même population 4 à 5 ans après

A l'enquête, la **nature de l'hébergement a peu varié**. Pour 70 %, elle est la même mais pour les 30 % restant on note une **petite augmentation du logement individuel**.

Résumé et interprétation :

Dans l'ensemble, les sujets ne dépendent donc pas pour leur logement des structures spécialisées. Au total, pour 80 % d'entre eux, le logement n'a rien à voir avec des structures spécialisées. Ils sont donc moins assistés qu'on ne pourrait le penser. Ceci confirme les résultats concernant la gestion financière autonome (cf. 5.1.3.). La famille joue cependant un rôle important. Est-ce à dire que celle-ci remplace la structure protégée ou qu'il y a manque de structure d'hébergement spécialisé ?

5.1.3. Les ressources

Données sur la population avant la sortie

La quasi totalité des sujets est dépendante des différents systèmes d'aide offerts par la société et notamment de la pension d'invalidité (1) : 40 %, les indemnités journalières : 26 %, les ASSEDIC : 14 %. Par ailleurs, les 2/3 disposent de moins de 1 000 F par mois (2).

Données sur la même population 4 à 5 ans après

La pension d'invalidité est toujours la source de revenus la plus fréquente. Cependant, près d'un quart vivent désormais de leur propre salaire. En fait, si l'on considère toutes les ressources liées au secteur salarial (salaires, ASSEDIC), cela touche plus de 40 % des sujets.

Ainsi, non seulement une masse importante des ressources provient de ce secteur, qui marque l'indépendance des sujets par rapport au secteur santé, mais encore les 2/3 des sujets affirment gérer leurs ressources seuls.

Résumé et interprétation :

L'origine des ressources a évolué. Les salaires sont plus nombreux, mais ce changement s'est fait non pas au détriment de la pension d'invalidité qui reste stable, mais des indemnités journalières. Il resterait à déterminer quelle est la fonction de la pension d'invalidité ? Un frein à la recherche des ressources salariales ou, au contraire, une nécessité compensatoire permettant une gestion de vie autonome ?

De l'ensemble de ces données socio-familiales, un "portrait-robot" peut se dégager : une grande partie de la population - à majorité féminine - est parvenue à une certaine autonomie

1. L'application de la loi de 1975 et, en particulier, l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés étaient à leur début.

2. Entre 1977 et 1979.

(logement individuel, gestion des revenus) tout en jouissant des ressources provenant soit de la pension invalidité, soit du secteur du travail. Cependant domine une vie solitaire sans concubin, sans enfant ; c'est peut-être pourquoi 1/4 d'entre eux vivent encore chez leurs parents.

Ces constats vont à l'encontre d'un certain nombre de lieux communs selon lesquels toute la population des malades mentaux hors "asile" serait sans ressource, plus ou moins clochardisée ou totalement dépendante des structures protégées. Certes, cela ne veut pas dire à l'inverse que tous les malades jouissent de cette "autonomie", mais cela montre clairement qu'une fraction peut y parvenir. Nous verrons plus loin quelles sont les caractéristiques de cette fraction.

5.2. La santé

Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, deux questions reviennent dans le problème de la réinsertion sociale des malades mentaux : quelles sont les fonctions et usages des hospitalisations et de la chimiothérapie en fonction du type de pathologie mentale ? (3)

Données sur la population avant la sortie

Les données recueillies sur les patients indiquent :

- que la population est composée de 56 % de psychoses schizophréniques, de 21 % de névroses et dépressions névrotiques et 23 % divers autres. ;
- 88 % avaient un traitement neuroleptique dont pour 1/3 d'intensité élevée ;
- les sujets avaient presque tous été hospitalisés. Les névrosés moins souvent que les autres.

3. Cf. tableau n. 3.

Données sur la même population 4 à 5 ans après

D'après les questionnaires envoyés aux ex-patients.

Sur le plan nosographique, on ne constate pas de différence. La majorité étant toujours constituée par des sujets psychotiques. Par ailleurs, il n'y a pas de différence significative quant à la qualité et la quantité des traitements utilisés. Presque tous sont sous chimiothérapie, presque tous ont un suivi médical (au moins une fois par mois pour la plupart). Quant aux hospitalisations, bien que plus d'une fois sur deux la durée est inférieure à 6 mois (tableau n° 3), on constate que pour 64 % des sujets, elles seront à nouveau utilisées, dont pour 44 % d'entre eux plusieurs fois. Mais dans ces hospitalisations, nous entendons hospitalisations de jour et de nuit (cette dernière catégorie n'étant utilisée que par la moitié des sujets).

Tableau N° 3 HOSPITALISATION ET SUIVI PSYCHIATRIQUE

I - Evolution entre la sortie et l'enquête

REPARTITION DES HOSPITALISATIONS

86 sujets ont été hospitalisés dont 70 en psychiatrie

1 seule hospitalisation	: 43	- 1 fois	39
2 hospitalisations	: 19	- 2 fois	18
3 hospitalisations	: 15	- 3 fois et plus	13
Nombre d'hospitalisations non connus	: 9	- et 7 pour des causes de santé physique (durée longue)	
Total	: 86		

DUREE DES HOSPITALISATIONS

. Hospitalisation 1 mois	15 sujets
. Hospitalisation 2 à 3 mois	11 sujets
. Hospitalisation 4 à 5 mois	8 sujets
. Hospitalisation 6 mois à 1 an	1 sujet
. Hospitalisation 1 an à 2 ans	13 sujets
. Hospitalisation plus de 2 ans	13 sujets
. non réponse	13 sujets

II - Au moment de l'enquête en 1982

SUIVI MEDICAL ET PERIODICITE

- 35 sujets sont hospitalisés (26 %), moitié en hôpital à temps plein (n = 17) de jour (n = 18).
- 100 sujets ne sont pas hospitalisés.
- 124 sujets sur 133 ont un suivi médical soit 93 % des sujets répondants.

Le type de suivi connu se décompose de la manière suivante (n = 119).

	généraliste (6)	5 %
non psychiatrique		
Suivi	spécialiste + généraliste	6 %
psychiatrique	psychiatre seul (90)	76 %
	psychiatre + autre (16)	13 %

En ce qui concerne la périodicité du suivi connu (n = 117) elle est la suivante :

. Plus d'une fois par semaine	9 %
. Une fois par semaine	20 %
. Une fois par quinzaine	22 %
. Une fois par mois	32 %
. Une fois tous les trois mois	17 %

Données sur la même population 4 à 5 ans après

D'après les questionnaires envoyés aux médecins traitants

Pour compléter les informations médicales, 183 questionnaires ont été envoyés aux médecins, 77 % ont répondu.

Pour 54 sujets on ne dispose donc pas des informations des médecins (4).

Les questions portaient sur le type de traitement, la stabilisation du sujet, la compatibilité de l'état de santé mentale avec le travail.

L'analyse des données confirment certains résultats obtenus par les questionnaires envoyés aux sujets : chimiothérapie et suivi médical important des sujets. Si l'on compare les types de médicaments pris avant la sortie du centre et ceux indiqués par les médecins à l'enquête, les neuroleptiques demeurent les plus fréquents (75 %).

Ils considèrent que la plupart des sujets sont stabilisés (83 %) et que pour environ 1 sujet sur 2 leur état est compatible avec un travail.

Le résultat le plus frappant est celui de l'allègement de la médication pour la moitié des sujets (5). Ce constat est sans doute à rapprocher d'une certaine intégration sociale de beaucoup de sujets de l'enquête, mais il reste difficile à interpréter. Il n'est en effet pas possible d'affirmer si la diminution des doses a permis l'adaptation ou si l'adaptation a permis la diminution des doses.

Résumé et interprétation :

L'enquête nous montre que sur le plan psychiatrique, il s'agit d'une population lourde : lourdeur de la chimiothérapie, lourdeur de la pathologie, fréquence importante des hospitalisations. La prégnance du médical, du suivi psychiatrique, l'arsenal du chimiothérapeutique, restent extrêmement présents.

4. Pour les détails méthodologiques et statistiques, cf. "emploi, vie sociale et vie relationnelle des malades mentaux en dehors des structures protégées", M. DUYME, A. DUMARET, J. BARBEAU et l'équipe du Centre Mogador. Rapport CTNERHI, Sept. 1984.

5. Les chiffres portent uniquement ici sur les sujets qui ont été vus par les médecins depuis moins de 3 mois.

5.3. Relations avec l'environnement

Données portant uniquement sur la population 4 à 5 ans après

Les activités sociales et culturelles sont très diversifiées comme l'indique le tableau n° 4.

Quantitativement, elles sont probablement comparables à ce qui se passe dans la population générale.

Cependant, on constate une propension à un choix d'activités peu ou prou dans la continuité des soins (associations à vocations d'entraide, etc.).

Dans l'ensemble, les sujets disent avoir un réseau d'amis. Les liens avec la famille demeurent importants pour la quasi-totalité des sujets. Les 2/3 (67 %) ont des rapports faciles avec leur famille. Cette donnée est d'autant plus à souligner que ceux qui jugent leur rapport facile avec la famille jugent aussi plus souvent leur rapport facile avec le voisinage ($P = xxx$).

A la question : "Est-ce que le fait de travailler différencie les réseaux sociaux ?...", on peut répondre que les conduites sociales évaluées dans l'étude sont, en fait, les mêmes que les sujets travaillant ou non.

Tableau N° 4
A/ ACTIVITES SOCIALES CULTURELLES ET DE LOISIRS

Thèmes	Nombre de sujets	% Oui	Remarques	Importance des activités
Vie associative	124	16 %	6 hommes 14 femmes dont 1 homme et 4 femmes travaillent	
Pratique d'un sport	122	37 %	18 hommes 27 femmes seul = 26 % accompagné = 74 %	de temps en temps 26 %
Sorties au spectacle	129	72 %	seul : 29 % accompagné : 71 %	de temps en temps 63 %
Dîner avec des amis	123	57 %		de temps en temps 50 %
Sorties au café	124	65 %		de temps en temps 42 %
Sorties dans la rue	123	88 %		de temps en temps 49 %
Sorties dans les magasins	125	90 %		de temps en temps 68 %
Sorties à la campagne	125	68 %		de temps en temps 57 %
Faites-vous ces activités extérieures ?	111		facilement : 64 % difficilement : 36 % seul : 52 % accompagné : 48 %	
Angoisse durant ces sorties	125	53 %	60 % des hommes 49 % des femmes	un peu seulement 40 % beaucoup : 13 %
Lecture	125	84 %		de temps en temps 63 %
Télévision	125	82 %	89 % des femmes 68 % des hommes	tous les jours 45 %

Note : les pourcentages portent sur les réponses aux questions et non pas sur le nombre total des sujets enquêtés.

B/ RELATIONS AVEC L'ENTOURAGE

Thèmes	Nombre de sujets	% Oui	Remarques	Importance des relations
Contact avec la famille	125	92 %	rappports faciles 67 % difficiles 33 %	de temps en temps 63 % tous les jours 29 %
Contacts avec les voisins	122	66 %	rappports faciles 69 % difficiles 31 %	rare 42 % réguliers 24 %
Avez-vous des amis ?	123	76 %	67 % des hommes 81 % des femmes	quelques uns 66 % beaucoup 10 %
Avez-vous un ami ? (conjoint)	123	37 %	rappports faciles 74 % difficiles 26 %	
Relations avec autrui = source d'angoisse	119	60 %	55 % des hommes 64 % des femmes	un peu : 42 % beaucoup : 18 %
Satisfaction quant à la situation actuelle	114	43 %	autant d'hommes que de femmes	

Note : les pourcentages portent sur les réponses aux questions et non pas sur le nombre total des sujets enquêtés.

Cependant, le vécu des conduites sociales évaluées est ressenti comme plus angoissant par un nombre plus important de sujets ne travaillant pas (P = xx).

5.4. Situation professionnelle

Données sur la population - avant la sortie

Le niveau d'études est nettement plus élevé que celui de la moyenne régionale (6), mais peu ont un diplôme professionnel (7).

Les employés (65 %) sont sur-représentés et à dominante féminine ; les ouvriers (21 %) sont sous-représentés.

Dans les deux années qui ont précédé l'arrivée au Centre, peu ont travaillé plus d'un mois (39 %). De plus, plus de la moitié avait un arrêt de travail supérieur à deux ans. La durée moyenne de travail était faible : **4,8 mois sur 24 mois.**

Données sur la même population 4 à 5 ans après

Le tableau 5 présente les données concernant les situations professionnelles, d'une part entre la sortie du Centre et l'enquête et, d'autre part, au moment de l'enquête.

5.4.1. La formation

19 % des répondants ont suivi une formation professionnelle. Ce taux paraît relativement élevé, mais il concerne principalement ceux qui avaient un assez bon niveau de formation générale : 10 sujets sur les 23 avaient au moins le bac. 6 sujets seulement ont obtenu un diplôme dont 3 n'avaient aucune formation professionnelle antérieurement. A noter que la formation professionnelle a permis uniquement à 5 sujets (célibataires) de trouver du travail, mais ils s'y tiennent puisque 4 d'entre eux travaillent toujours.

On doit remarquer :

1) Les formations traditionnelles peuvent être utilisées dans un nombre non négligeable de cas. Mais on peut aussi se poser la question : "Des formations spécifiques ne seraient-elles pas plus efficaces ?"

2) Le pourcentage d'utilisation professionnelle de ces formations est faible.

6. Ile de France 1982.

7. Les données ne sont toutefois pas toujours explicites sur ce point.

Mais il faut noter que, dans la population générale, l'utilisation dans le métier des formations acquises n'est pas non plus aussi élevée qu'on pourrait l'attendre.

5.4.2. Le travail

Le nombre de patients qui a trouvé un emploi pendant la période qui a suivi la sortie jusqu'au moment de l'enquête est relativement important : 60 %.

En fait, presque la moitié d'entre eux avait trouvé ce travail dès la sortie du Centre. Nous analyserons plus loin l'importance de ce mode de sortie sur l'avenir professionnel du sujet.

Il s'agit, le plus souvent, de travail à temps plein (81 %). Il faut toutefois signaler qu'un nombre important de ces sujets n'a pu maintenir son insertion qu'au prix de changements d'emplois plus ou moins fréquents voire même, de ruptures brutales par démissions ou licenciements.

Tableau N° 5 VIE PROFESSIONNELLE

I - VIE PROFESSIONNELLE ENTRE LA SORTIE DU CENTRE ET L'ENQUETE

FORMATION PROFESSIONNELLE (23 sujets)

. 16 femmes

- . 13 ont suivi une formation d'emploi de bureau
- . 1 opératrice de saisie
- . 1 adjointe administrative bibliothèque
- . 1 animatrice de vente

. 7 hommes

- . 2 F.P.A. sans précision
- . 1 S.N.C.F. : terminal de réservation
- . 1 dessinateur en électronique
- . 1 aide-comptable
- . 2 mécanique-auto

ACTIVITE

51 sujet n'ont pas occupé d'emploi : 40 %

75 sujets ont occupé un emploi : 60 %

- dont 34 exercent actuellement toujours le même emploi
- 12 ont changé d'emploi
- 29 ne travaillent plus.

Pour ceux qui ont exercé un emploi et qui ont changé ou ne travaillent plus, le travail a été trouvé en moyenne 11,9 mois après la sortie.

- . 18 sujets l'ont trouvé moins de 3 mois après leur sortie
- . 6 entre 3 mois et un an après leur sortie (41 non réponses)
- . 3 entre 1 et deux ans après leur sortie
- . 7 deux ans et plus après leur sortie

Raisons des départs du premier emploi obtenu à la sortie :

- . 12 par démission
- . 11 par licenciement individuel (6 non réponses)
- . 8 travail temporaire, contrats à durée déterminée
- . 4 licenciement économique

Nombre de changements de travail depuis la sortie :

- . 12 personnes ont changé une fois
- . 7 personnes ont changé 2 fois
- . 7 personnes ont changé 3 fois et plus.

II - AU MOMENT DE L'ENQUETE (47 actifs/135)

- . depuis moins de 4 mois : n = 9
- . depuis 4 mois à un an : n = 3
- . depuis 1 à 2 ans : n = 6
- . depuis 2 à 3 ans : n = 11
- . depuis plus de 3 ans : n = 14

CSP	H	F	Total nb	%
cadres supérieurs et moyens	1	1	2	4,3
employés de bureau	6	18	24	51,1
ouvriers, manoeuvres	4	7	11	23,4
personnels de service	4	5	9	19,1
?	1	-	1	2,1
	16	31	47	100,0

En définitive, combien de sujets travaillent effectivement à l'enquête ?

47 sujets (8) sur 135, soit 35 %, relèvent du monde du travail. 36 d'entre eux (27 %) sont en situation normale de travail - 7 sont en "atelier protégé", 4 en arrêt maladie -. Il s'agit pour 84 % d'un travail à temps plein stable dont un peu plus de la moitié en emplois de bureau. Ces derniers sont toujours sur-représentés ; les ouvriers sont toujours sous-représentés, mais on constate une augmentation des personnels de service.

Cette activité professionnelle est exercée, en moyenne, depuis plus de deux ans.

Au-delà de ces taux, qu'en est-il des conditions de travail ? Nous les caractérisons par trois critères : la possibilité de socialisation, le rapport à la hiérarchie et aux collègues, le vécu émotionnel.

* Pour plus de la moitié, leur travail implique une bonne socialisation, puisqu'ils sont intégrés à des équipes de bureaux comprenant cinq personnes ou plus et que seulement un cinquième des sujets travaillent seuls.

* Les deux tiers disent avoir des relations faciles avec la hiérarchie (62 %) et leurs collègues (68 %).

* La moitié sont satisfaits du travail qu'ils effectuent ; cependant, un nombre important de sujets (64 %) reconnaît être angoissé.

8. Sur les 88 sujets non actifs, 32 sont hospitalisés (dont 18 en hôpital de jour), 5 fréquentent un Centre de Réadaptation et 6 suivent une formation.

Résumé et interprétation sur le travail :

Il apparaît qu'en dépit d'une population à majorité psychotique, avec une médication importante, ayant subi pour la plupart de nombreuses hospitalisations et étant dans une situation d'échec plus ou moins prononcée de l'insertion professionnelle (9), les taux de reclassement peuvent être considérés comme satisfaisants.

L'hypothèse de départ, compte tenu des recherches antérieures, est confirmée.

Ce taux est non seulement important quantitativement, mais aussi par rapport à la durée du travail et la satisfaction des sujets.

L'orientation privilégiée vers des emplois de bureau permet de penser qu'il s'agit, sans doute, du milieu professionnel le plus perméable à l'intégration et à l'insertion professionnelle des malades mentaux.

Nonobstant les problèmes d'introduction des techniques nouvelles comme l'informatique, la situation géographique (Paris) favorise le développement de ce type d'activité : banques, commerces, sièges sociaux et administratifs.

Une conception peut-être désuète du travail de bureau (travail "peinard", sécurité de l'emploi, nombreux avantages) participe sans doute à ce mouvement.

Il faut souligner que pour les milieux modestes l'entrée dans un bureau est encore un critère de réussite sociale.

Pour certains sujets, insérés d'ailleurs le plus souvent à un niveau très modeste dans un emploi de bureau, nous remarquons, notamment dans le milieu bancaire, que ce n'est pas tant le centrage sur l'emploi (type de travail, possibilité de carrière) qui importe que l'effet valorisant de l'appartenance à un organisme puissant, possédant un sigle prestigieux, ainsi que certains usages de la pratique professionnelle qui en donne une image très valorisée auprès du public, renforçant d'autant plus l'attrait exercé sur nos patients.

9. En effet, les sujets traités n'ont pu être reclassés professionnellement par les services cliniques qui les avaient en charge.

En définitive, si le taux d'insertion est relativement élevé, la qualité de l'insertion est variable.

En effet, le problème de la stabilité reste posé puisque si la moitié d'entre eux garde longtemps son travail, l'autre moitié accuse un nombre important de ruptures du cursus professionnel. De même, si la majorité de ceux qui travaillent est satisfaite et a le sentiment de relations faciles avec ses collègues et la hiérarchie, il n'en persiste pas moins pour les deux tiers d'entre eux un sentiment d'angoisse ; mais cette dernière n'est-elle pas le lot de tout individu ?

5.5. Le mode de sortie : une donnée essentielle

Dans nos hypothèses, nous indiquons déjà la nécessité d'étudier le mode de sortie. Au vu des résultats, cette nécessité est confirmée et nous lui consacrons un chapitre spécifique. Nous présenterons, dans un premier temps, les rapports entre Mode de Sortie et données sur la population avant la sortie et Mode de sortie et données sur la même population 4 à 5 ans après.

5.5.1. Au seuil du départ, deux processus "clés" : le mode de sortie et la recommandation

Les principales données sont résumées sur le tableau n° 6 et le graphique n° 1. Plus d'un tiers des sujets sortent avec un travail. Si l'on évalue l'efficacité du Centre par rapport à ce qu'on pourrait penser être l'un des objectifs principaux : la mise au travail, cette efficacité est faible. Mais, il est à noter que la population qu'il traite a déjà marqué un échec sur ce point après d'autres incitations. De plus on peut remarquer sur le graphique n° 1 que le mode de sortie travail est lié à de nombreuses variables traduisant l'action institutionnelle.

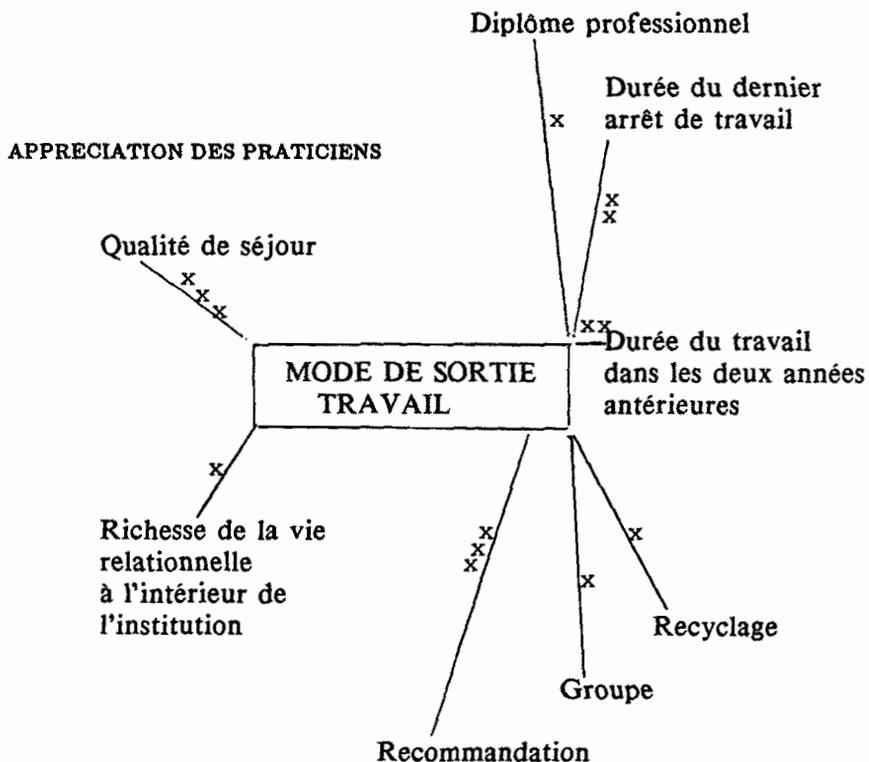
Tableau N° 6
MODE DE SORTIE

Mode de sortie	Effectif	%
. Reprise d'un travail	84	36
. Recherche d'un travail (OSORP)	7	3
- "COTOREP, CAT, Atelier protégé	6	2,5
- "Formation, concours	6	2,5
. Filières soins, hospitalisation	49	21
. Désinvestissement personnel	76	33
. Autres	5	2
Total	233	100,0
. Inconnu	4	

Quant aux liaisons avec les variables professionnelles, médicales et sociales, le constat est banal dans la mesure où les variables du cursus professionnel sont liées au mode de sortie-travail. Mais, il est surprenant et rejoint en cela les données des chapitres précédents, dans la mesure où ce mode de sortie n'est pas lié aux variables sociales et médicales.

Graphique N° 1
MODE DE SORTIE ET VARIABLES AVANT LA SORTIE

SECTEUR PROFESSIONNEL



SECTEUR INSTITUTIONNEL

5.5.1.1. Importance des données professionnelles

Le diplôme facilite, à la sortie du Centre, l'acquisition d'un travail. Il s'ensuit que quand les sujets n'ont aucun diplôme professionnel, ils sont plus nombreux à "désinvestir" ou à repartir vers de nouvelles filières de soins (P = x).

Tableau N° 7
DIPLOME PROFESSIONNEL ET MODE DE SORTIE
(% verticaux)

	aucun diplôme	CAP	> CAP
Sortie travail	31 %	43 %	63 %
Sortie travail désinvestissement	35 %	26 %	25 %
Sortie travail filières de soins	28 %	17 %	6 %
Sortie : recherche de travail	6 %	14 %	6 %

Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne les femmes dont 52 % sortent avec un emploi si elles ont le CAP contre 35 % si elles n'ont pas de diplôme professionnel.

Une vie professionnelle antérieure rend plus probable un travail à la sortie (P = xx).

Ce qui s'est passé juste dans les deux années précédentes est en effet important : 53 % des sujets ayant trouvé un travail et 50 % des sujets sortis en cherchant un emploi avaient exercé un ou plusieurs emplois durant cette période. Ceci est valable pour les hommes comme pour les femmes. Ainsi le travail "appelle" le travail. Ceux qui ont travaillé le plus longtemps durant les deux années précédant l'admission au Centre sont également ceux qui ont le plus de chances de retravailler à leur sortie (P = x).

Tableau N° 8
ACTIVITE PROFESSIONNELLE ANTERIEURE
ET MODE DE SORTIE

Mode de sortie	Activité antérieure (durée)	Ont exercé au moins un emploi (% oui)	Dernier arrêt de travail	
			<2 ans	>2 ans
travail	6,8 mois	53 % (n = 80)	60 %	40 %
recherche de travail	5,4 mois	50 % (n = 16)	69 %	31 %
désinvestissement	3,7 mois	31 % (n = 71)	45 %	55 %
filières de soins	3,1 mois	20 % (n = 46)	33 %	67 %

Il y a une conséquence logique à cette activité antérieure : plus la durée du dernier arrêt de travail est courte, meilleure est la sortie et inversement (P = xx).

La corrélation entre le mode de sortie et la durée du dernier arrêt de travail est surtout vérifiée pour les hommes : 42 % des hommes sortent avec un travail si l'arrêt de travail a été inférieur à 2 ans, contre 18 % seulement si l'arrêt de travail a été supérieur à deux ans.

5.5.1.2. L'apport des donnes institutionnelles

Nous verrons que :

Tout se passe comme si les patients "bons élèves" (c'est-à-dire ceux qui suivent les activités de groupe (10) et de recyclage)

10. Nous entendons par :

Groupe : réunion informelle du matin à but sociothérapique fréquentée par la plupart des patients en recherche d'emploi.

Recyclage : il s'agit de l'activité de réentrainement aux travaux de secrétariat (dactylo en particulier) et de l'activité psycho pédagogique.

Psychopédagogie : activité personnalisée orientée sur la réactualisation des connaissances et la préparation aux examens et concours.

étaient aussi ceux qui partent avec un travail et sont appréciés positivement par les praticiens.

Le groupe et le recyclage sont deux indicateurs pour une sortie "travail" ($P = x$).

Les sujets participant au groupe (et à un moindre niveau ceux qui suivent un recyclage) ont plus de chances de retrouver un travail à la sortie que ceux qui n'y participent pas. Ceci s'explique sans doute par le but sociothérapeutique de cette activité qui tendrait à développer les capacités relationnelles.

L'appréciation de la qualité du séjour ainsi que l'appréciation sur la vie relationnelle ont été formulées après coup (à l'occasion de la recherche) et non au moment où les dossiers furent constitués. Ceci affaiblit sans doute la valeur objective de la liaison ($P = xxx$) entre qualité du séjour et mode de sortie : en effet le séjour a été jugé positif pour 78 % des sujets ayant retrouvé un emploi alors qu'il n'a été jugé positif que pour 28 % des sujets ayant désinvesti.

Cette remarque est valable également pour le lien entre une vie relationnelle riche à l'intérieur du Centre et une sortie travail ou recherche de travail, ainsi qu'entre une vie relationnelle riche à l'extérieur du Centre et une bonne qualité de séjour.

5.5.1.3. L'effet de la recommandation auprès des employeurs

Nous ne donnerons pas ici les détails chiffrés des analyses statistiques qui ont porté sur cette modalité spécifique d'intervention de l'institution. Indiquons simplement qu'à leur sortie la moitié des patients sont recommandés par lettre à un employeur, les hommes le sont davantage que les femmes, et cette recommandation est statistiquement liée à une sortie travail.

La fonction de cette recommandation est difficile à apprécier. On retrouve encore dans l'analyse des résultats la notion du bon patient, c'est-à-dire : celui qui suit les activités du centre et qui est bien apprécié de la part des praticiens est davantage recommandé.

Si la recommandation est liée à une plus grande probabilité d'avoir un travail gardons nous de lui imputer une causalité directe.

En effet nous venons de voir que ce sont les plus "doués" professionnellement qui ont un travail à la sortie. On peut penser qu'en fait ces plus doués se trouvent à nouveau renforcés par ce type d'accompagnement à la sortie.

5.5.2. Le mode de sortie : un prédicteur clé

Lié lui-même à la durée du dernier arrêt de travail et à l'activité professionnelle antérieure au centre, le mode de sortie est un prédicteur important du devenir des malades mentaux (voir le graphique n° 2 ci après).

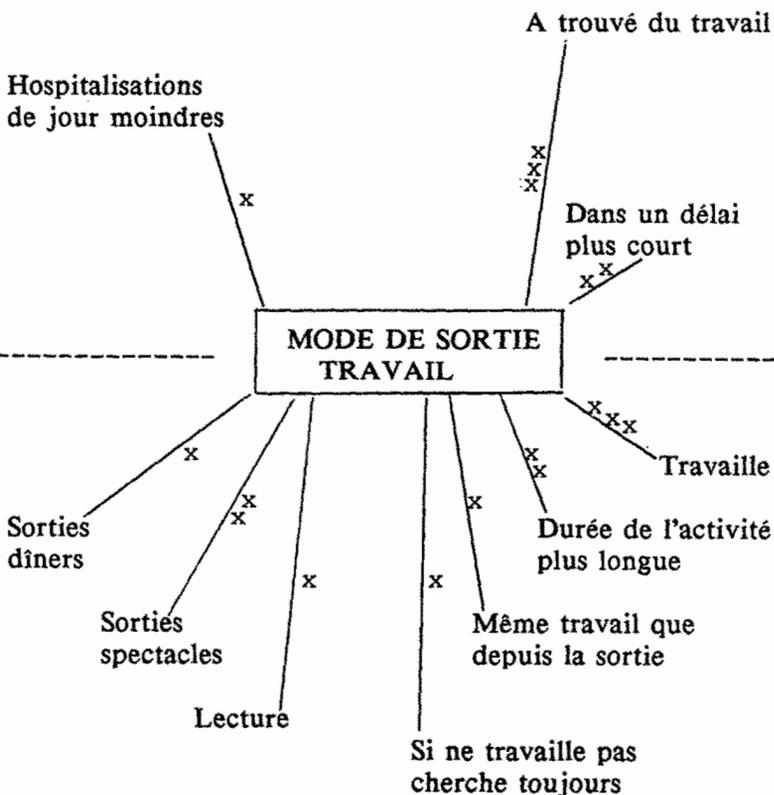
Graphique N° 2
MODE DE SORTIE TRAVAIL ET VARIABLES

ENTRE LA SORTIE ET L'ENQUETE

ACTUELLEMENT AU MOMENT DE L'ENQUETE

SANTE

VIE PROFESSIONNELLE



LOISIRS

5.5.2.1. Mode de sortie et santé

Que les sujets soient ou non sortis avec un travail n'a pas d'incidence plusieurs années après sur leur situation médicale, ici au moment de l'enquête. Cependant entre la sortie et l'enquête, ceux qui sont sortis sans travail sont plus nombreux à avoir été hospitalisés (graphique n° 2). Nous reparlerons plus loin de ces rapports entre hospitalisation et travail.

5.5.2.2. Mode sortie et travail

On a déjà noté que 36 % des sujets sont sortis du centre avec un travail. Le mode de sortie "Travail" (sortie travail / sorties autres) est un indicateur pertinent de l'insertion professionnelle au moment de l'enquête. Plus de la moitié des actifs l'avaient trouvé à la sortie. La plupart ont d'ailleurs conservé le même emploi depuis la sortie et pour ceux qui ont changé, le délai de reprise d'un travail a été plus court que pour ceux ayant quitté le centre sans emploi. Parmi les 29 personnes qui recherchent du travail au moment de l'enquête, ceux qui étaient sortis avec un travail (et qui l'ont perdu depuis) sont plus nombreux à persévérer dans leur recherche d'emploi que ceux qui étaient sortis sans travail ($P = x$).

5.5.2.3. Mode de sortie de vie sociale

On constate chez les sujets sortis du centre avec un travail qu'ils ont plus d'amis, sortent (dîners et spectacles) et lisent davantage que ceux sortis sans travail. Mais il n'existe pas de lien entre la situation matrimoniale, les relations avec la famille et l'entourage et le fait d'avoir eu un travail à la sortie.

Conclusion sur le mode de sortie :

5.5.2.4. Profil du devenir des sujets sortis avec un travail

Le graphique n° 2 montre les principales liaisons statistiques des variables liées à la sortie travail. Le profil correspond globalement à ceux qui avaient le plus de chances d'être insérés socialement : ils ont subi moins d'hospitalisations, travaillent plus

souvent quelques années après leur sortie, ont une vie de loisirs plus diversifiée.

6. LES RELATIONS ENTRE ACTIVITE PROFESSIONNELLE, SANTE ET VIE SOCIALE A L'ENQUETE

Au terme de ces descriptions par secteur (travail, santé, vie sociale) se pose la question des rapports entre ces trois grandes dimensions.

Elles sont, en fait, relativement indépendantes et c'est ce qui nous a le plus étonné. Il n'y a notamment pas de lien statistiquement significatif entre le type de pathologie et le fait d'avoir une activité professionnelle, ni entre le traitement chimiothérapeutique et l'activité professionnelle puisque le suivi médical est massif. Il faut néanmoins remarquer que travaillent ou sont en arrêt maladie : 50 % des "séquelles d'état aigu", 35 % des "schizophrènes" et 27 % des névrosés. Dans une étude complémentaire (1) effectuée dans le même centre mais sur un plus grand nombre de sujets, les "séquelles d'état aigu" travaillaient significativement plus souvent.

Cependant, ce sont les ruptures par hospitalisation qui sont plus déterminantes. En effet, ceux qui n'ont pas trouvé de travail sont plus nombreux à avoir été hospitalisés après leur sortie du Centre ($P = x$) et à être hospitalisés actuellement ($P = xxx$). De même, ceux qui ont une activité professionnelle au moment de l'enquête ont été moins souvent hospitalisés après leur sortie du Centre et sont moins hospitalisés actuellement.

1. cf. étude complémentaire p. 88.

7. ANALYSE PROSPECTIVE

Après cette description de la population plusieurs années après la sortie du Centre, on peut se poser la question de savoir si ce devenir était prévisible. En d'autres termes, est-ce que les praticiens, compte tenu des informations qu'ils possèdent sur les patients, lors de leur séjour au Centre, peuvent "prédire" ce qu'ils deviendront. Sur le plan de la recherche, y a-t-il un lien statistique entre des informations et les données sur les sujets au moment de l'enquête.

7.1. Santé et devenir : le poids de l'histoire psychiatrique

Les variables médicales sont un bon prédicteur des données médicales futures, un moins bon prédicteur du travail, un mauvais prédicteur de la vie sociale.

* On remarque, tout d'abord, une série de liaisons statistiquement significatives reliées aux données médicales traduisant une certaine constance dans les rapports de l'individu au médical.

a) Les personnes n'ayant pas ou peu été (pas plus d'une fois) hospitalisés avant leur venue à Mogador sont également moins nombreuses à être hospitalisés au moment de l'enquête ($P = x$) et les moins suivies en psychiatrie ($P = xxx$).

b) Si la nosographie est liée au suivi psychiatrique (toutes les séquelles d'états aigus et PMD sont suivies ; 96 % des schizophrènes ; 59 % des névrosés et dépressifs), celle-ci n'est liée ni à l'hospitalisation actuelle ni aux hospitalisations depuis la sortie du Centre, ni à leur durée.

c) Les personnes en psychothérapie avant leur venue au Centre sont proportionnellement moins nombreuses (que celles qui n'en avaient pas) à avoir un suivi médical psychiatrique quelques années plus tard ($P = x$), mais il est difficile de dire si ce résultat tient au fait que ceux qui étaient en psychothérapie étaient moins malades ou si c'est le fruit de la psychothérapie.

d) La durée du dernier arrêt de travail avant la venue au Centre est liée à l'hospitalisation au moment de l'enquête ($P = x$) : parmi les personnes hospitalisées en 1982-1983, toutes avaient eu des arrêts de travail dont plus de la moitié (56 %) égaux ou supérieurs à 2 ans.

* Si les variables médicales "prédissent la situation médicale ultérieure, il n'en est pas de même pour la prédiction du travail. En effet, il n'est pas lié au type de pathologie, mais seulement aux hospitalisations (moins fréquentes) et aux durées des arrêts de travail antérieures ($P = x$) plus courtes.

* Enfin, ces variables médicales concernant la santé des sujets avant l'arrivée ou la sortie du Centre ne sont reliées à aucun des indicateurs de vie sociale et culturelle que nous avons étudiés.

En conclusion, le médical "prédit" le médical. Trois points sont cependant à souligner. Les hospitalisations et la durée des arrêts de travail apparaissent comme un frein à la reprise du travail. On peut se demander s'il ne s'agit pas là d'un nouveau mode de vie semi-institutionnel qui remplacerait l'institutionnalisation, mais permettrait un autre type de vie sociale.

Il resterait à étudier les fonction de ces ruptures (hôpital / non hôpital, arrêt de travail / tentative de reprise) sur la vie des sujets.

Le deuxième point concerne le type de pathologie qui est peu prédictif, et des variables médicales et de l'avenir socio-professionnel des sujets : les activités extérieures sont réalisées avec plus de facilité par les sujets classés dans les catégories "séquelles d'états aigus et PMD" (92 %) et par les névrosés (76 %) que par les schizophrènes (58 %).

Il est difficile de dire si cela tient à la nature de la maladie ou à l'efficacité des chimiothérapies.

Le dernier point à souligner se résume en une phrase : l'indépendance entre les données médicales et les données vie sociale et culturelle.

7.2. Travail antérieur et devenir professionnel : "le Travail appelle le travail"

Si le médical est peu prédicteur du travail, on peut supposer que le passé professionnel le sera davantage. Une telle supposition peut relever du truisme, mais s'agissant des malades mentaux, elle opère un changement de problématique en la resituant dans le

cadre des grands constats effectués dans la population générale, à savoir : une bonne qualification professionnelle, un bon curriculum vitae sont liés à la situation professionnelle et facilitent les chances de trouver un emploi.

Un constat essentiel confirme en partie cette hypothèse : Les sujets qui avaient travaillé auparavant sont plus nombreux à avoir trouvé un travail après la sortie et en moins de temps ($P = x$) que ceux qui n'avaient fait que des essais. De plus, 87 % des sujets (40/47) considérés comme ayant un travail avaient travaillé avant leur venue au Centre.

Quand on compare les catégories socio-professionnelles (C.S.P.) arrivée au Centre / moment de l'enquête, on constate que :

- 59 % (27/46) n'ont pas changé de C.S.P. ;
- 17 % (8/46) travaillent, mais ont changé de C.S.P. de manière plutôt négative en ayant été disqualifiés par rapport à leur ancienne situation : ainsi, un cadre moyen est devenu employé, sept employés sont devenus ouvriers ou personnels de service.
- 24 % (11/46) ont changé de C.S.P. de manière positive avec, semble-t-il, une amélioration de la qualification : ainsi, un employé et un ouvrier sont devenus cadres moyens, trois ouvriers sont devenus des employés.

Dans l'ensemble, on ne peut donc pas confirmer l'hypothèse d'une disqualification professionnelle. De plus, à la différence de ce qui est fréquemment constaté dans la population générale, il n'y a pas de lien entre qualification professionnelle ou niveau d'études et la fréquence de remise au travail. D'autres facteurs - notamment ceux de l'histoire des hospitalisations - entrent en jeu.

Si l'activité antérieure a une incidence sur l'activité ultérieure, a-t-elle une incidence sur d'autres secteurs : médical, vie sociale et relationnelle ?

En fait, on ne note pas de liaison significative.

En définitive, de même que précédemment on avait constaté que le médical "prédit" le médical, le travail prédit le travail, mais à partir d'un domaine (le médical), on ne peut prédire ce qui se passera dans l'autre domaine (le travail).

7.3. Vie sociale et relationnelle pendant le séjour au centre et devenir

L'appréciation des praticiens, la durée du séjour, les activités pratiquées sont-elles davantage prédictees de différents secteurs de la vie future des sujets ?

Rappelons, tout d'abord, le profil des sujets liés à ces variables avant la sortie du Centre :

Données sur la population - avant la sortie

Ceux qui ont leur propre logement restent plus longtemps.

La socio-thérapie est suivie par les trois quarts.

Le type d'activité suivi est lié au sexe, au niveau d'études, à la durée du séjour et au type d'hébergement.

En fait, il apparaît que les plus nantis intellectuellement et les plus autonomes utilisent davantage les activités proposées par le Centre.

L'appréciation des praticiens relève du modèle, bien connu du bon élève, lié entre autre à la présence des sujets au Centre

Données sur la même population 4 à 5 ans après

A l'enquête on constate que l'appréciation positive des praticiens sur la vie relationnelle s'est portés sur ceux qui avaient ou ont trouvé un conjoint (avec un conjoint : $P = x$; marié : $P = xxx$). C'est-à-dire sur ceux qui, manifestement, avaient une vie ou des liens étaient tissés ou en voie de se tisser.

Cette appréciation positive est prédictive de certaines variables du secteur santé (faible durée des hospitalisations après la sortie / vie relationnelle extérieure riche : $P = xx$) et du secteur travail (durée du travail après la sortie / bonne qualité du séjour : $P = xx$).

Mais, elle n'est pas liée au fait d'être hospitalisé ou au fait de travailler au moment de l'enquête. Elles sont donc "prédictives des secteurs santé et travail sur un continuum, mais non pas de l'état au moment de l'enquête.

Une appréciation positive de la vie relationnelle des sujets lorsqu'ils fréquentent le Centre correspond également au vécu émotionnel futur des sujets : à l'enquête, ils sont plus nombreux à être satisfaits de leur situation ($P = x$), ont l'impression de réaliser les activités extérieures avec plus de facilité ($P = x$).

Ainsi, le jugement global des praticiens sur les patients n'est pas un hasard et correspond à une ligne de vie future du sujet dans certains secteurs du domaine médical (faible durée des hospitalisations) ou du travail (plus longue durée du travail), ainsi qu'à un "meilleur vécu" du sujet. Mais, rappelons que les données avant la sortie indiquaient déjà que ce jugement positif concernait déjà ceux qui semblaient plus doués et plus autonomes.

En définitive, les praticiens savent reconnaître les "mieux portants" et les aider à maintenir, voire, à améliorer leur potentiel.

8. LES VARIABLES LIEES A SATISFACTION, ANGOISSE, TRAVAIL

Nous venons d'analyser dans quelle mesure certaines variables sont prédictives de la vie ultérieure des patients. Une autre manière d'analyser les données consiste à tenter d'esquisser un profil de certains groupes de sujets. Trois grandes questions sont souvent posées quant au devenir de ces ex-patients : sont-ils satisfaits, sont-ils anxieux, travaillent-ils ? On peut en effet être satisfait sans travailler et être anxieux tout en étant satisfait et en travaillant. Dans ce chapitre nous avons tenté de dessiner (à partir des liaisons statistiques avec les autres variables) les contextes antérieurs et actuels (au moment de l'enquête) de ces différents groupes de sujets.

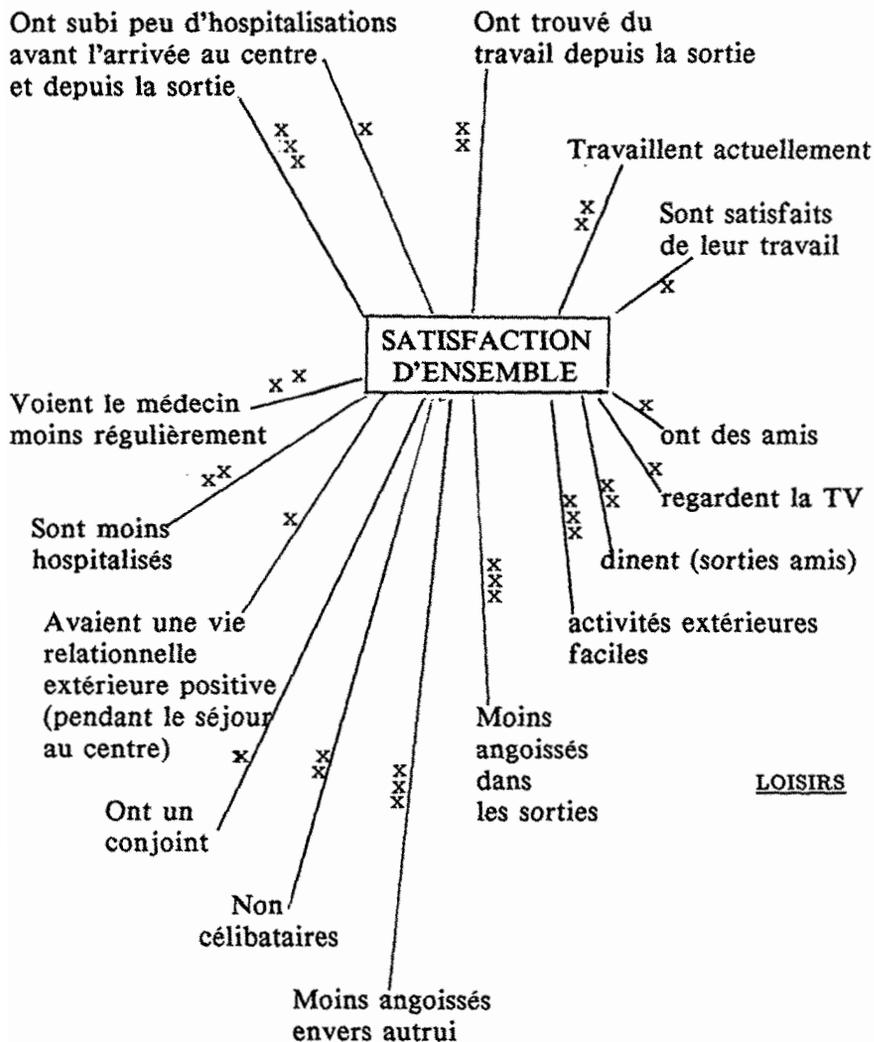
8.1. Les ex-patients satisfaits de leur vie

43 % des ex-patients se disent satisfaits de leur situation. Le graphique n° 3 indique à quelles autres variables est lié cet état de satisfaction.

Graphique N° 3 LES SATISFATS

SANTE

VIE PROFESSIONNELLE



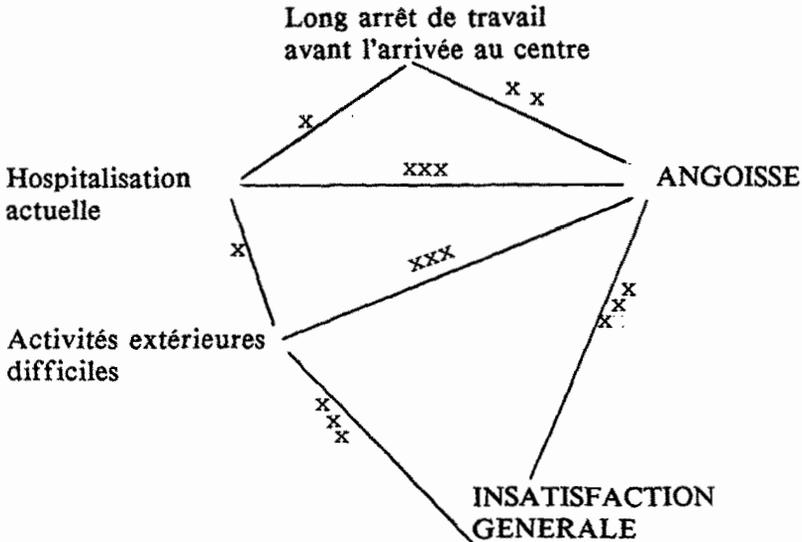
Cet état n'est pas dû au hasard. En effet, il est lié à un mode de vie attendu de tout bon citoyen. Sur le plan professionnel ils travaillent et travaillent depuis longtemps. Sur le plan de la santé ils apparaissent comme moins malades. Ils sont notamment moins souvent hospitalisés et vont moins souvent voir le médecin. Sur le plan conjugal et amical ils se rapprochent aussi de la population générale : ils ont plus souvent un concubin ou sont mariés, ont une vie relationnelle avec des amis plus importante. Enfin ils se sentent moins souvent angoissés et estiment que faire des activités à l'extérieur de chez eux ne leur pose pas de difficultés particulières.

Ainsi près de la moitié sont satisfaits mais il semble bien que c'est parce qu'ils ressemblent davantage à monsieur ou madame "Toulemonde". Pour eux il y a eu adaptation. C'est-à-dire que les "normaux" ont permis aux ex-patients de prendre place et que ces derniers ont assimilé les conduites des normaux. Ils se sont normalisés dans la différence. Ils sont devenus fréquentables. Ils s'en suivrait un certain équilibre dont témoigne la satisfaction. Dans un entretien un ex-patient résume sa situation en une formule percutante "maintenant, je suis sociétaire" (cf. plus loin ch. 9).

8.2. Les angoissés

L'angoisse est ressentie chez **plus de la moitié** des sujets, soit au cours de leurs sorties et activités sociales (53 %) soit dans leurs relations avec autrui, la famille, le voisinage, le conjoint (60 %).

Graphique N° 4 LES ANGOISSES

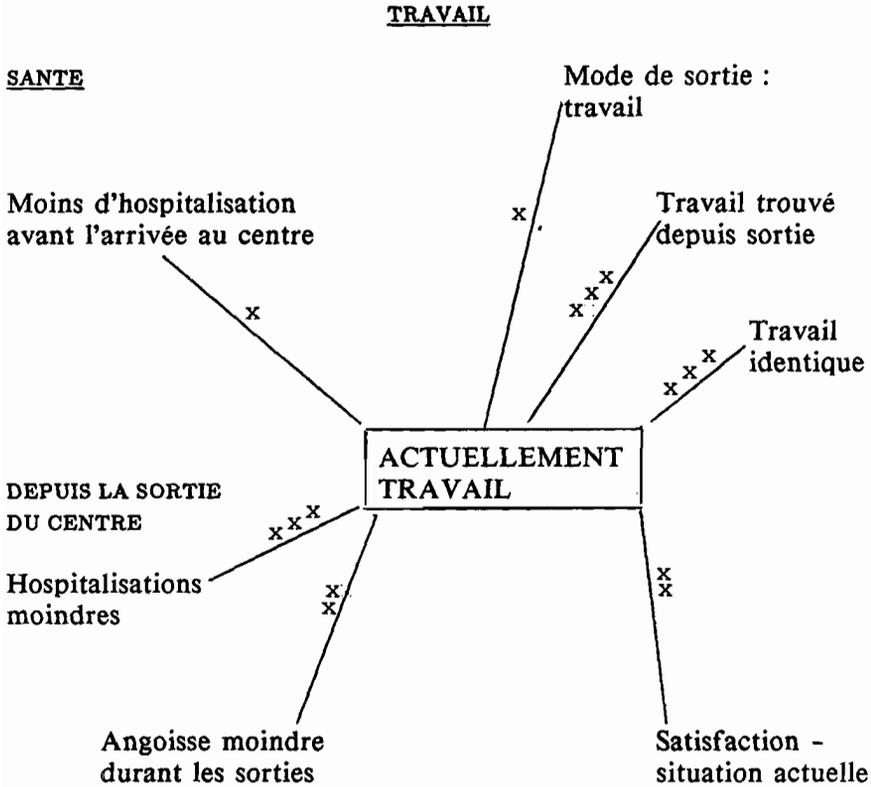


Le graphique n° 4 indique les variables statistiquement liées à l'angoisse. C'est en fait le versant de la "mal-adaptation". Les sujets sont plus souvent insatisfaits, sont plus souvent malades, ont plus de mal à faire des activités à l'extérieur, bref ils semblent caractérisés par la maladie et l'isolement. Il est important de signaler ici que la chimiothérapie ne supprime pas l'expérience fondamentale de l'angoisse. Elle ne maintient pas massivement les sujets dans l'apathie.

8.3. Ceux qui travaillent

Rappelons que 37 % relèvent du monde du travail au moment de l'enquête. C'est un taux moindre que ceux qui sont satisfaits et que ceux qui sont angoissés.

Graphique N° 5 CEUX QUI TRAVAILLENT



Le graphique n° 5 indique les liaisons statistiques avec les autres variables. Globalement on peut résumer ces données en quatre points : le travail c'est la continuité dans le travail, la santé (moins hospitalisés) et la satisfaction. Mais s'il y a moins d'angoissés par rapport aux sorties à l'extérieur parmi ceux qui travaillent, dans leur relation à autrui ces derniers sont d'une manière générale aussi angoissés que ceux qui travaillent.

Bref, travail, santé, satisfaction vont ensemble. Y a-t-il une chaîne causale qui relie ces trois éléments ? La présente étude ne permet pas d'être démonstrative sur ce point. On peut cependant

supposer une chaîne "logique" : des hospitalisations moins fréquentes favorisent une continuité dans le travail, celui-ci entraîne un état de satisfaction plus fréquente, c'est-à-dire, comme nous l'indiquions précédemment : plus le sujet se rapproche de la norme et de ses représentations, plus il tend à ressentir un certain bien être.

9. ENTRETIEN DE GROUPE : REPRESENTATIONS ET QUALITE DE VIE SOCIALE DE L'EX-PATIENT

Les données apportées par les questionnaires envoyés auprès des sujets permettaient une présentation quantifiée des résultats. Ils apportent cependant peu d'informations sur la manière dont les sujets se représentent leur rapport au travail et aux autres.

Pour tenter de saisir ces représentations nous avons organisé deux entretiens de groupes l'un auprès de malade travaillant, l'autre auprès de malades ne travaillant pas. Pour ce faire nous avons envoyé 20 lettres pour chacun des groupes, à ces 40 envois 8 sujets sont venus, soit 4 dans chacun des groupes.

C'est dire que ces entretiens n'ont qu'un caractère exploratoire, les sujets ne sont pas a priori représentatifs de la population des malades. Les analyses ont été faites par les praticiens. Il aurait été sans doute préférable qu'elles soient faites en aveugle afin que la lecture soit moins marquée par l'image de la maladie.

Quoi qu'il en soit ces entretiens apportent un éclairage sur les répercussions du travail ou du non travail dans la qualité de la relation des malades à autrui et à eux-mêmes.

Pour les deux hommes et les deux femmes qui ont participé au groupe des personnes ne travaillant pas, l'accent s'est porté d'emblée sur les rapports entre la maladie mentale et l'insertion professionnelle. L'un d'entre eux a défini ce rapport de la manière suivante : "La maladie écarte du travail, c'est un fait indéniable, mais le fait d'avoir été écarté de la vie professionnelle, c'est ça qui gêne le plus après". Cette remarque montre bien à quel point dans ce groupe le travail est investi. Cet investissement est cependant particulier dans la mesure où ce n'est pas tant sur la tâche professionnelle en elle-même qu'il se porte que sur les représentations qui y sont rattachées. Dans ce sens on peut parler d'un investissement du "signifiant" travail. Le travail est investi très précisément dans le sens d'une "attente".

A des degrés différents chacun des sujets s'est défini dans le groupe par rapport au travail, à la fois objet d'inquiétude (peur d'être jugé, de ne pas être à la hauteur) et vecteur de revalorisation narcissique.

Le travail, métaphore privilégiée de l'intégration sociale, semble concrétiser, à travers les conflits qui l'entourent, la tragédie du monde intérieur vécu par ces patients.

Leurs rapports sociaux semblent porter le poids de cet échec dans l'insertion professionnelle.

L'autre pôle d'investissement privilégié est sans aucun doute la famille. Selon les cas, les rapports avec la famille s'expriment sous une forme fusionnelle, rejetante ou ambivalente. L'étiquette de la "maladie mentale" de même que celle de "chômeur" hante les relations socio-familiales. Comme le fait remarquer l'un des participants : "un geste, une colère, même justifiée... ça les angoisse... alors on me réinterné en pensée". Il semble difficile, particulièrement dans ce groupe, de sortir de cet ostracisme interprétatif, contrairement au groupe des personnes travaillant qui semblent avoir mieux résolu le problème de leur place respective dans la constellation familiale.

Ceci apparaît de manière particulièrement saisissante lorsqu'est abordé le type d'emploi envisagé. Trois des sujets ont rapporté leurs difficultés à faire admettre par leur entourage, à la fois médical et familial, leur droit à un libre choix professionnel. Des conseils tels que "vous ferez des ménages", "pourquoi ne ferais-tu pas taxi" sont perçus par eux comme des actes agressifs, dans la mesure où ces conseils ne prennent absolument pas en compte la dimension affective qui entoure l'activité professionnelle.

Comme le soulignait l'une des participantes, le travail, c'est aussi "l'idée qu'on s'en fait".

Ainsi, pris comme "signifiant" le travail draine autour de lui une vie fantasmatique très riche alimentée par des valeurs morales socialement admises (un patient parlera de la "vertu" du travail). On touche ici à la fonction symbolique et structurante du travail. C'est pourquoi le travail, même maintenu à distance, en "attente" semble permettre de construire dans le présent une forme d'intégration sociale, et ce qui est également important de faire des projets d'avenir. C'est ce qui apparaît dans ce groupe où chacun des participants a montré une structuration minimum dans ses rapports avec la réalité extérieure.

Pour les quatre jeunes femmes participant au groupe des gens qui travaillent, l'organisation de la vie quotidienne semble

avoir atteint un certain équilibre et une certaine stabilité. Dans l'effort de structuration de la personne conséquent aux problèmes de la maladie mentale le statut social prouvé par l'activité professionnelle rémunérée paraît offrir un soutien important. L'une des participantes résume ce sentiment dans des termes personnels et particulièrement frappants :

- "Vu qu'on travaille et qu'on est en société, ça nous aide à devenir sociétaires à l'extérieur".

Néanmoins un effort constant apparaît pour maintenir une certaine distance entre la relation aux autres au sein du milieu professionnel et la préservation des limites d'un "moi" encore fragile. L'interaction sociale abordée de manière défensive, la timidité et la méfiance étant mises en avant :

- "Moi je m'entends bien avec les autres, mais sans insister",

- "Ca va, mais je suis timide",

- "Je suis sur mes gardes, il faut que je tienne ma position".

Cet effort constant soutenu au plan relationnel mobilise une grande partie de l'énergie de ces sujets qui reconnaissent la nécessité d'exécuter par ailleurs une tâche relativement simple :

- "Si on a un caractère qui se renferme et que le travail est difficile, il nous renferme encore plus".

Les moments de détente, notamment le repas de midi, éveillent une certaine anxiété et sont vécus en général dans le retrait et l'isolement. L'outil de travail, par contre, balai ou machine à écrire est investi positivement. Il protège en établissant un écran face aux autres. Tous les sujets de ce groupe ont déclaré être suivis très régulièrement sur le plan psychiatrique (médicaments et/ou psychothérapie). Dans chaque cas le médecin du travail est au courant des difficultés psychiques, soit depuis l'embauche, soit suite à un arrêt maladie. Par contre, les collègues sont tenus à l'écart de ces confidences médicales. La maladie mentale est à présent considérée par ces personnes comme une affaire privée et aucune attitude provocatrice (telle la prise de médicaments en public ou le récit de leurs troubles psychiques) n'a été évoquée.

A la superficialité des relations dans l'entreprise correspond la rareté et la pauvreté des investissements extérieurs. Les tentatives d'intégration dans des clubs de vacances rapportées par deux des participantes ont été de cruels échecs.

Cette difficulté dans l'établissement de liens sociaux, vécu selon les sujets à des degrés différents, paraît bien être leur lot commun. A une seule exception près, celle d'une des participantes qui a trouvé dans un club d'anciens "dépressifs", une structure d'accueil satisfaisante ayant débouché sur des relations individuelles approfondies avec certains des membres de ce club.

Vécue de manière symbiotique, rejetante ou ambivalente, la famille reste de toute évidence le pôle affectif le plus important. Néanmoins l'indépendance financière assurée par l'exercice d'une activité professionnelle rémunérée semble offrir aux sujets de ce groupe la possibilité de clarifier leur position dans le groupe familial et même d'esquisser un mouvement de distanciation par rapport à celui-ci.

On voit donc que pour les quatre personnes participant à ce groupe, le statut de salarié bien que participant à une revalorisation narcissique de l'image de soi, ne résout pas l'ensemble des problèmes sociaux liés à la maladie mentale. La rigidité et la précarité de leur intégration au monde telles qu'elles se dégagent de leurs interventions montrent que le travail n'est qu'un aspect, certes important dans notre société, de l'insertion dans le groupe social.

Conclusion sur les entretiens de groupes

Il est vrai que d'inviter des sujets dans le Centre de reclassement professionnel qui les a un moment accueillis c'était inévitablement induire des propos où le thème travail prenait une place de choix. Ceci dit, au-delà des différences indiquées précédemment (valorisation par le travail rémunéré, rapports différents avec la famille, etc.) il se dégage de ces deux groupes de sujets certaines ressemblances : le travail agit sur les modalités de vie et sur la construction intrapsychique en tant que signifiant. Signifiant désiré, redouté, attendu pour les uns, vécu rejeté mais où l'interpellation ne laisse indifférent, signifiant qui n'en finit pas de s'approprier pour les autres et qui au prix d'une formidable mobilisation d'énergie finit par donner une inscription sociale que le sujet lui-même, sa famille et les autres mesurent à l'aune du chemin parcouru depuis la tragédie de l'internement.

10. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

10.1. Conclusions

Notre objectif était d'étudier le devenir des malades mentaux quatre à cinq ans après leur sortie d'un centre de réinsertion professionnelle. La population étudiée est composée en majorité de patients psychotiques et caractérisée sur le plan médical par la lourdeur de la chimiothérapie, la fréquence importante des hospitalisations, un suivi médical généralisé.

Au début de ce travail, nous avons formulé des hypothèses (chapitre 3) sur leur devenir en fonction des domaines social, professionnel et médical, et nous avons tenté d'appréhender ce qui différenciait les ex-patients ayant un emploi de ceux n'en ayant pas.

Malgré le contexte de crise économique, environ 1/3 des sujets avaient un emploi. On retrouve là le taux indiqué dans d'autres études. Cependant si 1/3 travaillaient au moment de l'enquête, près des 2/3 des patients avaient occupé des emplois entre la sortie et le moment de l'enquête. La question est donc de connaître ce qui favorise ou freine le maintien dans l'emploi. Si la qualification antérieure ou le niveau d'étude facilite l'obtention d'un emploi, ils ne sont pas suffisants pour permettre de s'y maintenir. Les freins semblent provenir des aléas médicaux impliqués par l'évolution de la maladie et son contexte de prise en charge : les arrêts de travail, les hospitalisations.

Est-ce à dire qu'il faut supprimer les arrêts de travail et les hospitalisations. Certes non, ce serait prendre l'effet pour la cause. En fait, on connaît mal les mécanismes sociaux, mentaux, biologiques ou relationnels qui expliquent le maintien au travail et qui expliquent pourquoi à même type de pathologie certains sont réhospitalisés et d'autres non.

Nous n'avons, en effet, pas trouvé de lien statistiquement significatif entre le type de pathologie mentale et l'insertion professionnelle.

Tout prestataire de service auprès de ce type de population devrait prendre un soin plus rigoureux dans le relevé des données initiales caractérisant les sujets à prendre en charge.

Les "névrosés", dans la population étudiée, ne s'adaptent pas plus facilement au monde du travail que les schizophrènes. Ici encore il serait nécessaire d'un point de vue clinique de s'interroger sur les mécanismes mentaux et sociaux ainsi que sur les traits comportementaux qui, par delà la maladie mentale, permettent l'adaptation au travail. Sur un plan méthodologique il serait nécessaire d'affiner les critères diagnostics ou opérer des regroupements différents de ceux effectués, d'autres résultats sur une population plus importante pourraient peut-être apparaître et mettre en évidence des différences en fonction du type de pathologie.

Se pose notamment la question de la classification des borderline. Par ailleurs, nous avons constaté que presque tous les malades étaient demeurés sous chimiothérapie et faisaient l'objet d'un suivi médical. On pourrait considérer que cette "médication" gommerait les manifestations différentielles des différentes pathologies. Cependant nous pensons que certaines névroses sont probablement plus entravantes à l'entrée et au maintien dans le monde du travail que certaines psychoses. De plus si on peut considérer que cette médication sert "d'appareillage" permettant la vie professionnelle, ce n'est pas une condition suffisante car d'une part tous les sujets n'ont pas eu accès au monde du travail, d'autre part nous avons pu constater une légère diminution des doses.

Globalement les liens entre travail et variables médicales sont donc moins étroites que ce qui était supposé dans les hypothèses. Ceux qui avaient déjà une "carrière" professionnelle poursuivent une "carrière" professionnelle malgré les aléas de la maladie, ceux qui avaient plutôt une "carrière" d'hospitalisations poursuivent une "carrière" d'hospitalisations malgré les aléas des tentatives de travail.

Sur le plan de la vie sociale, avec ou sans travail, les sujets ont organisé une vie sociale relativement diversifiée bien que nous retrouvons comme dans d'autres études que les parents des sujets demeurent dans la plupart des cas le point focal du système de vie et que certaines activités de "loisirs" sont en lien direct avec le système de soins. Si les sujets qui travaillent sont moins souvent angoissés durant leur sortie, qu'ils travaillent ou non, ils se sentent aussi angoissés dans leur relation à autrui. Ceci manifeste la difficulté à surmonter la maladie : la déficience demeure, comme les entretiens ont pu le laisser exprimer, même si le handicap peut

être évité. Il n'en reste pas moins vrai que le travail, en tant qu'activité effective, n'est pas le seul mode d'échec au sentiment d'insatisfaction que générerait le handicap. Nous avons vu que le nombre de satisfaits était plus important que celui des sujets travaillant. On peut considérer que d'autres sources financières (COTOREP, etc.) favorisent l'émergence de ce sentiment.

Le taux minoritaire de travailleurs et le nombre important d'hospitalisations risquent de faire oublier un résultat important : la quasi totalité des sujets vivent, malgré les ré-hospitalisations, en dehors de l'hôpital, ils ont une autonomie financière, ils ont leur propre habitat bien que pour 1/4 des cas les parents hébergent ces patients. Pour ces parents là la tâche est-elle trop lourde ? Une nécessaire réflexion devrait s'amorcer sur ce point. Quoi qu'il en soit nous n'avons pas constaté de phénomène de clochardisation. Est-ce à dire que la boutade de SELVINI citée en début de document s'avère vérifiée : "les malades mentaux sortaient pour le week-end alors que maintenant ils se font surtout hospitaliser pour les fins de semaine". Il y a du vrai pour nombre de cas. Et après ? !... Si la chronicité de la "déficience" n'est plus synonyme de chronicité du handicap.

Est-ce à dire que la vie du malade mental devient enviable ? Certes non. Nous avons vu que, si la vie sociale avec des partenaires diversifiés existait, pour les trois quarts ils sont célibataires et peu ont des enfants. Au quotidien le poids de la maladie se conjugue avec le risque d'une vie solitaire.

Dans les hypothèses nous abordions le rôle du centre dans l'évolution des malades. Nous avons écarté de l'objectif de l'étude une analyse de l'institution et, pour des raisons méthodologiques, la question de son efficacité. Deux résultats importants ont pu cependant être mis en évidence. Le premier concerne le fonctionnement institutionnel. Il répond au modèle du "bon élève", ce sont les patients qui ont déjà eu une bonne carrière scolaire ou professionnelle et ont une bonne assiduité qui sont les mieux appréciés des praticiens et qui à la sortie du centre trouvent plus souvent un travail. L'importance du mode de sortie constitue d'ailleurs le second résultat à souligner. Nous avons en effet pu observer ses liens étroits avec le travail antérieur du sujet et son travail futur. Le mode de sortie travail est un bon prédicteur du travail ultérieur. Sur un plan plus général on peut considérer que pour tout centre s'interrogeant sur son efficacité à long terme, l'état

du sujet à sa sortie devrait être utilisé comme un ensemble d'indicateurs, essentiels mais non suffisants à l'auto-évaluation du travail institutionnel.

En définitive comment définir l'état du malade mental au travail, ou l'état du malade qui se sent satisfait de sa vie : c'est être un bon citoyen ainsi que le suggèrent les analyses de profil. Mais si le malade aspire à ce statut de bon citoyen comme l'indiquent les entretiens présentés dans le rapport de recherche en fin de livre, les représentations et valeurs véhiculées par leurs compatriotes et l'ensemble de la société sont-ils prêts à leur rendre ce statut retiré au cours de l'histoire ou tout simplement à leur accorder leurs droits. Si "l'Histoire de la folie" a mis en évidence la perte des droits des malades mentaux et leur exclusion enfermante, l'Histoire naissante de la dépsychiatisation mettra-t-elle en évidence leur retour à la citoyenneté ? Le travail sur le plan effectif ou symbolique sera-t-il un organisateur de celle-ci ? Le paradoxe voudrait que du travail aliénant germe un malade mental désaliéné.

10.2. Perspectives

Il est très difficile d'observer un "itinéraire", le cheminement d'une vie, hors d'une méthodologie romanesque. Il est encore plus difficile d'en apprécier la "valeur" et même l'adéquation quant à une norme, exception faite de ces traces de génie qui se passent de références et s'imposent. Il est évident que pour la population qui nous concerne nous manquons singulièrement de "points de vue" et la réduction à certains facteurs comme "il ou elle travaille" est notoirement insuffisant. Nous sommes amenés à avoir une autre conception de l'autonomie ou plus exactement à nous rapprocher du sens premier étymologique "qui se gère par ses propres lois". Il se peut donc que dans un cadre d'assistance, le sujet (qui est notre intérêt) se réalise comme pleinement autonome, alors que l'observateur le déclarera assisté. L'évolution des aides (pour ne pas dire assistances) diverses, tout particulièrement depuis la Loi de 1975, nous montre combien la situation soigné-soignant se modifie et souvent en positif. Le travail n'est donc qu'un élément qui sera choisi ou non.

Par ailleurs, le problème de la réintégration, de la réhabilitation des malades mentaux doit avoir en référence le type

de représentations que la société se fait de la folie et donc de ceux, individus et institutions, qui la prennent en charge.

Les instrument utilisés pour cette réinsertion ne seraient en fait que des reflets en positif ou en négatif de cette représentation générale. On n'en tient pas assez compte et toute recherche devrait commencer par ce préalable. En un mot comment un déviant, un "différent", peut être toléré, à quelle place il peut être admis à être sans qu'il soit enkysté, aliéné, interdit d'évolution ?

C'est en cela que les techniques de réhabilitation sont indissociables des techniques de réadaptation.

C'est en cela que l'environnement lointain et proche, en tant que système ou sous-système, mériterait d'être étudié de plus près.

On a vu l'importance persistante des familles. Peut-on penser que leur conception quant au travail soit épiphénoménale ? L'entrée d'un sujet dans l'autonomie même partielle que constitue le fait d'avoir un travail, n'est pas sans apporter une modification dans le "système" que constitue une famille. Les messages recueillis par le sujet et ceux qu'en réponse il renvoie n'ont-ils pas plus d'importance que ceux émanant d'un autre système, même si celui-ci a comme but l'autonomie du sujet. Il y a là tout un champ de recherche, apparemment peu exploité dans le type de préoccupation qui est la nôtre.

Il n'est pas inutile non plus de replacer constamment le problème dans le contexte économique et socio-culturel dont on sait la mutation qu'il subit. Nous avons de grandes difficultés à quitter le monde du 19ème siècle et ses valeurs. Pour nos malades, le travail tranquille, au bon air et dans des conditions artisanales, reste souvent ce qui est souhaité... Connaissant leur fragilité, on a quelque peine à les imaginer dans ce monde où l'appel à la force, l'incitation à être un "battant" s'inscrit et résonne partout. Et pourtant, il n'est pas évident du tout qu'ils ne puissent trouver plus facilement leur place dans ce monde du tertiaire qui, au moins pour quelques décennies, restera prédominant.

Il n'est pas évident non plus qu'il faille s'en tenir à ce travail temps plein, comme un but à atteindre. Il est probable que la parcellisation du temps de travail pourra être pour les handicapés une organisation positive.

Qu'en est-il alors pour ceux qui consacrent leur activité à cette réinsertion des malades mentaux ? Vers quel but doivent-ils oeuvrer, quels moyens doivent-ils utiliser ?

Cette recherche effectuée dans le cadre d'une équipe spécialisée dans la réadaptation au travail apporte des réponses.

La première est que sur une population de malades mentaux ayant déjà subi des échecs de réadaptation (chaque équipe thérapeutique oeuvre en effet dans ce sens et n'adresse que ses échecs) une action spécifique entraîne un supplément de réadaptation de 30 à 40 %, ce qui est loin d'être négligeable et justifierait la création de telles équipes dans le cadre sanitaire. En effet, c'est parce que les motivations de l'équipe sont des motivations de soins adaptés à l'état où en est le sujet en "demande de travail", qu'elle peut obtenir ces résultats. A défaut, il ne s'agirait que d'une équipe de placiers, même spécialisés, dont de nombreux exemples montrent le peu d'efficacité pour les malades mentaux qui finissent par constituer un "stock", pratiquement permanent.

Cette action spécifique pour qu'elle soit efficace, nécessite une certaine sélection. L'efficacité est à ce prix, bien que cela ait mauvaise presse dans nos rangs. Sélection non pas liée au type pathologique mais à la maturation de l'idée de travail dans l'esprit de chaque individu. Cette objectivation de la distance réelle qu'on peut avoir par rapport à une demande, pourtant énoncée, est tout à fait essentielle. A défaut, et quels que soient les charismes, on fait n'importe quoi et risquent de s'accumuler les échecs négatifs par effet de retour.

La dynamique essentielle de réadaptation se situera autour de ce que nous avons appelé le "signifiant porteur" de l'institution, ici, le mot "TRAVAIL". Ceci ne se résume pas à mettre en oeuvre une concrétude, une traduction instrumentale du mot, du concept, ce qui est la voie la plus facile, non négligeable certes mais qui nous apparaît seconde. Il faut laisser vivre le signifiant, le reprendre, le "triturer" jusqu'à ce qu'il puisse devenir un "organisateur" suffisant pour le sujet dans une certaine spécificité. Cette mécanique dans son intimité nous reste assez obscure et nous ne savons pas, en fait, pourquoi tel sujet va se remettre au travail et s'y maintiendra. Ceci nous paraît d'ailleurs une voie de réflexion

et de recherche féconde, débordant largement le cadre de notre étude.

Faire que le signifiant "Travail" devienne un des organisateurs de la vie de ceux qui, malades, pourraient s'en passer, est un but justifiant l'entreprise de réadaptation. Il nous semble qu'elle n'est - après tout - qu'un avatar (au sens étymologique) d'une thérapeutique bien conduite... si tant est que celle-ci lui reconnaisse une place. Nous avons, je crois, démontré que plus les hospitalisations sont fréquentes, moins il y a de chances de réinsertion. Les chimiothérapies surinvesties par les thérapeutes n'ont pas en elles-mêmes de pouvoir réintégrant, cela se passe à un autre niveau, à condition que leurs poids ne soit pas trop excessif ou plutôt, comme nous préférons le dire, qu'elles soient bien intégrées par le sujet.

Il peut paraître banal d'insister sur l'investissement positif des équipes soignantes sur les sujets et paradoxalement sur la manière dont se préparent les ruptures. Le mythe de la continuité des soins est un besoin du système et non celui du sujet. Les modalités de sortie ont une valeur de prédiction et force est de constater que dans bien des cas il y a un sous investissement des équipes à cet égard, on confie au service social le soin de... alors que c'est justement le moment d'une mobilisation générale de tous les intervenants.

Après bien des décennies, après tant d'expériences diverses, après avoir essayé, avec difficulté, de nous interroger sur nos propres expériences, il ne faut pas se dissimuler qu'un vaste travail reste à accomplir. Il en sera sans doute toujours ainsi mais il apparaît qu'en tout premier lieu une recherche devrait s'instituer sur l'approche même du problème et sur les premiers éléments méthodologiques.

LA REINSERTION PROFESSIONNELLE DES MALADES MENTAUX

SECONDE ETUDE CATAMNESTIQUE

Financée par
La Caisse Nationale
d'Assurances Maladie

RECHERCHE II

B. JOLIVET et J. BARBEAU pour la S.P.A.S.M.
M. DUYME pour le C.N.R.S.

Pour le traitement statistique :

J.P. ASSAILLY, Chercheur Vacataire S.P.A.S.M.
Y. CHIROL, Centre de Recherche - VAUCRESSON

SOMMAIRE

INTRODUCTION	91
II - OBJECTIF DE L'ETUDE	92
III - METHODOLOGIE	93
IV - RESULTATS	95
A - Taux de réponses	95
B - Description de la population étudiée	96
1 - Variables constantes	
2 - Variables - vie sociale	
3 - Variables - santé	
4 - Variables - vie professionnelle	
5 - Origine des ressources	
C - Relations entre les variables	104
1 - La situation actuelle	
2 - Les données anamnestiques - la prédiction du travail	
V - CONCLUSION	110

I - INTRODUCTION

Au cours même de la précédente recherche subventionnée par le C.T.N.E.R.H.I., il apparut aux opérateurs qu'un prolongement lui serait nécessaire en augmentant le nombre de sujets étudiés et surtout en prenant comme référence essentielle la Sécurité Sociale, élément permanent au fil et dans la diversité des itinéraires individuels. Cette deuxième enquête aurait l'intérêt de confirmer, infirmer ou compléter les recherches de la première.

Cet intérêt n'échappa pas à Monsieur le Docteur MARTY, Médecin Conseil National de la C.N.A.M. qui donna son accord, complété par celui de Monsieur le Docteur SABATIER, Médecin Conseil Régional de la C.R.A.M.I.F. et du Docteur DESSAN, Médecin Conseil Régional Adjoint. Seraient donc interrogés les médecins conseils de la Région Ile de France dans le cadre des obligations de réserve et de respect du secret imposé aux Caisses.

Une grille fut élaborée et soumise à Madame le Docteur LALARDRIE (Caisse Nationale) qui y apporta les modifications nécessaires et transmises à Madame le Docteur MORAND (Caisse Régionale).

Il n'est pas utile de dire, et cela pose d'ailleurs un difficile problème à la recherche, que les résultats nous furent annoncés comme devant être globaux sans possibilité de "reconnaissance" individuelle des sujets en cause.

La prise en charge matérielle de celle-ci fut assurée par un contrat de recherche externe I.N.S.E.R.M. L'enquête fut effectuée en 1984-1985.

Cette introduction, en forme d'historique, n'aborde pas le problème de fonds. Pour cela, on voudra bien se reporter à la précédente recherche.

II - OBJECTIF DE L'ETUDE

Deux grandes questions ont orienté notre démarche :

a) **Quelle est la situation actuelle** d'une population de malades mentaux adultes stabilisés ayant fréquenté le Centre Mogador entre 1977 et 1980 ? Cette situation est évaluée à partir de trois grands ensembles d'indicateurs :

1 - la vie professionnelle : présence, durée et type d'emploi,

2 - la santé : diagnostic, présence et durée d'hospitalisation psychiatrique ou d'arrêts maladie,

3 - la vie sociale : statut matrimonial, type d'hébergement.

Les relations pouvant exister entre ces trois dimensions sont bien sûr l'un des thèmes de l'étude.

b) **Peut-on prédire la réinsertion professionnelle ?** Quels éléments du passé "expliquent" le présent, c'est-à-dire plus précisément le travail ou le non travail actuel ?

Cette mise en relation des données catamnétiques et de la situation actuelle portera également sur les trois grands groupes de variables définis plus haut (vie professionnelle, santé, vie sociale), la valeur prédictive de chacun étant testée à trois moments de la vie du sujet.

III - METHODOLOGIE

Il s'agit donc d'une recherche psycho-sociale en psychiatrie ; nous avons employé la méthode catamnestic (suivi d'un groupe de sujets présentant une caractéristique commune dans le passé et examen du comportement actuel afin d'évaluer les effets éventuels de cette caractéristique).

a) Le groupe expérimental est composé de 301 sujets ayant fréquenté le centre Mogador entre 1977 et 1981 et pris en charge sous l'appellation "admis Sécurité Sociale".

b) Le recueil des données, effectué pendant l'année 1984, provient de deux sources :

. Les données anamnestiques codifiées par les praticiens du centre Mogador à partir des dossiers archivés.

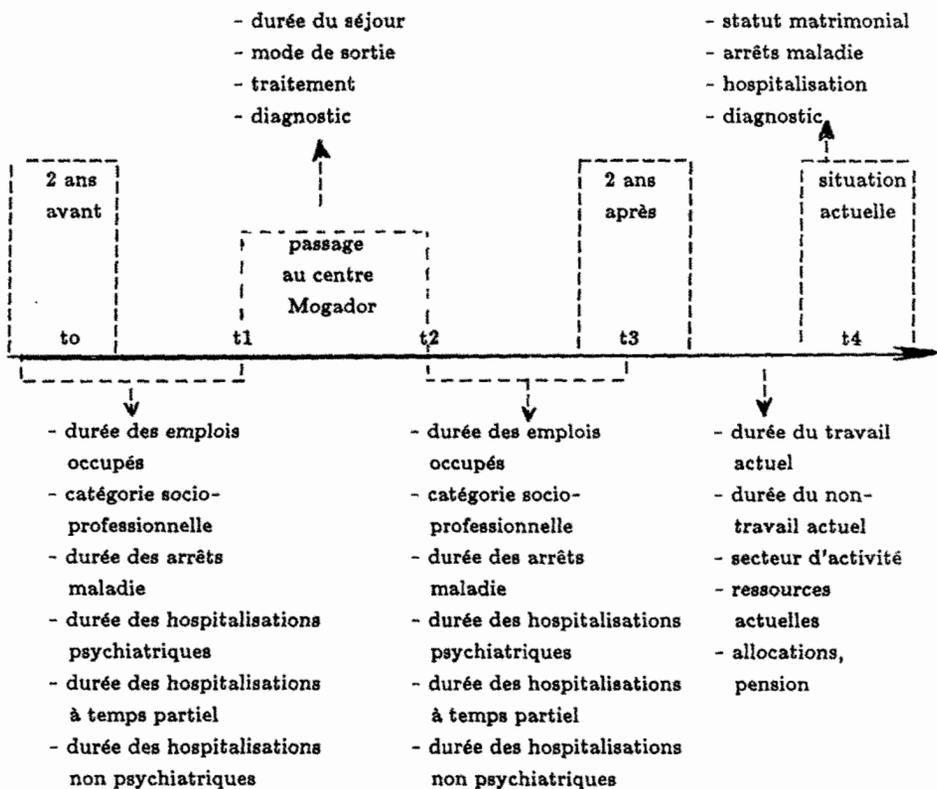
. Les données sur le devenir des sujets sont obtenues par l'envoi d'un questionnaire aux médecins de la Sécurité Sociale (qui les remplissent de manière anonyme). Ce questionnaire porte sur la situation actuelle du sujet et sur son itinéraire durant 3 à 7 ans après la sortie du Centre Mogador.

c) La définition et l'opérationnalisation des variables : le dispositif expérimental

Le tableau - 1 - est une schématisation du dispositif expérimental : trois grands ensembles d'indicateurs (la vie professionnelle, la vie sociale, la santé) mesurés à quatre moments de l'histoire du sujet et un groupe de variables dénommées "constantes".

TABLEAU 1 : DISPOSITIF EXPERIMENTAL

Variables constantes : sexe, date de naissance, études, diplômes professionnels



IV - RESULTATS

A - TAUX DE REPONSES DES MEDECINS AU QUESTIONNAIRE

TABLEAU 2 - TAUX DE REPONSES AU QUESTIONNAIRE

Total	questionnaire retourné rempli	questionnaire retourné non rempli
Effectif : 301	Effectif : 200	Effectif : 101
100 %	66,5	33,5

Tous les médecins conseils ont répondu, mais pour 33,5 % des sujets le questionnaire a été retourné vierge.

L'importance de ce pourcentage nous a un peu surpris, nous pensions que les dossiers médicaux ou médicaux administratifs pour ce type de malades devaient comporter un minimum de renseignements techniques. Cela n'est pas le cas, apparemment, mais il faut tenir compte de la mouvance des malades, des changements de caisse, etc. Malgré la **perte d'informations**, le taux de réponses "questionnaire rempli" est toutefois suffisant au regard des critères scientifiques dans ce type d'étude, mais il faut faire une autre remarque : **l'hétérogénéité du pourcentage des réponses selon l'item** (ex. 62 % de réponses pour les ressources actuelles du sujet, 28 % pour le diagnostic actuel de ce dernier). Ceci pose

l'éventuelle question d'une grille de données qui permettrait aux médecins conseils de recueillir l'essentiel sur le plan technique comme sur le plan médico-administratif.

Nous avons voulu comparer les populations définies par le critère "questionnaire rempli" à celles "questionnaire non rempli", il y a quelques différences significatives (P..01) ; la réponse du médecin est associée à un long séjour du sujet au Centre Mogador et à l'absence de réhospitalisation en psychiatrie après la sortie.

B - DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE

Les principaux résultats se rapportant à la **situation actuelle** (tableau 4) de notre population sont reproduits dans les tableaux suivants :

1 - Variables constantes

TABLEAU 3 : EFFECTIF TOTAL 301 SUJETS

	nombre de réponses obtenues							
Sexe	301 100 %	hommes 102 34 %	femmes 199 66 %					
Age actuel	300 99 %	25-30 ans 60 20 %	30-35 ans 60 20 %	35-40 ans 60 20 %	40-50 ans 60 20 %	50-65 ans 60 20 %		
Niveau d'études	286 95 %	Rien 20 7 %	C.E.P. 100 35 %	B.E.P.C. 92 32 %	BAC 56 20 %	D.E.U.G. 8 3 %	Licence 10 3 %	
Diplômes profes- sionnels	276 92 %		Rien 91 33 %	C.A.P. 21 8 %	C.A.P. BAC technique 2 1 %	Supérieur		

Commentaires

Il s'agit donc d'une population à dominance féminine mais cela tient en partie au recrutement du Centre Mogador qui, dans ses possibilités techniques, a un service d'entraînement aux métiers de bureautique et secrétariat.

- 20 % des sujets seulement ont moins de 30 ans et 40 % se situent entre 30 et 40 ans. Le niveau d'âge est donc relativement élevé, ce qui n'est pas un épiphénomène quand on pense à une réinsertion professionnelle.

- Le niveau d'étude est relativement élevé, en tout cas supérieur à celui de la moyenne régionale en 1982. Par contre, la formation professionnelle est plus faible, deux sujets sur trois n'ont

aucun diplôme. Cet aspect nous semble assez caractéristique de la population psychiatrique que nous avons à traiter en majorité composée de schizophrènes, la "rupture" entraînée par la maladie empêchant l'acquisition d'une technicité plus avancée.

2 - Variables - Vie sociale

TABLEAU 4 : EFFECTIF TOTAL : 301 SUJETS

	nombre de réponses obtenues	célibataire	marié	séparé divorcé	veuf
statut matrimonial actuel	176 58 %	125 71 %	27 15 %	22 13 %	2 1 %
		parents	hôtel pension logement	foyer	hôpital
hébergement	291 97 %	86 30 %	107 37 %	48 16 %	50 17 %

Commentaires

- On note la diminution du pourcentage de réponses obtenues quant au statut "matrimonial". Cette variable importante échappe donc aux données recueillies.

- Quoi qu'il en soit la dominante des "célibataires" est forte et nettement supérieure à la moyenne nationale.

- Ceci est sans doute lié à la forte proportion des sujets vivant encore chez leurs parents. Il en découle que la problématique familiale ne peut pas être écartée même à ce point de l'itinéraire des patients et que la méthodologie des soins devrait en tenir compte.

- Par contre, la proportion des sujets autonomes en ce qui concerne l'habitat mérite d'être notée. On aurait, en effet, pu s'attendre à encore plus de "dépendance". Il est vrai qu'un des critères d'admission pour entrer au centre est "d'avoir un toit".

3 - Variable - santé

TABLEAU 5 : HOSPITALISATIONS ET ARRETS MALADIES
(Effectif total : 301 sujets)

- A -

	Nombre de réponses obtenues			
Hospitalisation psychiatrique	175 58 %	Non 134 77 %	Oui 25 14 %	Oui, mais de jour seulement 16 9 %
Arrêts maladie	172 57 %	Non 158 92 %	Oui 14 8 %	

TABLEAU 6 : EVOLUTION DU DIAGNOSTIC

- B -

	nombre de réponses obtenues	états aigus psychose maniacodépressive	schizophrénie	névrose dépression névrotique	psychose alcoolique épilepsie démence précoce...
Diagnostic posé en 1977-1980	299 99 %	42 14 %	161 54 %	81 27 %	15 5 %
Diagnostic actuel	84 28 %	5 6 %	60 71 %	15 18 %	4 5 %

Commentaires

TABLEAU 5

- Le pourcentage de réponses n'est que de 50 %. Faut-il penser que les hospitalisations peuvent ne pas figurer aux dossiers individuels ?

- Quand une réponse a pu être donnée, on note un très important pourcentage de sujets non hospitalisés. C'est un résultat appréciable.

- Il en est de même pour les arrêts de maladie, bien qu'il faille tempérer ce résultat compte tenu des situations administratives non détaillées ici (invalidité, chômage, etc.).

TABLEAU 6

- Le diagnostic posé antérieurement est "repéré" de façon quasi constante. Il n'en est pas de même pour le diagnostic actuel et le pourcentage de réponses s'effondre.

D'une façon générale, il s'agit d'une population psychiatrique "lourde". Nous avons effectué un tri croisé entre les deux évaluations afin de savoir s'il y avait une évolution du diagnostic sur la période considérée ; il n'en est rien, nous observons une identité très forte entre les deux diagnostics (corrélation significative à 01).

Ce résultat pourrait donner lieu à discussion entre autre : s'agit-il d'un étiquetage définitif (quelle que soit l'évolution en particulier le diagnostic porté étant rarement mis en cause par le médecin conseil non spécialiste), d'un manque d'observation des états actuels ? Ou effectivement d'une "forte chronicité" ?

4 - Variable - vie professionnelle

TABLEAU 7 : FREQUENCE DU TRAVAIL

Effectif total : 296 sujets

(Les 5 sujets décédés depuis leur sortie du centre sont "sortis" de l'échantillon)

	nombre de réponses obtenues					
travail	200 67 %	salarié 60 30 %	demandeur d'emploi 15 7,5 %	non salarié 125 62,5 %		
Secteur	51 17 %	en secteur normal 38 75 %	en C.A.T. 13 25 %			
durée du travail actuel	45 15 %	moins d'1 an 9 20 %	1 à 2 ans 10 22 %	2 à 3 ans 8 18 %	3 à 4 ans 10 22 %	plus de 4 ans 8 18 %

Commentaires

Un sujet sur trois travaille aujourd'hui (un peu plus si l'on intègre les demandeurs d'emploi).

Parmi les salariés, un quart sont en C.A.T.

Le taux de réinsertion professionnelle observé dans cette étude est donc relativement élevé car deux facteurs doivent être pris en compte (1).

- Il s'agit d'une population psychiatrique "lourde".

- Cette population a subi préalablement des échecs de réinsertion professionnelle, le Centre Mogador intervient à la suite de ces échecs pour une nouvelle tentative ; en employant une métaphore du rugby, il est le renfort de la première ligne...

Il est à remarquer, d'autre part, que 26 sujets, soit 58 % des réponses obtenues, travaillent depuis plus de deux ans. Ceci va à l'encontre de ce que l'on entend souvent dire quant à l'aspect très temporaire et inférieur à deux ans des reclassements obtenus.

5 - L'origine des ressources

TABLEAU 8 : RESSOURCES

nombre de réponses obtenues	indemnités journalières	pension d'invalidité		allocation adulte handicapé	fonds national de solidarité	allocation chômage
		1ère catégorie	2ème catégorie			
175	7	17	79	25	11	7
58 %	4 %	10 %	45 %	14 %	6 %	4 %

Par rapport au nombre de réponses obtenues "Travail", il y a déperdition dans cet item de 42 %, soit 121 sujets pour lesquels les

1. Les résultats obtenus dans les recherches de ce type se situent autour de 30 % (cf. la revue de questions internationale dans "Emploi, vie sociale et vie relationnelle des malades mentaux en dehors de structures protégées", première partie de cet ouvrage.

ressources ne sont ou n'ont pu être définies (sujets hospitalisés ou vivant dans leurs familles ?).

Pour les autres, si l'on compare ces résultats au tableau précédent (cf. nombre de salariés), nous voyons que les trois principales sources de revenus sont dans l'ordre : la pension d'invalidité, le salaire, l'allocation adulte handicapé.

C - RELATIONS ENTRE LES VARIABLES

a - La situation actuelle

Pour comprendre les relations qui pouvaient exister entre nos trois ensembles d'indicateurs (vie professionnelle, vie sociale et santé), nous avons effectué une analyse typologique puis une analyse de structure latente : nous obtenons ainsi un regroupement des sujets présentant des particularités communes.

Cinq groupes de sujets apparaissent alors et illustrent un gradient de la réinsertion professionnelle : deux groupes de salariés (les uns en secteur normal, les autres en C.A.T.), un groupe de demandeurs d'emploi, deux groupes de non salariés.

Deux groupes ont été éliminés alors dans l'analyse présentée ci-dessous :

- l'un par son faible effectif (les sujets en C.A.T.),
- l'autre de par l'absence d'informations car il était constitué de sujets non salariés pour lesquels les médecins n'ont pas répondu au questionnaire.

Nous centrerons donc l'analyse sur trois groupes : les salariés en secteur normal, les demandeurs d'emploi, les non salariés. Le tableau reproduit à la page suivante les principales caractérisations de ces groupes.

TABEAU 9 - ANALYSE DE STRUCTURE LATENTE (2)

	salariés en secteur normal effectif : 48 sujets	"demandeurs" d'emploi (3) effectif : 76 sujets	non salariés effectif : 55 sujets
TRAVAIL RESSOURCES	Employé de bureau Pas d'allocations de pension	Pension invalidité A.A.H.	Pension invalidité retraite, rente
CONSTANTES	Pas de diplômes professionnels	Homme Moins de 31 ans	Femme Plus de 50 ans C.A.P.
SANTE	Etats aigus, Psychose maniaco- dépressive Pas d'hospi- talisation psychiatrique	Schizophrénie Hospitalisation psychiatrique	Psychose alcoo- lique, épilepsie, démence précoce Névrose
VIE SOCIALE	Séparé, divorcé Hébergement chez les parents	Célibataire Hébergement chez les parents	Marié Logement individuel hôtel, pension

2. Note préliminaire à la lecture et l'interprétation du tableau : au sein de l'univers des variables analysées, l'analyse de structure latente définit des "pôles de rencontre" entre divers aspects de la vie des sujets. Les trois groupements de traits présentés ci-dessous sont ceux qui se sont retrouvés le plus fréquemment dans notre groupe expérimental ; il ne s'agit pas de syndromes au sens clinique du terme, mais d'une manière de décrire cette population : les associations ne préjugent pas de la causalité ou de la prédictivité des éléments entre eux. De plus, il serait aussi abusif de penser que :

a) seuls ces trois types d'associations existent,
b) chaque trait ne serait pas lié à d'autres traits que ceux présentés dans les colonnes du tableau.

3. Il s'agit des 15 demandeurs d'emploi proprement dit et des sujets dont certaines caractéristiques sont corrélées aux caractéristiques des demandeurs d'emploi.

Commentaires

1 - Il n'était pas évident que la variable emploi se révèle la plus importante pour discriminer les sujets étant donné la diversité des autres aspects de la vie du sujet en compte.

Le fait que le travail se soit révélé le premier critère de différenciation présente selon nous une certaine valeur heuristique.

2 - Le groupe de salariés est constitué de sujets plutôt jeunes et féminins. Ce sont le plus souvent des employés de bureau, catégorie socio-professionnelle du secteur tertiaire moins "touché" par la crise économique et dont les caractéristiques de fonctionnement sont sans doute plus compatibles avec la pathologie mentale.

Ils n'ont pas été réhospitalisés en psychiatrie depuis leur sortie du Centre Mogador ; il s'agit de sujets présentant des séquelles d'états aigus ou un diagnostic de psychose maniaco-dépressive : ce qui est compréhensible car lorsque les épisodes de bouffées délirantes, les accès maniaques ou dépressifs sont "passés", ces sujets manifestent une adaptation sociale quasi-normale, supérieure en tout cas à celle des autres catégories nosographiques.

En fonction des précautions interprétatives précédemment énoncées, nous ne saurions poser l'existence d'une liaison entre le divorce et le travail ! Il s'agit en fait d'un petit nombre de divorcés que l'on retrouve le plus souvent dans ce groupe de salariés. Ce que l'on peut dire par contre, c'est que les séparés ou les divorcés ont fait l'expérience d'une vie commune avec un partenaire ; ils ont donc été capables d'un tissage de liens et conservent ces liens par l'environnement professionnel et l'hébergement chez les parents. Ce dernier n'apparaît donc pas incompatible avec l'emploi, les parents pouvant être incitateurs de la mise au travail.

L'absence de diplômes professionnels paraît plus difficile à expliquer étant donné la relation habituellement avancée entre la formation professionnelle et l'emploi ; il peut s'agir d'un effet de l'échantillon (auquel cas, un retour sur l'approche clinique des cas pourrait peut-être permettre de comprendre cette association).

Une autre hypothèse serait que des cooptations ou des formations en cours d'emploi peuvent remplacer les diplômes professionnels pour l'embauche des employés de bureau.

Une autre serait que ces salariés ont bénéficié des "emplois réservés" ne nécessitant pas une qualification professionnelle précise.

2 - Le groupe des demandeurs d'emploi est constitué de sujets jeunes (de 24 à 31 ans), masculins, schizophrènes et ayant été réhospitalisés en psychiatrie. La pathologie et la prise en charge de cette dernière sont donc plus "lourdes".

Là encore, la famille se substitue aux institutions spécialisées d'hébergement et peut jouer un rôle dans l'incitation à rechercher un emploi, son obtention étant plus difficile pour ce groupe.

Le célibat est bien sûr lié à l'âge mais aussi au diagnostic (le mode de fonctionnement mental des schizophrènes rend la création des liens à long terme difficile).

3 - Le groupe des non-salariés est constitué de femmes âgées (de 50 à 65 ans). L'âge semble le déterminant principal dans ce groupe car il permet de mieux comprendre les autres caractéristiques :

- Les pathologies mentales présentées (démence précoce, épilepsie, psychose alcoolique) ont en commun un aspect déficitaire, une installation dans l'invalidité qui rendent la réinsertion professionnelle très difficile.

- Les pensions d'invalidité, les retraites, les rentes remplacent le salariat qui n'est plus une aspiration possible.

- Ces sujets ont pu autrefois travailler dans le secteur primaire mais ce dernier n'est plus porteur d'emplois aujourd'hui surtout à cet âge.

- Enfin, il est logique de trouver associé à ce groupe le mariage (comme l'était le célibat aux moins de 30 ans) et le logement individuel (leurs parents sont décédés ou trop vieux pour les héberger).

Pour conclure brièvement sur les apports de l'analyse de structure latente, nous dirons que le rapport au travail s'opère de manière différente en fonction de l'âge et du type de pathologie mentale.

L'hébergement chez les parents peut apparaître comme une situation régressive (ces derniers peuvent jouer un rôle de frein dans le départ du sujet vers un logement individuel) mais le maintien de ces liens peut être important pour l'obtention d'un emploi.

b - Les données anamnestiques, la prédiction du travail

Nous avons ensuite recherché quels éléments du passé professionnel ou médical étaient en relation avec la situation actuelle des sujets.

1 - Données recueillies lors du passage au Centre Mogador

TABLEAU 10 - DONNEES RECUEILLIES AU CENTRE ET TRAVAIL ULTERIEUR

Salariés en secteur normal	"Demandeurs" d'emploi	non salariés
<ul style="list-style-type: none"> - durée de séjour au Centre Mogador supérieur à 11 mois : (1 an 3, 1 an 9) - Mode de sortie : . travail . recherche de travail - Traitement à l'arrivée au centre : . léger 	<ul style="list-style-type: none"> - durée de séjour : 1 - 2 mois - Mode de sortie : . désinvestissement 	<ul style="list-style-type: none"> - durée de séjour : 9 - 10 mois - Mode de sortie : . filière soins - Traitement . léger

Commentaires

Si le taux de réinsertion professionnelle est peu élevé, il peut être par contre rassurant de constater que le travail est associé aux plus longues durées de séjour. Ce résultat montre en effet que le processus de ré-insertion n'est ni soudain, ni rapide mais s'inscrit dans le temps. Une lente élaboration du projet personnel du sujet semble donc nécessaire, mais non suffisante, pour se conclure par une ré-insertion.

L'analyse des modes de sortie confirme l'idée que le "travail appelle le travail" : ceux qui sont salariés actuellement sont ceux qui étaient sortis du centre avec un travail ou en recherche d'un travail.

Enfin, en ce qui concerne l'incidence du traitement médical sur le travail, il faut noter que l'intensité du traitement chimiothérapique telle qu'elle a été évaluée au Centre Mogador ne distingue pas significativement les salariés des non-salariés.

2 - Données antérieures et postérieures à la fréquentation du Centre Mogador

Nous avons effectué des tris croisés de groupes appareillés sur la mesure de la même variable pour le même sujet à trois moments de son histoire : 2 ans avant l'entrée à Mogador, 2 ans après la sortie et actuellement (voir tableau 1, p. 93).

Tous les résultats sont concordants et concluent à une certaine stéréotypie des situations :

- Ceux qui travaillent actuellement sont ceux qui avaient un emploi deux ans après et deux ans avant Mogador.

- Les durées des hospitalisations psychiatriques et des arrêts maladie sont corrélés sur les trois périodes.

- De même, le type d'emploi effectué ne change pas.

V - CONCLUSION

Nous concluons :

- d'une part au prolongement de notre recherche par le questionnement des Médecins Conseils de la Sécurité Sociale,
- d'autre part quant aux résultats par rapport à la première recherche effectuée dans le cadre du C.T.N.E.R.H.I.

1 - Comme nous l'avons dit dans l'introduction nous pensions que la Sécurité Sociale étant "un élément permanent au fil et dans la diversité des itinéraires individuels", nous pourrions obtenir, sur un nombre plus important de sujets, des renseignements complémentaires qui viendraient confirmer ou infirmer les résultats antérieurs.

La totalité des questionnaires ont été retournés mais 33,5 % **non remplis**, ce qui équivaut à une non-réponse. Ce chiffre élevé doit nous faire réfléchir :

- sur les conditions mêmes de l'enquête et la manière dont les médecins interrogés se sont sentis concernés et surtout motivés pour répondre. Il est probable, que dans un champ particulièrement difficile, il faudra plus qu'une incitation administrative à remplir un questionnaire sans doute parmi beaucoup d'autres ;

- sur les possibilités réelles que les médecins conseils des centres ont à leur disposition pour répondre étant donné que certains sujets doivent totalement échapper à leur contrôle.

Par ailleurs, en ne considérant que les questionnaires remplis, on est frappé par l'hétérogénéité des réponses en fonction des item. Manifestement certains d'entre eux ne figurent pas ou peu dans les dossiers médicaux, au point que certains confrères pour combler les vides ont convoqué le sujet en question... Ceci

pose le problème général du recueil des données nécessaires à toute recherche et particulièrement en psychiatrie.

Une de nos conclusions sera donc de souhaiter la mise en oeuvre d'un groupe de travail pour que puisse s'établir dans notre spécialité une banque de données exploitable dans le respect de l'individu.

Ceci étant, les réponses obtenues ont permis une exploitation valable statistiquement. Nous avons d'ailleurs introduit une autre méthode d'analyse qui nous a permis par un autre abord méthodologique de confronter les résultats avec ceux de la première recherche analysés différemment.

2 - Nous rappelons que notre interrogation portait sur deux grands axes :

A - Quelle est la situation actuelle de sujets traités au Centre Mogador plusieurs années après leur sortie ? à travers trois ensembles d'indications :

- . vie professionnelle
- . santé
- . vie sociale.

B - Peut-on prédire la réinsertion professionnelle ? à travers les trois ensembles cités.

Les résultats obtenus confirment ceux de la première recherche. Sommairement :

ENSEMBLE "TRAVAIL" - "Le travail appelle le travail"

- Le travail est en effet la variable qui prédit le mieux... le travail. Ce n'est pas une tautologie. La réinsertion professionnelle du sujet semble très dépendante de son cursus professionnel antérieur beaucoup plus que des apprentissages ou orientations nouvelles qui peuvent être donnés en cours de réadaptation. On peut dire que les valeurs liées au travail avant la maladie ont une valeur prédictive.

- Le taux de réinsertion professionnelle avoisine les 30 %, mais il est évident qu'il s'agit là d'un "plus" puisque ne sont envoyés en soins spécialisés que les sujets pour lesquels les équipes

de soins n'ont pas trouvé de solution. Il n'y a donc pas lieu d'être pessimiste sur le taux global de réinsertion en psychiatrie à condition que l'augmentation de "l'assistance" ne vienne pas offrir d'autres choix que le travail...

- La réinsertion professionnelle rapide à la sortie du centre de soins est un facteur positif pour l'avenir, mais le séjour ne doit pas être trop court. Il apparaît que l'investissement du travail au sein même du centre demande du temps mais qu'il est porteur d'un pronostic favorable.

- L'orientation privilégiée vers des emplois de bureau permet de penser qu'il s'agit, sans doute, du milieu professionnel le plus perméable à l'insertion professionnelle des malades mentaux. La situation géographique du centre (Paris) favorise le développement de ce type d'activités. Il importe d'ailleurs de remarquer que l'appartenance à un "organisme puissant" compense fort bien la modestie des postes occupés.

- Le problème de la stabilité reste posé, mais il est à souligner que 58 % des sujets travaillent depuis plus de deux ans. On a noté que si certains d'entre eux gardent longtemps leur travail, un nombre aussi important accuse un nombre élevé de rupture du cursus professionnel.

- Il n'est pas impossible d'envisager, à titre prospectif, que le travail à temps partiel soit, pour beaucoup de sujets, la meilleure solution évitant les temps pleins au-dessus de leurs possibilités.

ENSEMBLE "SANTÉ"

- L'enquête confirme qu'il s'agit d'une population "lourde" sur le plan psychiatrique. La prégnance médicale (suivi, thérapies diverses, hospitalisations) reste extrêmement dense.

- On observe une "remarquable" stabilité du diagnostic, nous nous sommes interrogés sur ce point. Le plus important est le fait que le diagnostic n'apparaît pas comme très prédictif de l'évolution ultérieure.

- En règle générale les variables médicales sont un bon prédicteur des données médicales futures, un moins bon prédicteur du travail et un mauvais prédicteur de la vie sociale.

- La prédiction du travail est beaucoup plus liée aux hospitalisations et aux durées d'arrêts de travail, qu'au type de pathologie. Plus celles-ci sont fréquentes ou longues, plus les arrêts sont prolongés, moins sont grandes les chances de réinsertion.

- Les thérapeutiques utilisées de façon importante (chimiothérapie entre autres) n'apparaissent pas comme déterminantes dans le succès ou non de réinsertion.

- Il apparaît que le poids de l'histoire psychiatrique du sujet est tout à fait déterminant. Par là nous ne voulons pas seulement désigner la maladie elle-même, mais le système de soins qui par son inadéquation peut devenir cause de réinsertion difficile ou impossible.

ENSEMBLE "VIE SOCIALE"

- Une dominante essentielle serait celle d'une vie solitaire sans conjoint, sans enfant. Mais cette vie solitaire n'est pas synonyme de solitude, les activités sociales et culturelles sont en fait assez diversifiées et quantitativement probablement comparables à celles de la population générale. Cependant on constate une propension à un choix d'activités peu ou prou dans la continuité des soins.

- Les liens avec la famille demeurent importants pour la quasi totalité des sujets mais pas seulement dans le cadre d'une dépendance étroite. 53 % des sujets vivent ailleurs que dans leur famille. Ceci pose le problème technique de l'association des familles à l'effort de réinsertion.

Les avis sont sur ce point partagés, il n'en reste pas moins que l'éradication de l'influence familiale paraît dans bien des cas impossible.

- La nature de l'hébergement varie peu mais on peut dire que dans l'ensemble les sujets ne dépendent pas étroitement de structures spécialisées. Ceci est à méditer à un moment où se déploient tout un ensemble de structures dites "thérapeutiques".

- Les ressources ont évolué, d'une part les salariés sont plus nombreux, d'autre part, les Allocations aux Adultes Handicapés sont en augmentation, la pension d'invalidité reste pour autant, une source importante de revenus.

3 - A côté des émergences propres à chaque individu, nous constatons un courant de forces qui peuvent nous donner dans cette perspective d'étude portant sur des années, un certain sentiment d'immobilité. Mais paradoxalement, ce point de vue sur les malades mentaux nous rapproche d'un point de vue sur la population générale et nous fait mesurer le poids des représentations, des systèmes que nous partageons et qui finissent par modifier et notre acuité d'observation et notre objectivité. Certes entre le monde du travail et celui symbolisé par l'hôpital psychiatrique les passerelles sont étroites mais à l'intérieur même de la médecine les passages entre psychiatrie et les autres branches de la médecine sont peu élaborées. Il nous semble au terme de cette étude qu'une autre méthodologie doit être utilisée, celle qui consisterait à une approche des "itinéraires" suivis par les malades ou les soins ne seraient plus seulement considérés comme des obstacles à la maladie mais comme accompagnement d'un cheminement adaptatif spécifique.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

- AGUE C., CIOMPI L., DAUWALDER J.P. - "La réadaptation socio-professionnelle des malades mentaux, la recherche en Angleterre et ses implications pratiques", *Social psychiatry*, 1977, Vol. 12, pp. 95-116.
- ACHTE K.A., APO M. - "Schizophrenic patients in 1950-52 and 1957-59", *Psychiat. Quart.*, 1967, 41, pp. 422-441.
- AINSWORTH M.D. - "Les répercussions de la carence maternelle : faits observés et controversés, dans le contexte de la stratégie des recherche", *Cahiers de Santé Publique : carence de soins maternels, réévaluation de ses effets*. Genève 1962, N° 14, O.M.S., pp. 95-168.
- AMIEL R., BRUNELLE L. - "La réadaptation des intellectuels : les enseignants", pp. 11-118, *Vivre dans la différence*, Toulouse, Ed. Privat 1982, 315 p.
- AMIEL-LEBIGRE F., REICHMAN S. - "Le rôle des réseaux sociaux dans le processus de recherche d'aide en psychiatrie", *Document ronéoté*, 1984.
- ANTHONY W., "La réinsertion sociale des malades mentaux", Traduit de l'anglais par REVERZY E.L. et J.F., Article paru dans *Informier*, 1980, Dépt of Health-Education - Welfare Information Exchange Program. Arkansas. Rehabilitation Research and Training Center. P.O. Base 1358 Hot Springs Arkansas 71901.

- BAUDOUR M.J. - "Economie Sanitaire et Panification de l'Assistance Psychiatrique", *Acta Psychiatrica Belgica*, Janvier 1973, Vol. 73, pp. 33-52.
- BERLINER J. - "Introduction à l'étude épidémiologique de cinq années de pratique psychosociale extra-hospitalière à Ixelles", *Acta Psychiatrica Belgica*, 1976, Vol. 76, pp. 167-204.
- BOURGUIGNON A. - "Recherche clinique en psychiatrie". Séminaire technique, Ed. INSERM, 1982, Vol. 98, 71 p.
- BROWNE R.A., CANNING W.C., GOULDEN G. et al. - "A survey of adult patients in for Hospitals for the mental handicapped", *British. J. Mental Subnorm*, 1979, Vol. 15, N° 1, pp. 33-37.
- CHRISTENSEN J.K. - "A 5-Year follow-up study of male schizophrenics : evaluation of factors influencing success and failure in the community", *Acta Psychiat. Scand.*, 1974, 50, pp. 60-72.
- CECCHINI R.T. - "Complémentarité équipe-territoire pour sortir de la chronicité, in *Congrès : la marginalité, état ou étape ?*, Paris, Septembre 1983.
- CORIN E. - "Chronicité psychiatrique et désinstitutionnalisation : une perspective systémique". Projet présenté au Conseil québécois de la recherche sociale. Unité de recherche Psychosociale, Centre Hospitalier Douglas, 1982 (Rapport dactylographié).
- CORIN E. - "Chronicité psychiatrique et désinstitutionnalisation : une perspective systémique". Rapport d'étape présenté au Conseil québécois de la recherche sociale. Unité de recherche psychosociale, Centre Hospitalier Douglas, 1983 (Rapport dactylographié).

- DUMARET A., DUYME M. - "Devenir scolaire et professionnel de sujets placés en villages d'enfants", *Revue internationale de psychologie appliquée* (Sage, Londres et Beverly Hills), 1982, Tome XXXI, pp. 455-474.
- DUYME M - "Les enfants abandonnés : rôle des familles adoptives et des assistantes maternelles", *Monographie Française de Psychologie*, 1981, Ed. CNRS, N° 56.
- DUYME M., DUMARET A., JOLIVET B., BARBEAU J. - "Emploi, vie sociale et vie relationnelle des malades mentaux en dehors des structures protégées. Etude catamnestique". Rapport ronéoté - CTNERHI, 1984.
- EDWARD D.W. - "Evidence for efficacy of partial hospitalization : data from two studies", (pas de source), 1979, Vol. 30, N° 2, p. 97, p. 101.
- FAKHRUDDIN A.K.M., MANJOORAN A.M.A., NAIR N.P.V., NEUFELDT A.Ph.D. - "A five-year outcome of discharged chronic psychiatric patients", *Canad. Psychiat. Ass. J.*, 1972, Vol. 17, pp. 433-435.
- FESTY M. - "Les internements psychiatriques en Norvège", *Population*, 2, 1981, pp. 317-337.
- FOUCAULT M. - "Histoire de la folie à l'âge classique", Paris, Ed. Gallimard, 1972.
- GARRISON V. - "Support systems of schizophrenic and non-schizophrenic Puerto Rican migrant women in New-York City", *Schizophrenia Bulletin*, 1978, Vol. 4, N° 4, pp. 561-596.
- GARRONE G., LALIVE J., VEZ A. - "La vie sociale des psychotiques", *Actualités Psychiatriques*, 1979, Vol. 9, N° 1, pp. 28-44.

- GHOBRIL F. - "Rôle de l'argent dans le projet de réinsertion professionnelle chez les malades mentaux", Thèse de doctorat de 3ème cycle, sous la direction de C. VEIL, E.H.E.S.S., Paris, 1978.
- GOLDFARB W. - "Infant rearing and problem behavior", *American Journal of Orthopsychiatry*, 1943, 13, pp. 249-265.
- GOT R., QUIDU M. - "Réadaptation par le travail manuel", pp. 95-110, in VEIL C., *Vivre dans la différence*, Toulouse, Ed. Privat, 1982, 315 p.
- HAMMER M. - "Influence of small social network as factors on mental hospital admission", *Human Organization*, 1963-64, pp. 243-241.
- HOWAT J. - "Nottingham and the hospital plan : a follow-up study of long stay in-patients", *Brit. J. Psychiat.*, 1979, 135, pp. 42-51.
- JOLIVET B. - "La remise et le maintien au travail des malades mentaux", *Revue Française des Affaires Sociales*, 1974, 28, I, pp. 3-33.
- JONES M. - "Introduction", in : RAPOPORT R.N., *La communauté thérapeutique*, traduit de l'Anglais par COUTURIER H. et BLEANDONU G., Paris : Ed. MASPERO F., 1974, 345 p.
- LEBOVICI S. - "La réadaptation des malades mentaux : nouvelles structures et sectorisation", *Réadaptation*, N° 261, Juin 1979, pp. 7-11.
- LE GUILLANT L. (1941) - "Une expérience de réadaptation sociale", *L'Hygiène Mentale*, N° 6, 1946-1947, pp. 85-102.
- LENG M. - "Etude sur la réadaptation psycho-sociale des anciens stagiaires du centre de post-cure", MONTALIER, 1981, Document dactylographié.
- LEYBERG J.T. - "A follow-up study on some schizophrenic patients", *Brit. J. Psychiat.*, 1965, 111, pp. 617-624.

- LIPTON F.R., COHEN C.I., FISCHER E., KATZ S.E. - "Schizophrenia : network crisis", *Schizophrenia Bulletin*, 1981, Vol. 7, N° 1, pp. 144-151.
- MANN M., BALBURE B., BOURGUIGNON A. - "Les besoins objectifs et subjectifs des malades mentaux un an après leur sortie d'un service sectorisé", *Ann. Méd. Psychol.*, 1985, 143, N° 4, pp. 329-338.
- MANDELBROTE B.M., FOLKARD S. - "Some factors related to outcome and social adjustment in schizophrenia", *Acta Psychiat. Scand.*, 1961, 37, pp. 223-235.
- MATTES J.A., ROSEN B., KLEIN D.F., MILLAN D. - "Comparison of the clinical effectiveness of short versus long stay. A posthospital follow-up", *Journ. of New and Ment. Dis.*, 1977, 165, pp. 395-402.
- MESLE F., VALLIN J. - "La population des établissements psychiatriques : Evolution de la morbidité au changement de stratégie médicale", *Population*, 1981, pp. 1035-1068.
- MEZQUITA J. - "Half-way services in the rehabilitation of chronic mental patients", *Acta Psychiat. Scand.*, 1982, 65, pp. 245-252.
- MEZQUITA J. - "Work-Therapy in psychiatry rehabilitation Hospital", *Psiquiátrico. Almeria, Spain 1984, Document dactylographié.*
- MITCHELL J.C. - "Social networks in urban situation : analysis of personal relationships in central african towns", 1969, Ed. Manchester University Press.
- MIDENET M. - "La sortie de l'hôpital psychiatrique après une période d'hospitalisation dépassant 10 ans", *Annales médico-psychologiques*, Paris, 1974, Tome I, N° 5, pp. 583-606.
- MOLSHOM L.H. - "Female mental patients and normal female controls : a restudy ten years later" (pas de source), 1970.

- NOREIK K., ASTRUP C., DALGAARD O.S., HOLMBOE R. - "A prolonged follow-up of acute schizophrenia", *Acta Psychiat. Scand.*, 1968, 44, pp. 432-443.
- ORLINSKY N., D'ELIA E. - "Rehospitalization of the schizophrenic patient", *Arch. Gen. Psychiat.*, 1964, 10, pp. 47-54.
- PATTISON E.M., DE FRANCISCO D., WOOD P., FRAZIER H., CROWDER J.A. - "A psychosocial kinship model for family therapy", *American Journal of Psychiatry*, 1975, 132, pp. 1246-1251.
- PERRAUD M.C., DANON-BOILEAU H., LAB P. - "Le devenir de 1 000 malades étudiants hospitalisés entre 1956 et 1966", *Annales Médico-Psychologiques*, 1975, Tome I, 1.
- PRESLY A.S., GRUBB A.B., SEMPLE D. - "Predictors of successful rehabilitation in long-stay patients", *Acta Psychiat. Scand.*, 1982, 66, pp. 83-88.
- RENTON C.A., AFFLECK J.W., CARSTAIRS G.M., FORREST A.D. - "A follow-up of schizophrenic patients in Edinburgh", *Acta. Psychiat. Scand.*, 1963, 39, pp. 548-581.
- SAENGER G. - "Factors in recovery of untreated psychiatric patients", *Psychiatric Quarterly*, 1970, 44, pp. 13-25.
- STEIN O., SCHMITT W. - "Catamnestic surveys on the reintegration and vocational rehabilitation of psychically ill persons", *J. Rehab. Research*, 1982, Vol. 5., N° 3, pp. 388-390.
- TRUDEL G. - "Réinsertion sociale des patients psychiatriques chroniques", *L'Encéphale*, 1977, pp. 173-181.
- WATERS M.A., NORTHOVER J. - "Rehabilitated long-stay schizophrenics in the community", *Brit. J. Psychiat.*, 1985, 111, pp. 258-267.

WING J.K. - "Five year outcome in early schizophrenia", *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1966, 59, pp. 17-24.

**PUBLICATIONS EMISES A PARTIR
DU CENTRE MOGADOR
AUTOUR DU THEME "TRAVAIL"**

(Sources non citées dans le texte)

ARMAND-LAROCHE, BOSS M., CUNY-JOLIVET - Table-ronde
"Le malade mental en 1979" - Réadaptation - 1979, N° 261.

ASKENASI G. - Rapport sur le centre de post-cure Mogador -
Journées Henri Rousselle, Novembre 1978.

BARBEAU J. - "Un effort de recherche - Etude catamnastique sur
3 années de fonctionnement", Psychiatrie Française, 1983,
N° 1.

CHASSANG P. - "Le service de reclassement professionnel" -
Information Psychiatrique, 1973, Vol. 49, N° 9.

CHASSANG P., JEAGER P., LE SERGENT C. - "Reclassement
professionnel des handicapés mentaux", Réadaptation, 1973,
N° 198.

CHASSANG P. - "Reclassement professionnel des malades
mentaux", Médecine de l'homme, 1974, N° 65.

JOLIVET B., RELIER N. - "La post-cure aux Champs-Élysées",
Revue Pratique de Psychologie de la Vie Sociale et
d'Hygiène Mentale, 1968, N° 4.

JOLIVET B. - "Handicap mental et travail", Cahier de médecine
interprofessionnel, 1971, N° 42.

JOLIVET B., CHASSANG P. - "Sujets psychonévrotiques au travail", Article paru dans l'Encyclopédie de Médecine, d'Hygiène et de Sécurité du Travail, 1983, Vol. 2, pp. 1321-1324.

LENCZNER S. - "Le malade mental sur le chemin du travail", Réadaptation, 1979, N° 261.

MITRANI G. - "Le signifiant travail", Psychiatrie Française, 1983, N° 1.

