

UNIVERSITÉ DE LIMOGES
FACULTÉ DE MÉDECINE



Année 2008

Thèse N°...3160/1A

**INTÉGRATION DES PATIENTS
SCHIZOPHRÈNES DANS LE MONDE DU
TRAVAIL :
ÉTAT DES LIEUX EN HAUTE-VIENNE EN 2008.
ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉDECINS
PSYCHIATRES.**

THÈSE

Pour l'obtention du



DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 31 Octobre 2008.

Par

Fabien LESCURE

Né le 26 novembre 1978 à PERIGUEUX (Dordogne)

Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur David FONTANIER

Membres du jury

- M. le Professeur J-P.CLEMENT.....Président.
M. le Professeur D.DUMONT.....Juge.
M. le Professeur R.GAROUX.....Juge.
M. le Professeur A.VERGNENEGRE.....Juge.
M. le Docteur D.FONTANIER.....Membre invité.
M. le Docteur E-R.LOMBERTIE.....Membre invité.

UNIVERSITÉ DE LIMOGES
FACULTÉ DE MÉDECINE

DOYEN DE LA FACULTÉ :

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

ASSESEURS :

Monsieur le Professeur LASKAR Marc

Monsieur le Professeur VALLEIX Denis

Monsieur le Professeur PREUX Pierre-Marie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS- PRATICIENS HOSPITALIERS :

*C.S = Chef de service

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul (C.S)	OPHTHALMOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTÉRIOLOGIE, VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude (C.S)	NÉPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)	MÉDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
AUBARD Yves (C.S)	GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE
BEDANE Christophe(C.S)	DERMATOLOGIE
BERTIN Philippe FF (C.S)	THÉRAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre (C.S)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE

BONNETBLANC Jean-Marie	DERMATOLOGIE- VÉNÉROLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
CLAVERE Pierre (C.S)	RADIOTHÉRAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (C.S)	PSYCHIATRIE ADULTES
COGNE Michel (C.S)	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GÉRIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	PÉDIATRIE
DENIS François (C.S)	BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE
DESCOTTES BERNARD (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
DESPORT Jean Claude	NUTRITION
DUDOGNON Pierre (Sur 31/08/2009)	MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION
DUMAS Jean-Philippe (C.S)	UROLOGIE
DUMONT Daniel (C.S)	MÉDECINE ET SANTÉ DU TRAVAIL

FEISS Pierre (C.S)	ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION CHIRURGICALE
FEUILLARD Jean (C.S)	HÉMATOLOGIE
GAINANT Alain (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PÉDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé (C.S)	RÉANIMATION MÉDICALE
JACCARD Arnaud	HÉMATOLOGIE ; TRANSFUSION
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (C.S)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
LACROIX Philippe	MÉDECINE VASCULAIRE
LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PÉDIATRIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MAUBON Antoine (C.S)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDECIALE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MERLE Louis (C.S)	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLAIRE
MOREAU Jean-Jacques (C.S)	NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique (C.S)	CHIRURGIEN INFANTILE

NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION CHIRURGICALE
PARAF François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION
RIGAUD Michel (Surnombre 31/08/2010) (C.S)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves (C.S)	MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION
SAUTEREAU Denis (C.S)	GASTRO-ENTÉROLOGIE, HÉPATOLOGIE
SAUVAGE Jean-Pierre	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)	CANCÉROLOGIE
VALLAT Jean-Michel (C.S)	NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE-CHIRURGIE GÉNÉRALE
VANDROUX Jean-Claude (C.S)	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE
VERGNENEGRE Alain (C.S)	ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ-PRÉVENTION

VIDAL Elisabeth (C.S)	MÉDECINE INTERNE
VIGNON Philippe	RÉANIMATION MÉDICALE
VIROT Patrice (C.S)	CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre (C.S)	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine (C.S)	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS :

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ANTONINI Marie-Thérèse (C.S)	PHYSIOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
DRUET-CABANAC Michel	MÉDECINE ET SANTÉ DU TRAVAIL
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE-CHIRURGIE DIGESTIVE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
FUNALOT Benoît	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
JULIA Annie	HÉMATOLOGIE
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
MOUNIER Marcelle	BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE-HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
PETIT Barbara	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

PICARD Nicolas

PHARMACOLOGIE
FONDAMENTALE

QUELVEN-BERTIN Isabelle

BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE
NUCLÉAIRE

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

VERGNE-SALLE Pascale

THÉRAPEUTIQUE

VINCENT François

PHYSIOLOGIE

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE :

CAIRE François

PHYSIOLOGIE

P.R.A.G. :

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEURS ASSOCIÉS A MI-TEMPS :

BUCHON Daniel

MÉDECINE GÉNÉRALE

BUISSON Jean-Gabriel

MÉDECINE GÉNÉRALE

MAÎTRE DE CONFÉRENCES ASSOCIÉ A MI-TEMPS :

DUMOITIER Nathalie

MÉDECINE GÉNÉRALE

PREVOST Martine

MÉDECINE GÉNÉRALE

REMERCIEMENTS.

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLEMENT

Professeur des Universités de Psychiatrie d'Adultes

Psychiatre des Hôpitaux

Chef de Service

Vous nous faites un très grand honneur de présider notre jury de thèse.

Au cours de notre formation médicale, nous avons eu l'honneur de bénéficier de votre enseignement théorique mais aussi de votre pratique dans vos services ; nous tâcherons de les appliquer aussi bien que vous le faites.

Lors de nos différents stages dans vos services, vous avez su nous écouter et nous rassurer, nous ne pouvons que vous en remercier.

Votre expérience et votre savoir, nous ont permis d'appréhender les difficultés dans ce travail ; nous espérons qu'il sera à la hauteur de ce que vous attendiez de nous.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre profond respect.

A nos juges

Monsieur le Professeur Daniel DUMONT
Professeur des Universités de Médecine du Travail
Médecin des Hôpitaux
Chef de Service

Vous avez spontanément accepté de participer à notre jury de thèse, nous vous en sommes profondément reconnaissants.

Nous vous remercions de porter un intérêt à ce travail.

Nous n'oublierons pas votre enseignement au cours de nos études médicales.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde considération.

Monsieur le Professeur Roger GAROUX
Professeur des Université de Pédopsychiatrie
Psychiatre des Hôpitaux
Chef de Service

Vous nous faites un très grand honneur de participer à notre jury de thèse.

Nous avons eu la chance et le plaisir de bénéficier de votre enseignement et de votre savoir au cours de nos études médicales ; nous tâcherons de nous en inspirer et de les mettre en pratique tout au long de notre exercice.

Votre disponibilité et votre écoute quant à nos préoccupations professionnelles, nous ont permis de réaliser notre projet ; nous ne pouvons que vous en remercier profondément.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Alain VERGNENEGRE

**Professeur des Universités D'Epidémiologie, Santé Publique
(Epidémiologie, Economie de Santé, Prévention)**

Professeur des Universités

Médecin des Hôpitaux

Chef de Service

Nous vous sommes profondément reconnaissants de siéger à notre jury de thèse.

Votre enseignement pédagogique, au cours de nos études médicales, nous a permis d'appréhender la médecine et ses difficultés en termes de santé publique et sociales.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur David FONTANIER

Médecin des Hôpitaux

Je te remercie d'avoir accepté d'être mon Directeur de thèse, d'avoir pris de ton temps pour être à mon écoute, me rassurer et m'accompagner dans ce travail.

Je te suis profondément reconnaissant, pour tout ce que tu m'as apporté au cours de mon stage dans ton unité. Tous les jours j'essaie de mettre en pratique ton enseignement et ta conception de la psychiatrie. Ta rigueur et ton savoir sont pour moi des fondamentaux.

Je me dois de préciser que sans toi, je ne me serais certainement pas orienté dans cette discipline. Tu ne t'en souviens probablement pas mais mon passage dans ton service alors que je n'étais qu'externe, m'a donné la certitude de ce que je voulais faire. Même si cela n'est peut être pas l'endroit, sache que tu es et tu resteras mon Maître.

Je ne peux que te renouveler mes remerciements et ma profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Emile-Roger LOMBERTIE
Médecin des Hôpitaux.
Chef de Service
Président de la Commission Médicale d'Établissement

Vous nous faites l'honneur d'être présent ce jour, nous ne pouvons que vous en remercier.

Nous vous sommes profondément reconnaissants de la chance que vous nous donnez en nous accordant votre confiance au sein de votre service. Nous espérons que nous serons dignes de votre choix.

Tout au long de notre parcours d'interne, vous avez su rester à notre écoute et accepter nos erreurs. Même si nous avons encore de nombreux doutes et incertitudes, vous ne cessez de nous donner votre confiance, nous vous en remercions, vous ne cessez de nous donner votre confiance, nous vous en remercions.

Nous vous exprimons ici notre profonde gratitude et considération.

A l'ensemble des médecins qui ont participé à ce travail.

Pour des raisons de discrétion (ne voulant pas stigmatiser les médecins qui ont refusé de participer à ce travail), nous ne citerons pas individuellement chaque praticien. Nous tenons à vous remercier tous, très profondément. Sans vous, ce travail n'aurait jamais pu aboutir ; nous ne pouvons que vous témoigner de notre profonde gratitude.

Nous tenons à souligner que vous avez répondu spontanément à nos multiples sollicitations. Vous avez pris de votre temps pour nous écouter et participer à cette étude.

Nous vous prions de trouver ici notre profond respect et notre reconnaissance.

A ma famille

A mes parents pour votre présence à mes cotés et votre soutien. Vous m'avez permis de réaliser mes projets. Je suis conscient des sacrifices que vous avez faits jusqu'à ce jour. J'espère vous faire honneur, malgré mon caractère et mon irritabilité.

A ma grand-mère, sans qui je ne serai certainement pas là ce jour. Je n'oublierai pas tout ce que tu m'as apporté. Bien entendu je pense fort à Papi ; je vous dois tout.

A Pauline qui me redonne le sourire dès que je la vois. Christelle et Nicolas, que vous dire, si ce n'est merci de votre soutien et de votre présence dans les moments difficiles parsemés de doutes et d'interrogations. Merci d'être là (PS : vous risquez de devoir me supporter encore plus souvent).

A Aude, Candice, Lyse et bien entendu Françoise et J.B. Vous avez toujours été présents, je ne peux que vous en remercier.

A toute ma famille, un immense merci pour tout.

A mes amis.

Bertrand et Olivier (alias Pit et Cassou), nous avons usé ensemble nos fonds de pantalons depuis près de 30 ans ; que dire de plus. S'il y a une définition de l'amitié, je crois que nous en sommes un des exemples. Vous avez toujours répondu présents dans mes moments de doutes. Au-delà de ça, je crois que nous savons tous les trois que nous pouvons compter les uns sur les autres. Pit depuis quelques mois, nos emplois du temps ne nous permettent pas de nous voir aussi souvent mais l'amitié n'en est pas moindre. Je tiens également à remercier profondément tes parents (Françoise et Jean-Pierre), pour tous les moments passés en leur compagnie et tout ce qu'ils m'ont apportés. Cassou, Thérèse et bien entendu la petite puce Marion, merci d'être là, merci de la confiance que vous me portez, je suis extrêmement honoré du cadeau que vous m'avez fait.

Camille, Marion et Laurent, que de bons moments passés en votre compagnie. Vous m'avez fait un immense honneur d'être à vos côtés en Juillet 2008. Merci de votre amitié, je vous adore.

Gabriel, Carine et Raphaël, malgré la distance, je sais que je peux compter sur vous. Carine, je n'oublierai jamais, tout ce que tu m'as apporté, merci d'être présente.

Florence, nous avons longtemps disserté autour d'un café jusqu'à pas d'heure de la nuit. Tu sais déjà tout ce que tu m'as apporté et ce que tu m'apportes. Malgré nos coups de gueule, notre amitié n'a jamais failli. Je vais tacher d'être plus présent mais comme tu le sais, ces derniers mois ont été relativement compliqués. Merci pour tout, merci à toi.

Céline, Olivier, Bux, Titi, Nath, Guillaume et bien entendu le petit Jules que dire si ce n'est que c'est toujours un plaisir de vous voir. Je ne suis pas des plus présents ces derniers temps mais je ne vous oublie pas.

Cette liste serait erronée si je ne parlais pas de toute une bande de zozo.

Guigui, je t'adore. Certes, tu oublies régulièrement de prendre ta Ritaline* mais c'est comme ça que nous t'apprécions ; dans le Chandon tout est bon (enfin presque). Blandine, je compatie, ce n'est sûrement pas facile tous les jours mais bon ton homme, c'est un mec bien. Merci à vous.

Miss Bonnonfe dite Soso, je n'ai jamais osé te le demander mais il faut absolument que tu m'apprennes à faire la parade et à me réguler. Bien entendu, tu sais pourquoi ; j'en ai absolument besoin pour mes soirées piscine ! Par contre, il est nécessaire que tu arrêtes les fringues manouches, je vais finir par avoir une crise comitiale. Merci pour tout.

Ma petite Lucie alias Miss G.S Esquirol, je t'adore. Tu as toujours été là lors des moments difficiles. Je ne peux que te remercier. L'année n'a pas été facile pour nous deux mais we are the best. PS : Monsieur Benjamin, faites bien attention à la demoiselle.

Un énorme remerciement également à la famille Combres-Keskes. Emna et Bertrand, vous êtes géniaux (surtout Emna d'ailleurs mais bon...). Merci à vous pour tous les excellents moments passés en votre compagnie, pourvu qu'ils perdurent. Je voudrais également remercier Eva et Yoan que je connais depuis peu mais que j'apprécie énormément.

Aline dite la fouine, t'inquiètes pas, c'est bientôt fini. Merci pour les bons moments passés en ta compagnie. Par contre je suis dégouté, tu me dépasse en recueil de nouvelles fraîches sur le CHS, j'ai perdu de ma superbe et ça va se payer. Merci à toi

Cristina ou l'œil de Moscou. Je ne sais pas trop si je peux me permettre d'écrire quelques mots sur toi, je n'ai pas spécialement envi de partir en Sibérie. Je dirais simplement que je t'adore mais ce n'est pas possible entre nous ; tu le sais bien. C'est la faute de ton père.

Carine dite madame R.... incessantes. Tu m'as accueilli à l'internat, il y a 4 ans avec joie et bonne humeur. Je me rappellerais indéfiniment des bons moments passés en ta compagnie. Je ne peux te souhaiter qu'une bonne route dans ta nouvelle vie qui se précise. Merci pour tout.

Je voudrais également remercier Juju et Dodo, qui se reconnaîtront pour qui j'ai une affection immense. Désolé pour mon caractère de ces derniers mois.... Merci à vous pour tout.

Enfin je souhaite remercier l'ensemble des internes que je côtoie depuis 4 ans : Aurélie, Karel, Benjamin, Mathilde, Patrick, Zoé, Paola, Houda, Elodie, Aurélien, Adrien, Grégory, Coralie et bien entendu Magalie, merci de m'avoir supporté tout ce temps.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.

I. PREMIÈRE PARTIE : RAPPELS THÉORIQUES SUR LA SCHIZOPHRÉNIE, LE HANDICAP ET L'ASPECT LÉGISLATIF DU TRAVAIL.

A. LA SCHIZOPHRÉNIE.

A.1. ÉPIDÉMIOLOGIE.

A.2. DÉFINITIONS.

A.2.1. RAPPELS HISTORIQUES

A.2.2. DÉFINITION FRANÇAISE.

A.2.3. DÉFINITION DANS LES CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES.

A.3. PSYCHOPATHOLOGIE.

A.4. ÉTIOPATHOGÉNIE, PHYSIOPATHOLOGIE.

A.4.1. UNE ANOMALIE NEURODÉVELOPPEMENTALE.

A.4.2. DES MODÈLES DE VULNÉRABILITÉS DIFFÉRENTS.

A.4.2.1. L'hypothèse génétique.

A.4.2.2. L'hypothèse environnementale.

A.4.2.2.1. Facteurs environnementaux biologiques.

A.4.2.2.1.1. Les agents infectieux.

A.4.2.2.1.2. Les causes nutritionnelles.

A.4.2.2.1.3. Les facteurs immunologiques.

A.4.2.2.1.4. les causes obstétricales.

A.4.2.2.1.5. Les agents chimiques et physiques.

A.4.2.2.2. Facteurs environnementaux sociodémographiques.

A.4.2.2.3. Rôle du stress comme facteur déclenchant.

A.4.2.3. L'hypothèse neurobiochimique.

A.4.2.3.1. Système dopaminergique.

A.4.2.3.2. Système sérotoninergique.

A.4.2.3.3. Système glutamatergique.

A.4.2.3.4. Système GABAergique.

A.4.2.3.5. Système noradrénergique.

A.4.2.3.6. Système cholinergique.

A.4.2.3.7. Système histaminergique.

A.4.2.4. Synthèse des modèles de vulnérabilité dans la schizophrénie.

A.5. LA MALADIE ET SON ÉVOLUTION NATURELLE.

A.5.1. PHASE PRÉMORBIDE.

A.5.2. PHASE PRODROMIQUE.

A.5.3. PHASE D'ÉTAT.

A.5.3.1. La dimension négative.

A.5.3.2. La dimension de désorganisation.

A.5.3.3. La dimension positive.

A.5.4. LE DEVENIR DU MALADE.

A.5.4.1. Évolution longitudinale de la schizophrénie.

A.5.4.2. La rémission.

A.6. UN HANDICAP COGNITIF ET SES TRAITEMENTS.

A.6.1. LES MÉDICAMENTS : LES PSYCHOTROPES ET LEUR ÉVOLUTION.

A.6.1.1. Historique.

A.6.1.2. Les neuroleptiques ou antipsychotiques de première génération.

A.6.1.3. Les antipsychotiques de seconde génération.

A.6.1.4. Les actions pharmacologiques.

A.6.1.5. Les effets des antipsychotiques de seconde génération.

A.6.1.5.1. Effet sédatif.

A.6.1.5.2. Effet antipsychotique.

A.6.1.5.3. Effet antidéficitaire.

A.6.1.5.4. Effet cognitif.

A.6.1.5.5. Les recommandations.

A.6.1.5.6. Conduite à tenir lors du premier accès de schizophrénie (Daléry, 2007).

A.6.1.5.6.1. A la phase initiale.

A.6.1.5.6.2. Ultérieurement.

A.6.1.5.7. Conduite à tenir lors d'une forme déficitaire (Daléry, 2007).

A.6.1.5.7.1. Initialement.

A.6.1.5.7.2. Ultérieurement.

A.6.1.5.8. Conduite à tenir lors d'une forme productive (Daléry, 2007).

A.6.1.5.8.1. A la phase initiale.

A.6.1.5.8.2. A distance.

A.6.2. LES PSYCHOTHÉRAPIES.

A.6.2.1. Les thérapies analytiques.

A.6.2.2. Les thérapies cognitivo-comportementales.

A.6.2.2.1. Définition.

A.6.2.2.2. Leur intérêt sur les hallucinations et le délire.

A.6.2.2.3. Leur action sur la gestion de la vie quotidienne.

A.6.2.2.4. Psychoéducation familiale.

A.6.2.3. Les thérapies familiales.

A.6.2.3.1. Définition.

A.6.2.3.2. Principes.

A.6.2.3.3. Quelques techniques de thérapies familiales.

A.6.2.3.4. Le cadre thérapeutique.

A.6.2.3.5. Intérêt dans la prise en charge des patients schizophrènes.

A.6.2.4. Place des différentes thérapies dans la schizophrénie.

A.6.3. LA REMÉDIATION COGNITIVE.

A.6.3.1. Définition.

A.6.3.2. Principe.

A.6.3.3. Quelques techniques.

A.6.3.4. Les résultats.

A.6.4. LE TRAITEMENT PSYCHOSOCIAL.

B. ASPECTS RÉGLEMENTAIRE DU TRAVAIL ET DE L'ACCÈS DES PERSONNES HANDICAPÉES À CELUI-CI.

B.1. RECONNAISSANCE DU HANDICAP PSYCHIQUE.

B.1.1. ASPECT HISTORIQUE.

B.1.2. DES DIFFICULTÉS MAJEURES QUANT À L'ÉVALUATION DU HANDICAP.

B.1.2.1. Rappels.

B.1.2.2. Les échelles d'évaluation.

B.1.3. LES OUTILS DE LA LOI SUR LE HANDICAP DE FEVRIER 2005.

B.1.3.1. Le décret.

B.1.3.2. Ses objectifs.

B.1.3.3. Ses moyens.

B.1.3.4. Les projets qui en résultent.

B.1.3.4.1. Les S.A.V.S.

B.1.3.4.2. Les S.A.M.S.A.H.

B.1.3.4.2.1. Définition.

B.1.3.4.2.2. Objectifs.

B.1.3.4.2.3. Principes de fonctionnement.

B.1.3.4.2.4. En Haute-Vienne.

B.1.3.4.3. Les G.E.M (Groupe d'entraide mutuelle)

B.1.3.4.3.1. Leur origine.

B.1.3.4.3.2. Leurs objectifs.

B.1.3.4.3.3. En Haute-Vienne, qu'en est-il ?

B.2. PLAN SANTÉ MENTALE ET SROS 3.

B.2.1. DÉFINITION.

B.2.2. EN LIMOUSIN.

B.2.3. QU'EN EST-IL POUR LES PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP ?

B.2.4. QUELLE PLACE POUR LE PLAN SANTÉ MENTALE 2005-2008 ?

B.3. STRUCTURES EXISTANTES POUR L'AIDE À LA FORMATION ET LA RÉINSERTION SOCIOPROFESSIONNELLES.

B.3.1. LES STRUCTURES D'INTERFACE ENTRE LE MÉDICAL ET LE SOCIAL.

B.3.1.1. Les organisations sous couvert de l'Etat.

B.3.1.2. Les structures d'interface et d'accompagnement.

B.3.2. TRAVAIL ET SCHIZOPHRÉNIE.

B.3.2.1. La valeur travail.

B.3.2.2. Quelques chiffres.

B.3.2.3. Le travail en milieu ordinaire.

B.3.2.4. Le travail en milieu protégé.

B.3.2.4.1. Les E.S.A.T.

B.3.2.4.1.1. Définition.

B.3.2.4.1.2. Rôle.

B.3.2.4.1.3. Les personnes accueillies en E.S.A.T.

B.3.2.4.1.4. En Haute-Vienne, qu'en est-il ?

B.3.2.4.2. Les établissements et services de réinsertion professionnelle.

B.3.2.4.2.1. Les entreprises adaptées (ex ateliers protégés).

B.3.2.4.2.1.1. Définition.

B.3.2.4.2.1.2. Rôle.

B.3.2.4.2.1.3. L'accès à ces entreprises, pour qui ?

B.3.2.4.2.1.4. Recensement sur la Haute-Vienne.

B.3.2.4.2.2. Les centres de rééducation professionnelle (CRP).

B.3.2.4.2.2.1. Définition.

B.3.2.4.2.2.2. Objectifs.

B.3.2.4.2.2.3. En 87, quels sont-ils ?

II. DEUXIEME PARTIE : ÉTUDE DESCRIPTIVE AUPRÈS DES MÉDECINS PSYCHIATRES.

A. PRINCIPE DE L'ÉTUDE.

A.1. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

A.2. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE.

B. MÉTHODOLOGIE.

B.1. POPULATION DES SCHYZOPHRÈNES.

B.1.1. RECRUTEMENT.

B.1.2. CRITÈRES D'INCLUSION.

B.1.3. CRITÈRES D'EXCLUSION.

B.2. POPULATION DES PSYCHIATRES.

B.2.1. RECRUTEMENT.

B.2.2. CRITÈRES D'INCLUSION.

B.2.3. CRITÈRES D'EXCLUSION.

C. DÉROULEMENT PRATIQUE DE L'ÉTUDE.

D. ANALYSE DES DONNÉES.

E. RÉSULTATS.

E.1. LA POPULATION SCHIZOPHRÈNE EN HAUTE-VIENNE.

E.1.1. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES.

E.1.2. DONNÉES DESCRIPTIVES PAR RAPPORT À L'ÉTUDE.

E.1.2.1. Les formes de schizophrénie.

E.1.2.2. Place de l'hospitalisation dans la prise en charge des patients schizophrènes.

E.1.2.3. Le travail et les patients schizophrènes.

E.1.2.3.1. Le statut professionnel des malades.

E.1.2.3.2. Place du travail actuel dans la population étudiée.

E.1.2.3.3. Quelle situation professionnelle antérieure chez ces patients ?

E.1.2.3.4. Place des structures de réinsertion et de formation professionnelle.

E.1.2.3.4.1. Schizophrénie et formation professionnelle en Haute-Vienne.

E.1.2.3.4.2. Schizophrénie et réinsertion professionnelle en Haute-Vienne.

E.1.2.3.5. Prise en charge en structure sanitaire des schizophrènes.

E.1.3. ANALYSES COMPARATIVES OU CORRÉLATIONS.

E.1.3.1. Analyse comparant le sexe aux autres facteurs psychosociaux.

E.1.3.1.1. Sexe et formes.

E.1.3.1.2. Sexe et hospitalisation.

E.1.3.1.3. Sexe et statut de travailleur handicapé.

E.1.3.1.4. Sexe et travail actuel.

E.1.3.1.5. Sexe et travail antérieur.

E.1.3.1.6. Sexe et formation professionnelle.

E.1.3.1.7. Sexe et réinsertion professionnelle.

E.1.3.1.8. Sexe et structure sanitaire.

E.1.3.2. Corrélations entre le travail actuel et les facteurs psychosociaux.

E.1.3.2.1. Travail actuel et âge catégoriel.

E.1.3.2.2. Travail actuel et forme de schizophrénie

E.1.3.2.3. Travail actuel et hospitalisation

E.1.3.2.4. Travail actuel et RQTH

E.1.3.2.5. Travail actuel et travail antérieur

E.1.3.2.6. Travail actuel et formation

E.1.3.2.7. Travail actuel et structure de réinsertion professionnelle

E.1.3.2.8. Travail actuel et structure sanitaire

E.1.3.2.9. Régressions Logistiques : Facteurs influençant le travail actuel.

E.2. LES PSYCHIATRES EN HAUTE-VIENNE.

E.2.1. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES.

E.2.2. DONNÉES DESCRIPTIVES PAR RAPPORT À L'ÉTUDE COMPARAISON DE FRÉQUENCES ENTRE LES PSYCHIATRES HOSPITALIERS ET LES LIBÉRAUX.

E.2.2.1. Connaissances sur les structures de réinsertion et de formation professionnelles.

E.2.2.2. Comparaison du partenariat entre les médecins et les différentes structures.

E.2.2.3. Place des structures hors département.

E.2.2.4. Place des S.A.M.S.A.H et des S.A.V.S.

E.2.2.5. Ressenti des psychiatres.

E.2.2.5.1. Efficacités des différentes structures.

E.2.2.5.2. Coopération entre les médecins et les différents organismes.

E.2.2.5.3. Niveau d'information des médecins.

E.2.2.6. Quelles propositions possibles pour améliorer l'intégration des schizophrènes dans le monde du travail ?

III. TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION ET PERSPECTIVES.

A. LES LIMITES DE L'ÉTUDE ET SES PROBLÈMES MÉTHODOLOGIQUES.

B. INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS.

B.1. ÉLÉMENTS DE DISCUSSION APPORTÉS PAR LA POPULATION RECRUTÉE.

B.2. ÉLÉMENTS DE DISCUSSION APPORTÉS PAR LES RÉSULTATS OBTENUS AVEC LE QUESTIONNAIRE CONCERNANT LES PSYCHIATRES.

C. COMPARAISON DES RÉSULTATS AVEC D'AUTRES ÉTUDES ET LES CHIFFRES OFFICIELS.

CONCLUSION.

ANNEXES.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.

TABLES DES MATIÈRES.

SERMENT D'HIPPOCRATE.

INTRODUCTION.

Depuis les prémices de la psychiatrie, les patients schizophrènes ont longtemps été considérés comme des sujets ne pouvant prétendre à une vie sociale comme tout citoyen. Les différentes approches psychiatriques, ne voyaient la maladie schizophrénique que comme une évolution démentielle d'un trouble psychotique chronique se faisant sur un mode déficitaire ; Kraepelin parlait d'ailleurs de démence précoce. Il n'était donc pas proposé aux patients des objectifs de soins et des prises en charges, adaptés à leur pathologie pour pouvoir prétendre à une vie à l'extérieur de l'hôpital. Cependant avec les avancées de la science et notamment des connaissances neurophysiologiques de cette entité, de nouvelles perspectives sont apparues.

La schizophrénie est une pathologie complexe, stigmatisant les patients et leurs familles. Les malades présentent des troubles variés et surtout des difficultés majeures quant à la relation avec autrui, souvent responsables d'un isolement empêchant toutes possibilités de maintien dans un système socioprofessionnel acceptable sans aménagement.

Les connaissances depuis quelques années sur la physiopathologie de cette maladie, la découverte de nouvelles molécules beaucoup moins délétères sur le plan cognitif et le développement de nouvelles prises en charge (les conceptions cognitivo-comportementales et la réhabilitation psychosociale), les perspectives d'avenir pour ces patients se sont éclaircies.

De plus, la prise de conscience des pouvoirs publics sur les difficultés des patients notamment le rejet dont ils font l'objet dans la société à tous les niveaux (social, professionnel, environnemental...), sous l'impulsion des associations de patients et des familles de patients, a permis de leur redonner l'espoir de profiter d'une vie « normale ».

Le travail présenté ici a plusieurs objectifs. Tout d'abord refaire le point sur les connaissances actuelles sur la schizophrénie, sur le plan clinique selon les différentes approches psychiatriques notamment la vision d'une maladie déficitaire sur le plan cognitif mais aussi sur les nouvelles prises en charges proposées en rapport avec ces troubles en particulier la réhabilitation psychosociale. Ce travail a également pour objectif de revenir sur la mise en place de nouveaux principes fondamentaux de droits et de devoirs, auxquels les patients peuvent prétendre et ceci, suite à *la loi du 11 Février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*.

Dans un second temps, il nous est apparu intéressant de déterminer en Haute-Vienne le niveau d'intégration des patients schizophrènes dans le monde du travail et la place à laquelle le département dans leur prise en charge sociale. Il paraissait également important de définir quelles sont les causes influençant la prise en charge sociale des schizophrènes (facteurs dépendants des patients mais aussi des médecins dans cet accompagnement médico-social).

Nous avons donc interrogé l'ensemble des médecins psychiatres du département tout d'abord sur leur ressenti quant à l'action des services de réinsertion et de formation professionnelle adaptés à cette pathologie et sur leur niveau de connaissance sur le panel des outils existants assurant un accompagnement social des patients atteints de schizophrénie. Après avoir répondu à ce questionnaire, nous avons proposé à chaque praticien de remplir une fiche sociale descriptive pour chaque schizophrène qu'ils suivent en consultation afin de faire l'état des lieux en Haute-Vienne ; ceci nous permettant de réaliser une enquête épidémiologique descriptive transversale.

**I. PREMIÈRE PARTIE :
RAPPELS THÉORIQUES SUR
LA SCHIZOPHRÉNIE, LE
HANDICAP ET L'ASPECT
LÉGISLATIF DU TRAVAIL.**

A. LA SCHIZOPHRÉNIE.

Les troubles schizophréniques ont été décrits par de nombreux auteurs. Les définitions de ces troubles se sont entrecoupées tout au long de l'évolution des connaissances et des possibilités de prise en charge. Il n'en figure pas moins une hétérogénéité clinique et thérapeutique apportée aux malades et donc des projets de soins notamment quant au devenir des patients. Il faut néanmoins noter le formidable développement des neurosciences et des approches cognitives qui permettent d'offrir aux schizophrènes, un accompagnement médicosocial leur permettant d'améliorer leur devenir, le respect de leur intégrité et de leur qualité de vie.

Malgré ces approches multifactorielles du concept de schizophrénie, l'avenir de ces patients semble s'éclaircir si nous prenons en compte l'ensemble des symptômes et des conséquences de ceux-ci, sans oublier que les patients restent avant tout des individus intègres à qui nous devons apporter des réponses claires, objectives et adaptées à leur handicap malgré les difficultés que nous pouvons rencontrer.

A.1.Épidémiologie.

La prévalence de la schizophrénie (nombre de cas observés dans une population à un moment donné ou sur une période déterminée) est estimée autour de 0,5 % sur une vie entière et plus précisément entre 0,14 et 0,46 % selon les zones géographiques (Demily & Thibaut, 2007). Plus précisément, ce taux se situe entre 2,5 et 5,3 pour mille en Europe indifféremment des estimations ponctuelles, annuelles ou sur une vie entière (Jablenski, 1986).

L'incidence de la schizophrénie (nombre de nouveaux cas apparus dans une population sur un temps donné) est calculée en fonction des admissions hospitalières et ne prend donc pas en compte les formes insidieuses et les patients suivis en ambulatoire. L'analyse de près de 900 études, réalisées entre 1965 et 2001 dans 33 pays, a permis de conclure que la médiane de l'incidence annuelle est de 0,152 ‰ avec des taux plus élevés dans les pays industrialisés (McGrath & coll, 2004). Ces différences s'expliqueraient par des habitudes diagnostiques différentes, une hétérogénéité de l'accès aux soins ou encore du fait d'une approche sociale

différente en fonction des origines culturelles. Des variations d'incidences apparaissent également selon le sexe. Cependant, si nous comparons les taux femmes / hommes sur une vie entière, cette différence n'est plus probante et les taux d'incidences cumulées sont identiques. Il apparaît par contre que la gravité de la pathologie est moindre et plus tardive chez les femmes : 24 ans en moyenne chez l'homme, 25 à 34 ans chez la femme aux Etats-Unis (Sartorius, 1983). L'incidence reste cependant modulée par l'âge, la majorité des troubles survenant entre 15 et 35 ans.

Du fait de son apparition précoce (50 % avant 23 ans) et de son impact social important (2/3 des patients ne peuvent accéder à un emploi), elle représente un problème de santé publique majeur (Demily & Thibaut, 2007). Une prise en charge adaptée et la plus précoce possible est nécessaire afin de limiter au maximum les échecs de la vie pour ces patients.

Certains auteurs ont relevé des diminutions du taux d'incidence depuis la seconde guerre mondiale (Der & coll, 1990 ; Osby & coll, 2001). Si cette diminution se confirme, il est envisageable de la mettre en relation avec la diminution des stress environnementaux (infectieux, nutritionnels et obstétricaux). Ceci ne reste qu'une hypothèse et nécessiterait des études complémentaires prenant en compte l'ensemble des facteurs de risque et des variables notamment géographiques (Saoud & d'Amato, 2006).

Il existe une surmortalité chez les schizophrènes qui n'est pas seulement liée au risque suicidaire. Elle est 20 à 40 fois plus élevée que dans la population mais elle reste inférieure à celui des patients maniaco-dépressifs. Il faut préciser qu'il existe un recul de cette surmortalité avec une espérance de vie qui augmente plus vite chez les schizophrènes que dans la population générale. Ceci est dû à une prise en charge plus précoce et plus adaptée.

A.2. Définitions.

A.2.1. Rappels historiques.

Le terme de psychose créé par Ernst Von Feuchtersleben en 1874 pour désigner l'aspect aigu de la folie, a été conservé et désormais désigne des patients qui ont un délire et/ou une altération importante de la réalité ou de la conscience de soi.

En 1899, Kraepelin distinguait les psychoses maniaco-dépressives et la *dementia praecox* (terme créé par Morel en 1860) basée sur des critères évolutifs vers un état démentiel. Ce terme incluait ce qui correspond actuellement à l'hébéphrénie, la catatonie et la démence paranoïde. Ces démences précoces avaient deux caractéristiques majeures :

- Maladie chronique sans cause extérieure retrouvée et d'évolution déficitaire.
- Le trouble fondamental était un émoussement affectif majeur.

Pour Eugen Bleuler, un aspect majeur de la maladie était la « scission de l'esprit » ; le terme de schizophrénie va alors apparaître en 1911. Il mit en évidence l'altération des relations entre la pensée, les émotions et le comportement. Au départ, Bleuler parlait de dislocation (*Spaltung*), par la suite il donna sa définition de la schizophrénie : « *Par le terme de démence précoce, nous désignons un groupe de psychoses dont l'évolution est tantôt chronique, tantôt faite de poussées intermittentes et qui peut cesser ou rétrocéder à tout moment, mais sans permettre une totale restitutio ad integrum. Cette maladie se caractérise par un type spécial d'altération de la pensée, des sentiments et de la relation au monde extérieur, qu'on ne retrouve nul par ailleurs sous cet aspect particulier* » (Guelfi & coll, 2002). Il pointa les troubles fondamentaux du syndrome schizophrénique : le relâchement des associations, la baisse de l'affectivité, l'ambivalence et l'autisme. En fait il insistait sur deux types de manifestations :

- Les troubles primaires marquant le processus schizophrénique (troubles élémentaires des associations, accès d'obtusion, troubles de l'humeur, tendance aux stéréotypies et aux hallucinations et les troubles somatiques).
- Les troubles secondaires (le délire, l'ambivalence, l'autisme) correspondant à des modifications des fonctions psychiques ou à des tentatives d'adaptation aux processus pathologiques.

Cette approche va avoir une influence majeure, en particulier dans les écoles psychiatriques anglo-saxonnes et nord-américaines qui s'inspireront de ce modèle pour définir le trouble schizophrénique. D'ailleurs nous pouvons noter que Bleuler parlait non pas d'un trouble schizophrénique mais conjuguait ce terme au pluriel et soulignait l'hétérogénéité de cette pathologie ; les écoles anglo-saxonnes et nord américaines vont dès lors parler de *schizophrenia* et *schizophrenia-like reactions* (Lantéri-Laura & coll, 1996).

En 1912, Chaslin reprit ce concept de dissociation très proche de celui de Bleuler. Il parlait de discordance qu'il distinguait sous trois aspects fondamentaux :

- Entre l'expression mimique, l'humeur et les représentations ;
- Entre le discours bien construit et l'absence totale de tout référent assignable ;
- La discordance des signes entre eux.

Pour l'auteur, ce terme ne désignait pas un symptôme mais un ensemble de signes touchant la vie intellectuelle, la sphère affective et les comportements psychomoteurs.

Par la suite de nombreux auteurs ont approfondi ce concept sans apporter une réelle synthèse. Nous retrouvons notamment les études de Langfeld qui introduisit le concept de psychoses schizophréniformes en distinguant les psychoses processuelles et les réactions schizophréniques (de meilleur pronostic) survenant sur des personnalités bien adaptées. Nous devons également citer Kasanin, premier à parler de psychoses schizo-affectives.

Henri Ey, héritier du modèle bleulérien, insista sur la notion de dissociation. Comme Kraepelin, il mit en avant la chronicité de la maladie, excluant les psychoses aiguës et transitoires ainsi que celles qui n'altèrent pas profondément la personnalité : *« ensemble de troubles où dominant la discordance, l'incohérence verbale, l'ambivalence, l'autisme, les idées délirantes, les hallucinations peu ou mal systématisées et de profondes perturbations affectives dans le sens du détachement et de l'étrangeté des sentiments; troubles qui ont tendance à évoluer vers un déficit et une dissociation de la personnalité . »* (Ey).

A la fin des années 1960, le diagnostic de schizophrénie reposait sur des critères, que nous pouvons qualifier d'empiriques ou subjectifs. Ceux-ci étaient différents en fonction des écoles psychiatriques rendant difficile toute comparaison de résultats. Afin d'améliorer la lisibilité et proposer des outils de classification reproductibles, plusieurs classifications diagnostiques furent créées. Nous pouvons citer les critères de Kurt Schneider (1959), les critères de Saint Louis (Feighner & coll, 1972) et surtout les différentes versions du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) avec actuellement la quatrième version (DSM-IV), sans oublier bien entendu la *Classification Internationales des Maladies* (CIM) et sa dixième version depuis 1992. Ces outils améliorent la classification des troubles schizophréniques (d'où une meilleure lisibilité et un semblant d'homogénéité).

A.2.2. Définition française.

Si nous reprenons la définition française, il faut considérer cette pathologie comme un ensemble de maladies, regroupant des symptômes caractéristiques et évoluant vers une désorganisation profonde de la personnalité (Guelfi & coll, 2002).

La schizophrénie perdure dans un champ nosographique relativement restrictif, basé sur la notion de maladie chronique ayant une évolution déficitaire. Il s'agit donc d'une désorganisation progressive de la personnalité avec un appauvrissement psychique notamment des troubles de l'affectivité, une indifférence et une apathie. Les états aigus (type bouffée délirante aiguë) et les psychoses chroniques non déficitaires sont donc exclus de cette définition.

La maladie repose sur trois axes majeurs dont les expressions et les combinaisons varient dans le temps et pour chaque patient :

Le syndrome dissociatif : symptôme fondamental. Il s'agit de la dislocation de la vie psychique et se caractérise par des troubles de la pensée, du comportement, et de l'affectivité.

Au niveau de la pensée, le patient présente des perturbations de type ralentissement, des suspensions (barrages) ou encore de persévération ou de stéréotypies d'une idée. Il peut exister des troubles des associations d'idées avec des ruptures, des associations bizarres voire absurdes.... Nous retrouvons des troubles de la concentration et de l'attention. Le langage peut aussi être atteint avec une diminution progressive du débit de la voix (fading) ou encore des impulsions verbales sans oublier les phases mutiques possibles. Le patient peut présenter des troubles du contenu de la pensée avec une atteinte sémantique, des néologismes, aboutissant à un discours incompréhensible que nous dénommons schizophasie. Il est également possible de rencontrer des troubles de la logique, marqués par une pensée sans sens ni fondement dont la compréhension devient impossible sous tendu par des bizarreries, un maniérisme et un rationalisme que nous qualifions de morbide devant son caractère absurde sous couvert de pseudo fondements scientifiques ou philosophiques.

Au niveau de la sphère affective, le schizophrène présente des carences émotionnelles et des comportements inadaptés, aux différentes situations qu'il rencontre. Nous retrouvons une froideur avec un détachement total, les réactions affectives sont comme anesthésiées avec un désintérêt important, nous parlons d'athymhormie (perte de l'élan vital) ainsi que

d'aboulie et d'inertie. Parfois il peut exister des réactions affectives brutales comme des accès de colère ou encore des rires immotivés, inadaptés à la situation. Le patient présente également une ambivalence affective marquée par des sentiments et des pulsions contraires pour une situation, n'arrivant pas à se positionner et à avoir un comportement adapté d'où des difficultés relationnelles avec son entourage familial et amical (une ambivalence et contradictions entre le rejet des autres et des comportements fusionnels). Nous retrouvons aussi des troubles psychomoteurs avec un maniérisme, des gestes maladroits, des mimiques ainsi que des bizarreries. Il a été décrit le syndrome catatonique marqué par une attitude de retrait du contact, une inertie associée ou non à des stéréotypies, éventuellement des hyperkinésies (gestes violents brutaux) allant jusqu'à la catalepsie (perte d'initiative, flexibilité cirreuse, plasticité et maintien des positions imposées).

Le délire paranoïde : délire de mécanisme très varié comme les hallucinations (psychosensorielles ou psychiques avec notamment l'automatisme mental), les intuitions, les interprétations... Les thèmes sont également multiples, souvent vécus sur un mode persécutoire. Nous avons aussi des thématiques mystiques, mégalomaniaques, de divination... Le délire est variable dans le temps et lors des différentes poussées évolutives, chez un même patient même si nous retrouverons souvent une trame fixe. Le vécu de ce délire est total sans aucune critique du patient lors des phases aiguës.

L'autisme ou repli autistique : troisième axe descriptif, il s'agit de l'évasion de la réalité et le repli sur la vie psychique intérieure du sujet (Guelfi & coll, 2002). Le patient vit dans son propre monde sans contrainte ni interdit, sous tendu par son délire.

A.2.3. Définition dans les classifications internationales.

Devant les nombreuses évolutions (les travaux psychométriques, la prise en compte des modèles de vulnérabilité, les caractéristiques cognitives et les conséquences sociales), une nouvelle approche et définition de la schizophrénie est apparue. Actuellement nous parlons de dimensions pour décrire cette pathologie. Nous retrouvons la dimension psychotique (ou positive), la dimension négative et enfin la désorganisation.

La dimension psychotique ou positive : présente chez 48 à 70 % des patients. Elle correspond au délire paranoïde de la définition française. Ce délire emprunte tous types de

mécanismes avec des thèmes et une adhésion variable. Il s'associe à des troubles du comportement en lien avec ce délire.

La dimension négative : ensemble des manifestations qui marquent l'appauvrissement de la vie psychique. Plusieurs domaines sont touchés comme l'affectivité avec un manque d'émotion, des manifestations négativistes qui touchent les gestes, le faciès, la voix. Il existe un détachement par rapport à l'environnement. Le sujet semble en dehors de la réalité émotionnelle avec une froideur, nous parlons d'émoussement affectif. Il existe une anhédonie (perte de la capacité à éprouver du plaisir) qui se manifeste sur le plan social par un retrait, un isolement. Les fonctions cognitives sont altérées notamment les capacités d'attention, de concentration et de mémoire ; le discours est pauvre avec des stéréotypies et des persévérations ou encore les barrages et le fading. Il existe une atteinte des fonctions motrices avec la perte d'initiative, une indécision. Il est difficile pour le patient de se fixer sur une activité. Nous développerons ces troubles dans le chapitre sur la phase d'état de la maladie.

La dimension de désorganisation : caractérisée par des troubles de la pensée, de l'affectivité et du comportement. Les troubles de la pensée sont plus ou moins marqués allant jusqu'à un discours incompréhensible, énigmatique avec des troubles des associations et des illogismes allant jusqu'au rationalisme morbide. Les émotions et les affects sont inappropriés, sans cohérences avec ce qui les provoque. Le comportement est inadapté sans référence aux normes sociales. Nous retrouvons des maniérismes, des rituels et des négligences corporelles. Sont souvent décrits des troubles en présence d'autrui comme les soliloques ou au contraire l'interpellation incongrue des passants dans la rue. Parfois il existe des troubles des conduites sexuelles comme l'exhibition. Des gestes violents, agressifs peuvent également marquer la désorganisation (Waintraub, 2007).

A.3. PSYCHOPATHOLOGIE.

Pour Freud, la schizophrénie était comme une « névrose narcissique », secondaire à une perturbation des relations objectales (Guelfi & coll, 2002). Il considérait cette pathologie comme la résultante d'angoisses profondes et secondaires à des traumatismes précoces et majeures, d'où des mécanismes de défense contre ceux-ci.

La psychopathologie de la schizophrénie se marque tout d'abord par un défaut des mécanismes d'identification. Des défenses primitives caractérisées par une relation fusionnelle à l'objet se mettent en place, d'où un défaut des limites du soi. Intervient alors plusieurs mécanismes de défense dont l'identification projective, sur l'objet maternel, comme système de défense contre cette angoisse. D'autres mécanismes interviennent comme le clivage qui est la séparation du moi de ses représentations pulsionnelles et de ses objets avec les conséquences sur la perception du monde et les relations interindividuelles. Il apparaît alors des comportements opposés avec des pulsions en contradiction ainsi qu'un déni d'une partie du réel, sans la possibilité pour le sujet de se rattacher à la réalité ce qui explique en partie le syndrome dissociatif. De l'ensemble de ces mécanismes de défense, il a été fait l'hypothèse de l'existence d'une vulnérabilité pulsionnelle avec des perturbations très précoces de la relation mère-enfant ; en fait elle n'est ni résolue, ni abandonnée (Guelfi & coll, 2002).

Freud mit aussi en avant le refoulement comme mécanisme de défense à l'origine des hallucinations ; l'angoisse et le rejet par le moi des pulsions et des affects insupportables qui jusqu'alors ne se manifestaient pas, par ce mécanisme s'expriment par des d'hallucinations.

Il apparaît difficile de développer plus la psychopathologie dans ce travail vue la complexité de l'ensemble des mécanismes qui se mettent en place, des interactions majeures dès la petite enfance ainsi que du rôle de l'environnement propre du sujet.

A.4.ÉTIOPATHOGÉNIE, PHYSIOPATHOLOGIE.

A.4.1. Une anomalie neurodéveloppementale.

Cette hypothèse, des années 1891, fut introduite par T.S Clouston. Actuellement les neurosciences et l'apport de l'imagerie cérébrale étayent ce concept. Il en découle la notion de phase de latence entre les lésions cérébrales précoces et la survenue ultérieure des symptômes psychotiques (Demily & Thibaut, 2007). Les schizophrènes subiraient dès leur vie in-utero, des lésions responsables d'une décompensation à l'âge adulte mais si nous reprenons l'histoire de vie de ces sujets, nous constatons qu'il existe des troubles comportementaux, cognitifs ou neurologiques dès la petite enfance (Saoud & d'Amato, 2006).

Le développement psychomoteur des schizophrènes est marqué dès la petite enfance par des retards d'acquisition à la marche, de la parole et de la propreté (Henriksson & McNeil, 2004). Le risque de développer une schizophrénie est lié à l'importance du retard d'acquisition (Isohanni & coll, 2001). Il existe aussi des anomalies cognitives et comportementales dès les âges précoces. Dès l'enfance, nous retrouvons un retard d'apprentissage cognitif avec des niveaux de QI inférieurs à ceux des groupes contrôles, notamment le QI de performance alors que le QI verbal est normal (Saoud & d'Amato, 2006). Des troubles de l'attention, une impulsivité ou encore des troubles de la mémoire à court terme sont retrouvés ainsi qu'une mauvaise adaptation sociale avec des difficultés interpersonnelles responsables d'un rejet des autres enfants à l'école (Niemi & coll, 2003).

Au niveau anatomique et neurophysiologique, des anomalies précoces ont été retrouvées notamment une dilatation des ventricules cérébraux et une atrophie de plusieurs structures cérébrales. L'atteinte ventriculaire pourrait être présente in-utero comme le soulignent les études morphologiques par échographie (Gilmore & coll, 1998). Chez les enfants à fort risque de développer une schizophrénie, nous constatons une diminution globale du volume cérébrale, une diminution du volume du complexe amygdalo-hippocampique et du girus temporal supérieur mais sans anomalie du cortex préfrontal survenant plus tardivement (Saoud & d'Amato, 2006).

Des troubles, au niveau préfrontal et du cortex associatif, apparaissent au cours de l'adolescence comme les troubles de la myélinisation et une perturbation des connexions synaptiques (Demily & Thibaut, 2007). Dès 1897, Alzheimer mettait en avant une gliose proliférative, une perte neuronale et une atrophie, dans l'étude du cerveau de schizophrènes catatoniques. Les progrès scientifiques ont permis d'affiner ces constatations. Il existe une réduction neuronale au niveau de certaines couches du cortex frontal mais plus qu'une dégénérescence, il s'agit d'une réaction physiologique de perte neuronale accélérée avec l'âge. Au niveau du cervelet, il existe une perturbation des afférences en direction du système limbique sans retrouver de lésion anatomopathologique, hormis des images au scanner cérébral d'anomalies cérébelleuses. Les structures limbiques sont également atteintes avec une réduction du poids du cerveau et un élargissement des ventricules latéraux (notamment au niveau de la corne temporale). Le thalamus serait également atteint avec une réduction neuronale (Bourdet & Césaró, 1995). Précisons que suivant les formes de schizophrénies, les anomalies seraient différentes en termes d'intensité.

Une nouvelle hypothèse est formulée ; les neurotrophines joueraient un rôle majeur. Elles ont une action au cours de l'embryogénèse, de l'organogénèse et de la vie adulte, sur le développement et la différenciation neuronale. Il existerait une anomalie de l'expression de ces neurotrophines secondaire à l'action de facteurs environnementaux et génétiques et responsable d'une altération du développement cérébral (Demily & Thibaut, 2007).

A.4.2. Des modèles de vulnérabilités différents.

A.4.2.1. L'hypothèse génétique.

Depuis le début du XX^{ème} siècle, l'hypothèse héréditaire reste présente. De nombreuses études ont démontré le rôle de différents gènes mais avec certaines nuances par rapport aux conceptions des auteurs du XIX^{ème} siècle (Thibaut, 2007). Les avancées scientifiques ont mis en avant l'interaction entre la prédisposition génétique et les facteurs environnementaux. Plusieurs auteurs dont Gottesman et Shields ont établi un risque dix fois supérieur de développer une schizophrénie chez les apparentés de premier degré des patients schizophrènes. Ce risque est encore plus important chez les frères et sœurs ou chez les enfants d'un malade (Saoud & d'Amato, 2006). Actuellement la schizophrénie est considérée comme une maladie polygénique et multifactorielle à effet seuil, dans laquelle plusieurs gènes joueraient un rôle secondaire mais dont l'interaction, avec les facteurs environnementaux, conduirait à une prédisposition phénotypique de la maladie. Il était considéré pendant longtemps que la transmission génétique se faisait sur un modèle mendélien simple (transmission d'un seul gène délétère). Dans la schizophrénie, les analyses n'ont pas encore permis de conclure en l'existence d'un gène propre à cette maladie sous un modèle classique mais en un modèle polygénique et multifactoriel. L'expression de la maladie ne se ferait que suite à la combinaison des altérations liées à ces différents gènes, le tout sous une distribution gaussienne de ces phénomènes d'épistasie (interactions non additives entre les gènes).

La recherche a mis en avant le rôle de différents facteurs génétiques notamment de la région 22q11 du fait de la fréquence élevée de troubles psychotiques chez les sujets présentant cette délétion (Karayiorgou & Gogos, 2004). De plus, cette région comporte des gènes importants comme la COMT (catéchol-ortho-méthyl-transférase qui métabolise la catécholamine au niveau cortical), la PRODII (proline déshydrogénase ayant un rôle dans la

synthèse du glutamate et du GABA) (Saoud & D'AMATO, 2006). D'autres régions semblent impliquées dans la schizophrénie : 1q21-22, 5p14-13, 5q21-33, 8p21-22, 10p11-15 et 13q32.

D'autres gènes interviendraient dans le développement de la maladie. Citons le gène DTNBP1 (dysbindin protein) et la région 6p22.3 qui ont un rôle dans les terminaisons synaptiques des cortex cérébelleux et hippocampiques. Le gène NRG1 (neuroregulin protein) dont les actions restent floues mais avec un rôle dans le fonctionnement cérébral, le développement axonal, la différenciation gliale, la neurotransmission... Le gène RGS4 (Regulator of G protein 4) qui est impliqué dans la modulation de l'activité de certains neurones sérotoninergiques et glutamatergiques (Demily & Thibaut, 2007).

D'autres problèmes se posent, notamment celui de la survenue de cas de schizophrénie dans des familles jusqu'alors dépourvues de sujets psychotiques. Des études ont été réalisées et ont mis en avant l'âge paternel lors de la conception comme facteur prédisposant au risque de survenu d'un cas de schizophrénie. Chez les pères âgés de moins de 25 ans et ceux entre 45 et 49 ans au moment de la conception, le risque de schizophrénie est doublé chez leurs enfants et au-delà de 50 ans le risque est multiplié par trois (Saoud & d'Amato, 2006).

A.4.2.2. L'hypothèse environnementale.

Plusieurs études soulignent le rôle des facteurs environnementaux dans la survenue d'une schizophrénie. Ils interviennent lors du développement fœtal ou infantile et interagissent avec les facteurs génétiques (Saoud & d'Amato, 2006).

A.4.2.2.1. Facteurs environnementaux biologiques.

A.4.2.2.1.1. Les agents infectieux.

Plusieurs agents infectieux (viraux, bactériens et parasitaires) sont suspectés dans le développement d'une schizophrénie par leurs actions au décours de la gestation de la mère du patient. Le rôle de ces agents a été mis en avant devant le déséquilibre saisonnier des naissances de schizophrènes. Depuis le XIX^{ème} siècle, des hypothèses sur l'action de ces agents sont développées ; Jean Esquirol en 1845 puis Eugène Bleuler en 1911 et Emile Kraepelin en 1919, furent parmi les premiers à développer ces postulats (Limosin, 2007).

Le principal agent viral est la grippe (influenza). Les pandémies de 1918 et de 1957 ont révélé une augmentation majeure de schizophrénies chez les enfants de femmes au cours de leur second trimestre de gestation durant le pic de l'épidémie avec une analogie entre la maladie et les variations annuelles de l'infection grippale (Saoud & d'Amato, 2006). Le risque de schizophrénie à l'âge adulte est augmenté par 7 chez les sujets de mères exposées au virus pendant la première moitié de la gestation (Brown & coll, 2004).

Le Borna virus jouerait un rôle. Il affecte le cerveau avec des anomalies du développement, des troubles moteurs et comportementaux. Son action est suspectée devant la présence plus fréquente d'anticorps anti-Borna virus dans le sérum des schizophrènes notamment les formes déficitaires (Saoud & d'Amato, 2006). D'autres virus semblent avoir un risque potentiel dans le développement d'une schizophrénie comme la rubéole.

Il en va de même avec les infections bactériennes notamment celle à tropisme neurologique (Saoud & d'Amato, 2006).

Parmi les parasites, la toxoplasmose augmenterait le risque de schizophrénie.

A.4.2.2.1.2. Les causes nutritionnelles.

Les études épidémiologies, des différentes famines du XX^{ème} siècle, ont démontré le lien entre les carences alimentaires chez les mères en cours de grossesse et le risque de développer une schizophrénie chez leurs enfants. Il serait deux fois plus important, pour ces enfants suite à une famine ou une carence alimentaire importante (Saoud & d'Amato, 2006).

A.4.2.2.1.3. Les facteurs immunologiques.

Le principal facteur immunitaire suspecté, est l'incompatibilité rhésus (mère rhésus négatif et fœtus rhésus positif). Ce phénomène se développe à partir du second trimestre du développement lors d'une seconde grossesse et entraîne une hyperbilirubinémie plasmatique avec un risque multiplié par trois de développer une schizophrénie (Saoud & d'Amato, 2006).

A.4.2.2.1.4. Les causes obstétricales.

Certaines complications obstétricales sont suspectées mais là encore, il ne s'agit que d'un risque faible (Limosin, 2007). Les études montrent un taux deux fois plus important de

complications obstétricales chez les mères de schizophrènes comme les hémorragies gravidiques, la pré-éclampsie, le diabète gestationnel (Saoud & d'Amato, 2006). Certaines complications de la délivrance semblent également être des facteurs de risques : l'atonie utérine, l'asphyxie néonatale, les hémorragies, les naissances instrumentales, le petit poids de naissance et le travail prolongé. Les évolutions diffèrent chez les patients selon que le facteur de risque soit une prématurité ou un retard de croissance intra utérin. Les prématurés ont des troubles précoces notamment le retrait social alors que les retards de croissance intra utérin ont un bas niveau éducationnel à l'âge adulte (Smith & coll, 2001).

A.4.2.2.1.5. Les agents chimiques et physiques.

Deux agents chimiques ont été étudiés avec plus d'attention. Selon l'étude d'Opler en 2004, les résultats montrent un risque doublé lorsqu'il existe une exposition anténatale au plomb ou au mercure (Saoud & d'Amato, 2006). De même, l'exposition anténatale à des radiations ionisantes importantes constitue un autre facteur de risque.

Enfin, lors de traumatismes crâniens avant l'âge de 10 ans, chez les enfants de famille avec une forte prédisposition génétique, le risque est doublé (Saoud & d'Amato, 2006).

A.4.2.2.2. Facteurs environnementaux sociodémographiques.

Il existe un rapport inverse entre les conditions de vie et le risque de schizophrénie. Le niveau socioéconomique est d'autant plus délétère qu'il est précaire (Boydell & coll, 2004). L'isolement social et le célibat interviennent également (Saoud & d'Amato, 2006).

La naissance et la croissance en milieu urbain seraient des facteurs de risques. Déjà suspecté dans les années 1930, des études notamment suédoise et danoise l'ont démontré. Le risque augmente avec la taille de l'agglomération (Saoud & d'Amato, 2006).

Enfin, citons les flux migratoires avec une corrélation entre le risque de développer une schizophrénie et le fait d'être migrant. Des études européennes ont démontré un risque d'autant plus important (en Europe) que les migrants sont non européens. Ceci s'expliquerait par les différences socioéconomiques et le stress (Saoud & d'Amato, 2006).

A.4.2.2.3. Rôle du stress comme facteur déclenchant.

Le déclenchement d'une schizophrénie fait appel à de multiples facteurs (génétiques ou environnementaux), le tout sous couvert d'une hypothèse neurodéveloppementale. Il faut toutefois parler du modèle vulnérabilité-stress.

A l'heure actuelle, ce modèle est privilégié par l'ensemble du corps médical. Il fait appel à deux composantes associées et indispensable à l'apparition de la maladie : une vulnérabilité neuropsychologique exacerbée par des stress socio-environnementaux (Lalonde & coll, 2004). La seule présence des facteurs de vulnérabilité ne suffit pas à l'apparition de la maladie. Il est nécessaire que certains stress s'y ajoutent (drogues, abus de médicaments, stress social, pression de performance, insuffisance de soutien social).

D'autres facteurs de stress existent comme le contexte émotionnel familial ; concept introduit par Vaughn et Leff qui parlent d'émotion exprimée. Il s'agit des interactions entre le patient et son entourage familial et des émotions qui en découlent. Elle est fortement exprimée dans les cas où le caractère hostile du cercle familial est majeur. Ce niveau d'émotion joue le rôle de déclencheur des rechutes (Simonet & Brazo, 2005). Enfin l'arrêt du traitement abaisse le seuil de déclenchement des symptômes et a donc une action stressante.

A.4.2.3. L'hypothèse neurobiochimique.

La recherche scientifique a mis en avant un ensemble de mécanismes neurobiochimiques intervenant dans la physiopathologie de la schizophrénie. Il existe des anomalies de la neurotransmission de plusieurs neurotransmetteurs : dopamine, sérotonine, glutamine, GABA, noradrénaline, acétylcholine et l'axe corticotrope (Saoud & d'Amato, 2006).

A.4.2.3.1. Système dopaminergique.

La dopamine est un régulateur de l'influx nerveux en augmentant le contraste entre les neurones activés et les non activés. Elle intervient sur les fonctions motrices, la sécrétion hormonale, les systèmes de récompense (augmentation de la sécrétion et de la libération de dopamine lors d'une activité agréable) et sur la plasticité neuronale de l'hippocampe.

Lors d'un traitement neuroleptique, les concentrations intracérébrales en métabolites de la dopamine augmentent. Devant cette constatation, l'hypothèse dopaminergique a été établie et repose sur le postulat d'un état hyperdopaminergique postsynaptique. En fait, il s'agit d'une dysrégulation dopaminergique avec un état hyperdopaminergique en région sous corticale, responsable des symptômes positifs et un état hypodopaminergique en cortical à l'origine de la symptomatologie négative. Actuellement cette hypothèse a encore évolué, cette dysrégulation dopaminergique serait épisodique en fonction de la phase de la maladie (aiguë ou en phase de rémission) (Saoud & d'Amato, 2006).

A.4.2.3.2. Système sérotoninergique.

La sérotonine agit sur les fonctions somatiques et comportementales (humeur, attention, impulsivité, sommeil, motricité...), aussi comme facteur de croissance et de différenciation neuronale et sur la plasticité synaptique.

Il existerait une perturbation de la transmission en sérotonine chez les schizophrènes. Nous constatons une augmentation des récepteurs 5HT_{1A} (inhibiteurs) au niveau du cortex préfrontal, de l'hippocampe et du thalamus. Parallèlement nous avons une diminution des récepteurs 5HT_{2A} chez les schizophrènes sous traitement antipsychotique alors que sans traitement leur taux est augmenté. Il est difficile de déterminer précisément l'action des systèmes de régulation de sérotonine mais il est certain (Saoud & d'Amato, 2006).

A.4.2.3.3. Système glutamatergique.

Le glutamate est un excitateur du système nerveux central. Il agit sur les voies sensorimotrices, cognitives, nociceptives et sur la régulation du système nerveux central.

Le système de transmission du glutamate est complexe. Il existerait un dysfonctionnement dans la schizophrénie marqué par un déficit en glutamate dans le LCR des patients et des anomalies d'expression des récepteurs ionotropiques du glutamate dans leur cerveau (Saoud & d'Amato, 2006).

A.4.2.3.4. Système GABAergique.

Ce système intervient dans la genèse et le contrôle de l'influx nerveux comme freinateur de la transmission. Il est sous tendu par les circuits dopaminergique, sérotoninergique et glutamatergique, d'où l'hypothèse de son rôle dans la schizophrénie.

Chez les patients, nous avons une diminution des concentrations tissulaires du GABA dans le cortex préfrontal et des troubles de la concentration plasmatique en périphérie. Il existe aussi des anomalies d'un des sous types des transporteurs membranaires du GABA et une diminution de certaines *calcium binding proteins* (CBP), protéines dont la synthèse dépend du système GABA. Pour simplifier, il existe une diminution de l'activité inhibitrice GABAergique et donc une hyperactivité glutamatergique (Saoud & d'Amato, 2006).

A.4.2.3.5. Système noradrénergique.

La noradrénaline a une action périphérique au niveau cardiaque, vasculaire, métabolique, nociceptif et une action centrale sur les changements de focalisation attentionnels et l'apprentissage. Chez les schizophrènes, nous avons des anomalies au niveau du locus cœreleus (principal lieu d'action de la noradrénaline en central) intervenant dans l'apprentissage et les capacités attentionnelles (Saoud & d'Amato, 2006).

A.4.2.3.6. Système cholinergique.

L'acétylcholine est un modulateur des fonctions comportementales et cognitives par des actions excitatrices ou inhibitrices. L'atteinte de ses voies au niveau hippocampique entraîne des perturbations mnésiques surtout la mémoire de travail et à court terme. Au niveau cérébral cette voie agit sur la vigilance, l'attention et la mémoire.

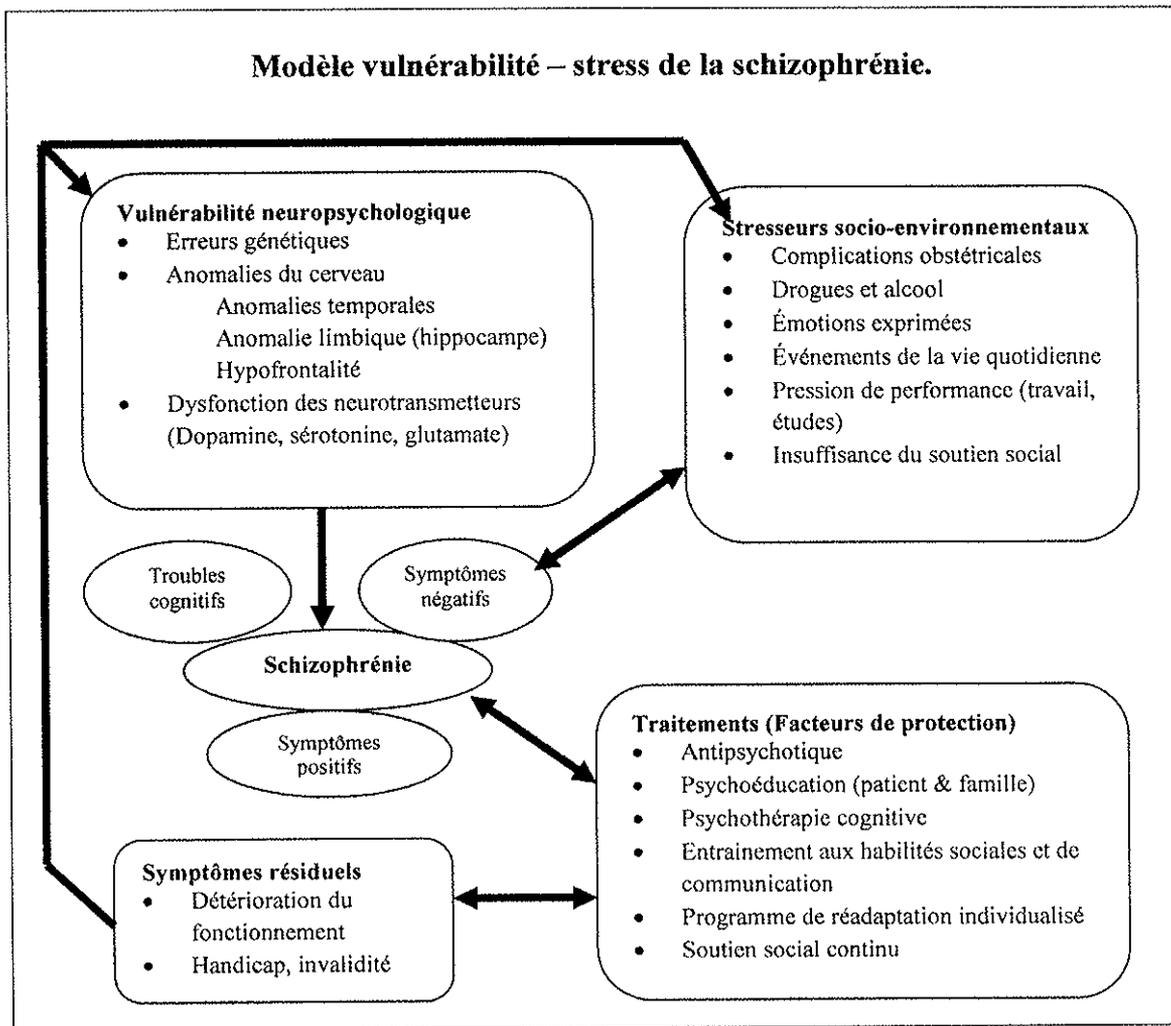
Ce circuit intervient dans la schizophrénie par différents mécanismes mal connus comme un blocage du système, sources de troubles cognitifs et d'anomalies de différents récepteurs à l'acétylcholine (muscariniques et nicotiniques) (Saoud & d'Amato, 2006).

A.4.2.3.7. Système histaminergique.

Ce circuit intervient également dans la schizophrénie avec la mise en évidence d'une augmentation du taux des métabolites de l'histamine dans le LCR chez ces patients. Notons que l'histamine a un rôle dans la vigilance et la cognition (Saoud & d'Amato, 2006).

A.4.2.4. Synthèse des modèles de vulnérabilité dans la schizophrénie.

Pour une meilleure compréhension, nous pouvons reprendre le schéma explicatif de la schizophrénie établie par le Docteur Pierre Lalonde qui met en lien les différents facteurs de vulnérabilité et leurs actions sur cette pathologie.



A.5. La maladie et son évolution naturelle.

A.5.1. Phase prémorbide.

Cette notion fait suite à l'hypothèse neurodéveloppementale et aux concepts de vulnérabilité. De nombreux travaux comme ceux de Rado et de Meehl soulignent les désordres génétiques qui seraient à l'origine d'un type de personnalité spécifique appelé schizotype. Cette personnalité se manifeste par des difficultés pour éprouver du plaisir (anhédonie) et conduit à une perte des initiatives ainsi qu'un repli social. Pour Rado, ce schizotype conduit, lorsqu'il est décompensé, à l'impossibilité d'adaptation du sujet d'où le développement de la schizophrénie mais lorsqu'il reste adapté, l'évolution se fait vers une personnalité schizoïde stable. Cette capacité d'adaptation, dépend de la vulnérabilité génétique et de l'environnement social et familial. Meehl va plus loin, il suggère qu'il existe un modèle de vulnérabilité de la schizophrénie qu'il appelle modèle de schizotaxie-schizotypie. Cette vulnérabilité génétique est source d'anomalies neurophysiologiques : le défaut d'intégration neuronale ou schizotaxie. Chez les sujets avec cette prédisposition, les facteurs de vie seraient responsables d'une évolution vers la maladie. Selon cette conception, la schizotypie serait le facteur prédisposant au développement d'un trouble de la personnalité (Dumas, 2007).

En 1992, la revue de Fish et ses collaborateurs, de neuf études prospectives a mis en avant des troubles caractéristiques de cette phase prémorbide (Azorin, 2005) :

- Durant l'enfance : un développement neuromoteur anormal avec des dysfonctionnements dans les domaines perceptifs, cognitifs et émotionnels ;
- A l'âge scolaire : une agressivité chez les garçons, une introversion chez les filles et des relations interpersonnelles perturbées ainsi qu'une néophobie ;
- Entre 2 et 15 ans : des difficultés linguistiques ;
- A l'adolescence : une perturbation cognitive, une excentricité et une pauvreté des rapports émotionnels.

Ces troubles de l'enfance et l'adolescence sont prédictifs d'une schizophrénie ultérieure (Fish & coll, 1992). Les détériorations surviennent lors des premières années voir des premiers mois de la maladie. Il est donc possible de déterminer une valeur prédictive de l'évolution à long terme (Lieberman, 2002 ; Helldin, 2006). Citons certains de ces facteurs prédictifs de mauvais pronostic (Lieberman, 2002 ; Haro, 2006) :

- Le sexe masculin ;
- Un début précoce de la maladie ;
- Le début insidieux ;
- De faibles compétences scolaires ou professionnelles ;
- Un fonctionnement social pauvre ;

- Une longue période prodromique.

A.5.2. Phase prodromique.

L'histoire de vie des schizophrènes montre des troubles 1 à 2 ans voire plus, avant le premier épisode aigu (Moller et Husby, 2000). Différents travaux (entretiens avec le patient et sa famille, l'observation de schizophrènes au cours de l'évolution de leur psychose ...) ont permis de définir des prodromes multiples et variés : symptômes névrotiques, symptômes physiques (somatisations) et des modifications comportementales variées (Azorin, 2005).

Cette phase peut se manifester par des expériences intérieures difficiles, envahissantes dont le sujet ne parlera pas. Le patient présente des troubles de la perception de soi avec un détachement émotionnel, une impression d'être spectateur de sa vie, d'irréalité, la peur de ne plus être lui-même. Il peut également développer des préoccupations mentales intérieures sur sa propre vie avec l'apparition d'éléments spirituels, philosophiques ou encore surnaturels. Au niveau thymique, un sentiment permanent de dépression se manifeste avec parfois des idées suicidaires, des troubles anxieux, une tension interne ou encore un malaise au contact des autres (Waintraub, 2007). Des troubles cognitifs de la concentration ou de l'attention sont possibles. Le patient présente des troubles de la perception ou une perte de contrôle de la pensée. Nous retrouvons des modifications des préoccupations et des centres d'intérêts, incompréhensibles pour l'entourage et un isolement social marqué.

Ces prodromes vont toucher cinq niveaux différents (El Khazen & coll, 2003) :

- Affectifs (dépression, culpabilité, suicide) ;
- Comportementaux (passivité, ennui, apathie, fatigue, repli...) ;
- Cognitifs (troubles de la concentration ou de l'attention) ;
- Physiques (somatisations, amaigrissement, troubles du sommeil...) ;
- Psychotiques modérés (mal être, phénomènes dissociatifs, délire à minima).

Ils ne sont pas prédictifs dans l'absolu, seulement 40 à 50 % des sujets développeront une pathologie psychotique (Corcoran & coll, 2005).

A.5.3. Phase d'état.

Nous allons reprendre le concept international pour décrire cette phase. Nous reviendrons brièvement sur les dimensions positives et de désorganisation mais nous insisterons sur la dimension négative pour la compréhension des difficultés de réhabilitation socioprofessionnelle.

A.5.3.1. La dimension négative.

Elle regroupe l'ensemble des manifestations traduisant un déclin de la vie psychique du sujet. Retrouvée chez quasiment tous les patients, elle concerne le champ de l'affectivité avec des expressions émotionnelles, faciales et gestuelles, très réduites voire inexistantes, d'où un contact froid, détaché. L'anhédonie, autre signe, se caractérise par un repli social et marque les difficultés relationnelles éprouvées par les patients avec ses conséquences comme le maintien d'un lien socioprofessionnel. Les patients sont en souffrance psychique, au contact d'autrui, le monde extérieur est vécu comme hostile. Il est aisé de comprendre les difficultés pour le patient de se tenir à un travail, n'y trouvant ni plaisir ni réassurance. Il existe une réduction importante de l'activité avec une perte d'initiative (Waintraub, 2007).

Cette dimension s'accompagne de troubles cognitifs importants que nous retrouvons chez 85 % des patients (Palmer & coll, 1997). Il est difficile de les détailler mais nous allons tâcher d'en rappeler les principaux (Saoud & d'Amato, 2006).

Nous retrouvons des troubles attentionnels, signe majeur avec l'atteinte de :

- L'alerte ou réaction d'orientation (Startle Response) : le système d'habituation est peu développé chez les patients, rendant l'apprentissage difficile d'où un état d'alerte permanent du monde environnant ;
- L'attention soutenue ou vigilance : il s'agit du niveau d'éveil lors d'une tâche cognitive et capacité à maintenir cette activité. Dans la schizophrénie celle-ci est touchée (le Continuous Performance Task permet d'évaluer ce déficit) ;
- L'attention sélective : concentration sur un stimulus particulier en négligeant les stimuli non pertinents, est atteinte comme le confirme le span of apprehension test (SAO) chez 40 à 50 % des patients (Miller & coll, 1990 ; Granholm & coll, 1996) ;

- L'attention divisée ou partagée : capacité à traiter simultanément plusieurs catégories d'informations, est également perturbée.

Des troubles mnésiques existent avec l'atteinte de différents types de mémoire :

- *La mémoire de travail ou à court terme* (maintient temporaire, d'informations pendant la réalisation d'une tâche) est perturbée à différents niveaux : l'empan mnésique (capacité de rétention d'informations), les réponses différées et le monitoring de la source (reconnaissance de la source de l'information).
- *La mémoire à long terme* avec notamment l'atteinte de la mémoire sémantique (concept des mots et des symboles ; explorée par différents test comme la fluence verbale, l'amorçage sémantique ...).
- *La mémoire épisodique* (permet de se souvenir d'événements liés à notre histoire personnelle) est fortement altérée chez les schizophrènes.

Nous avons également une atteinte des fonctions exécutives à savoir les capacités à initier, à planifier et à hiérarchiser les réponses ainsi que la capacité d'abstraction et de résolution de problèmes et la flexibilité cognitive. Plusieurs tests sont utilisés pour évaluer ces fonctions ; citons le test de tri de cartes (Wisconsin card sorting test : WCST), le test de catégorisation de Halstead (Halstead category test : HCT), la fluence verbale, le test de Stroop ou le trail making B (TMB). Ils sont tous perturbés dans la schizophrénie.

Rappelons qu'un groupe d'experts (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia : MATRICS) a été mis en place pour proposer une batterie de tests neuropsychologiques d'évaluation, des domaines cognitifs. Mais devant les difficultés de réalisation, il est difficile de faire passer l'ensemble de ces tests à tous les schizophrènes.

A.5.3.2. **La dimension de désorganisation.**

Elle se manifeste par des troubles du comportement, de la pensée, de l'affectivité et du comportement (Waintraub, 2007). Le discours est perturbé avec des idées floues dont la compréhension est très difficile. Le patient n'a plus de cohérence dans ses idées dont les associations restent illogiques, sans lien avec des digressions inappropriées.

Les troubles de la pensée sont présents. Avec l'avènement des neurosciences, nous comprenons mieux l'interaction entre ces troubles et la dimension cognitivo-sociale. Les patients présentent un déficit de la capacité à attribuer une intention à autrui aboutissant à la désorganisation. Ils se retrouvent dans l'impossibilité d'interagir avec autrui de manière adaptée. Sarfati fut l'un des premiers à décrire ce déficit. D'autres auteurs par la suite ont élargi son champ, aux émotions (Brunet, 2006). L'imagerie identifie les régions cérébrales impliquées avec l'atteinte de la région du cortex médian préfrontal (responsable de la perception des émotions et de la réalité concrète) et de l'amygdale (traitement émotionnel).

Les troubles du comportement sont possibles. Le patient a des attitudes ne répondant plus aux normes sociales. Il agit sans but compréhensible pour une situation donnée. Nous retrouvons des anomalies de posture, un maniérisme, des stéréotypies gestuelles, avec le risque d'hyperactivité motrice voir de violence. Le patient a un contact fuyant. Parfois, nous retrouvons des troubles des conduites sexuelles avec des attouchements, des attitudes désinhibées ou de l'exhibitionnisme (Waintraub, 2007).

A.5.3.3. La dimension positive.

Il s'agit des manifestations délirantes, que nous retrouvons au cours d'une phase aiguë ou chez les patients stabilisés sous forme résiduelle ou enkystée. Tous les mécanismes délirants sont possibles, comme nous l'avons déjà vu. Il en est de même tous les thèmes, du délire de persécution, en passant par les délires mystiques, mégalomaniaques... Ce délire reste flou, peu construit, nous parlons de délire non systématisé. Le plus souvent, le patient adhère totalement à son délire d'où des risques accrus de réactions inappropriées, voire agressives dans son comportement. Le patient peut présenter des manifestations de dépersonnalisation (trouble de la conscience de soi, caractérisé par le sentiment de ne plus être soi-même) et/ou de déréalisation (perte du sentiment de réalité, de familiarité).

A.5.4. Le devenir du malade.

A.5.4.1. Evolution longitudinale de la schizophrénie.

Il s'agit d'une pathologie chronique dont les évolutions sont multiples mais avec une finalité commune : la chronicité. Les études mettent en avant des troubles au long cours, sévères, mais avec des rémissions possibles. Selon la forme et des facteurs interdépendants,

l'évolution peut être continue, sans amélioration voire avec des aggravations notamment de la dimension négative. Elle peut aussi être ponctuée de décompensations aiguës.

Après la phase initiale, l'évolution est favorable dans 70 à 80 % des cas mais avec une rechute dans les trois ans. Par la suite, se succèdent des phases aiguës et des phases de rémission (Waintraub, 2007). Les différents épisodes peuvent être décrits en trois phases : la phase avec résurgence aiguë de symptômes puis une phase de stabilisation durant laquelle les troubles vont diminuer et enfin une phase de stabilité où les symptômes sont au minima.

Kraepelin estimait à 2,6 % les guérisons totales et durables et à 13 % de rémissions temporaires. D'autres études sont plus optimistes notamment depuis l'arrivée des antipsychotiques de seconde génération. Selon l'étude prospective de Harrow, réalisée en 2005, sur 274 patients de Chicago (dont 64 schizophrènes, les autres étant des troubles schizotypiques selon les critères du DSM), 41 % ont eu une rémission au moins un an au cours des 15 années de l'enquête et 19 % étaient en rémission lors de l'enquête. L'étude, de l'OMS (Organisation mondiale de la santé) de 2001 montre une évolution favorable avec près de 50 % des schizophrènes qui présentent une guérison symptomatique ou un bon niveau de fonctionnement. Mais seul 37,8 % des patients présentaient une guérison symptomatique et un bon niveau de fonctionnement et si nous enlevons les patients rechutant dans les 2 ans, il reste 16,3 % de bonne évolution (chiffre équivalent à l'étude Harrow).

A.5.4.2. La rémission.

Les auteurs ont une approche différente ou nuancée, des évolutions possibles de la maladie. Donnons quelques définitions de la guérison et de la rémission.

La recherche montre une corrélation entre les troubles cognitifs et une dimension pathologique ainsi qu'entre une dimension donnée et le processus évolutif. Il faut envisager la schizophrénie comme un ensemble de dimensions pathologiques correspondant chacune à un trouble physiopathologique pour lequel il existerait une évolution possible. Ceci permet d'envisager une rémission partielle pour une dimension mais non de rémission totale.

Dans les modèles de vulnérabilité, les différents facteurs (génétiques, biologiques et psychosociaux) sont la base d'une personnalité prémorbide qui ne décompensera qu'en cas de

stress majeur. Il faut envisager un cours évolutif différent avec l'existence d'une phase prémorbide, d'une phase prodromique et d'une phase psychotique aiguë. L'évolution dépend de la répétition de ces phases, aboutissant à un tableau chronique. Nous parlons de rémission de l'épisode. Il en découle la possibilité de guérison de la maladie (Simonnot & coll, 2007).

Devant les limites de ces approches, différents auteurs ont tenté de donner des définitions plus claires, moins ambiguës. En 2003, J-M Kane et ses collaborateurs ont pris en compte différents indicateurs (symptomatiques et fonctionnels), leur sévérité et la durée d'amélioration afin de proposer de nouvelles définitions. Ces experts parlent de rémission fonctionnelle (recovery en anglais) proche de la guérison et de rémission symptomatique :

- *Rémission fonctionnelle* : niveau symptomatique persistant mais modéré et non envahissant, permettant un fonctionnement social durant au moins un an.
- *Rémission symptomatique* : diminution des symptômes en deçà des seuils diagnostiques.

Les trois dimensions symptomatiques de la schizophrénie (négative, positive et la désorganisation) sont à prendre en compte lors de l'évaluation d'une éventuelle rémission. Andreasen en 2005 a établi un tableau permettant de définir les rémissions symptomatiques en fonction de différentes échelles d'évaluation. Les scores, obtenus à ces différentes échelles, doivent se maintenir au minimum 6 mois pour pouvoir parler de rémission.

Critères De Rémission Symptomatique d'ANDREASEN

Dimension	SAPS/SANS	PANSS	BPRS
Symptomatologie Positive	Délire	Délire Contenu inhabituel des pensées	Idées de grandeur Suspicion Contenu inhabituel des pensées
	Hallucinations	Hallucinations	Hallucinations
Désorganisation	Désorganisation du langage	Désorganisation conceptuelle	Désorganisation conceptuelle
	Bizarreries du comportement	Maniérisme postural	Maniérisme postural
Symptomatologie Négative	Emoussement des affects	Emoussement des affects	Emoussement des affects
	Avolition / Apathie	Retrait social	-
	Anhédonie	-	-
	Alogie	Manque de spontanéité	-
Scores	≤ 2	≤ 3	≤ 3

La rémission symptomatique est due au traitement antipsychotique ; la rémission fonctionnelle quant à elle relève de deux conditions (Leucht, 2006) :

- Un traitement correct et précoce de la maladie,
- Un cadre thérapeutique optimal (alliance thérapeutique, continuité des soins).

Il a été mis en avant différents facteurs de bon pronostic de rémission (Leucht, 2006) :

- Brièveté du temps de psychose non traitée ;
- Bon fonctionnement prémorbide ;
- Patient responsabilisé et impliqué dans son traitement ;
- Fonctionnement cognitif correct ;
- Bonne qualité du support social ;
- Proximité et continuité des soins.

Toujours selon Leucht, nous devons mettre en avant quatre déterminants en lien avec la perception subjective des patients, dans l'obtention d'une rémission fonctionnelle :

- Sentiment d'espoir du patient ;
- Sentiment d'identité retrouvée ;
- Sentiment que la vie a un sens ;
- Responsabilisation dans la gestion de sa maladie avec l'objectif de la rémission.

A.6. Un handicap cognitif et ses traitements.

A.6.1. Les médicaments : les psychotropes et leur évolution.

A.6.1.1. Historique.

La première molécule découverte en 1950 est la chlorpromazine. Hamons et ses collaborateurs l'utilisèrent en premier, dans un état d'agitation maniaque (Guelfi, 2002). Dès leur découverte, les neuroleptiques étaient considérés comme des antipsychotiques, à savoir des molécules avec une action sur les symptômes productifs. Devant les effets secondaires, Delay et Deniker ont préféré le terme neuroleptique signifiant « qui prend les nerfs ».

Avec l'arrivée de nouvelles molécules, une classification a été établie en fonction de leurs effets. En France, la première revient à Lambert et Revol en 1960, basée sur l'effet sédatif ou incisif des traitements. Elle fut reprise par Delay et Deniker.

Depuis une vingtaine d'années avec l'arrivée de la clozapine, il devenait difficile d'avoir une classification claire des différentes molécules. La question de la dénomination des molécules s'est posée : neuroleptique ou antipsychotique. Il aura fallu attendre Lohr et Braff en 2003 pour avoir un modèle clair. Désormais, nous parlons de neuroleptique ou antipsychotique de première génération et d'antipsychotique de seconde génération.

A.6.1.2. Les neuroleptiques ou antipsychotiques de première génération.

La définition de Delay et Deniker est basée sur l'action biocomportementale des neuroleptiques. Ces molécules doivent répondre à cinq critères (Llorca, 2007) :

- Création d'un état d'indifférence psychomotrice,
- Sédation des états d'excitation et d'agitation,
- Réduction progressive des troubles psychotiques aigus et chroniques,
- Production de syndromes extrapyramidaux et végétatifs,
- Prédominance des effets sur les régions cérébrales sous-corticales.

A.6.1.3. Les antipsychotiques de seconde génération.

Ensemble de molécules de nouvelle génération caractérisées par (Llorca, 2007) :

- Action sur les neurotransmetteurs, légèrement différente des neuroleptiques,
- Nette diminution voire une absence d'effets extrapyramidaux,
- Action sensible sur les symptômes négatifs de la schizophrénie.

Cette classe comprend l'amisulpride (Solian*), l'olanzapine (Zyprexa*), la rispéridone (Risperdal*), la clozapine (Léponex*), l'aripiprazole (Abilify*). Trois autres molécules existent (la quétiapine, la ziprazidone et le sertindole), mais non commercialisées en France.

A.6.1.4. Les actions pharmacologiques.

L'action principale se situe sur les récepteurs dopaminergiques. Les neuroleptiques classiques ont une action inhibitrice sur ces récepteurs, alors que les antipsychotiques de

seconde génération ont une action sélective pré ou post-synaptique. Soulignons qu'une nouvelle molécule, l'aripiprazole, a une action agoniste dopaminergique partielle qui, en fonction de l'état dopaminergique des zones cérébrales, aura une action réductrice ou au contraire facilitatrice sur la transmission dopaminergique.

A.6.1.5. Les effets des antipsychotiques de seconde génération.

Consacrons un chapitre sur l'action de ces molécules face à leurs répercutions sur le plan cognitif, d'autant plus qu'il existe des troubles cognitifs majeurs, dans la schizophrénie.

A.6.1.5.1. Effet sédatif.

Les antipsychotiques de seconde génération n'ont pas d'effet sédatif majeur, sauf à des posologies trop importantes, pour pouvoir être utilisés en phase aiguë à cet escient. Il est souvent nécessaire d'associer les premiers jours de la décompensation, un traitement par benzodiazépine ou par neuroleptique classique afin de soulager le patient des angoisses psychotiques.

A.6.1.5.2. Effet antipsychotique.

L'intérêt est de réduire les symptômes hallucinatoires ou délirants. L'action des antipsychotiques de seconde génération sur les délires enkystés est moindre que celle des neuroleptiques classiques. Sur les états aigus l'efficacité est similaire (Llorca, 2007).

A.6.1.5.3. Effet antidéficitaire.

Ces nouvelles molécules ont une action anti-déficitaire supérieure à celle des neuroleptiques classiques. Les médicaments seuls ne suffisent pas pour espérer un retour à une vie sociale quasi normale. Une prise en charge psychosociale reste indispensable mais l'arrivée de ces nouvelles molécules est prometteuse.

A.6.1.5.4. Effet cognitif.

Les troubles cognitifs sont des marqueurs du devenir familial et socioprofessionnel du patient. Près de 85 % des patients présentent des troubles (Palmer & al, 1997). Les

molécules d'ancienne génération ont prouvé une efficacité procognitive sur les troubles déficitaires lors des traitements chroniques (Llorca, 2007) mais délétère lors des traitements aigus sur les fonctions cognitives. Les correcteurs anticholinergiques associés, suite aux effets secondaires extrapyramidaux, sont responsables de ces conséquences. Plusieurs études (Harvey & al, Purdon & al, Mc Gurk) démontrent une action procognitive de ces molécules supérieure à celle des neuroleptiques (Azorin, 2006), d'autant plus importante que le traitement se poursuit au long cours. Leur seconde action procognitive est due à la diminution des effets secondaires d'où l'utilisation réduite des correcteurs (Carpenter et Gold, 2002).

A.6.1.5.5. Les recommandations.

Devant les effets secondaires potentiels de ces traitements mais aussi pour éliminer toutes comorbidités associées, un bilan est à réaliser selon les recommandations pratiques des guidelines. Détaillons ce bilan (Vidailhet, 2008) :

- Tension artérielle, poids, indice de masse corporelle et périmètre abdominal ;
- Un examen neurologique associé ou non à un électroencéphalogramme ;
- Un bilan biologique (NFS, ionogramme sanguin, dosage lipidique, glycémie à jeun, fonctions rénales, hépatiques et thyroïdiennes, recherche des toxiques urinaires, dosage des métaux lourds, bêta-HCG, sérologies HIV/hépatites/syphilis, dosage de la prolactine) ;
- L'imagerie cérébrale morphologique (scanner ou IRM) n'est pas systématique.

La conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie, avec le soutien de l'ANAES et de la Direction Générale de la Santé, des 23 et 24 janvier 2003 recommande :

- En première intention, un antipsychotique de seconde génération notamment chez l'adolescent ;
- En cas d'inefficacité on pourra avoir recours aux antipsychotiques conventionnels ;
- Une dose minimale efficace pour limiter les effets indésirables ;
- La surveillance de certains paramètres cliniques et biologiques (poids, pression artérielle, glycémie, bilan lipidique, ionogramme sanguin, électrocardiogramme) ;
- La monothérapie antipsychotique doit être privilégiée, si possible sous forme orale.

Selon les guidelines, il existe des pratiques différentes lors d'échappement thérapeutique à la première molécule utilisée (le plus souvent un antipsychotique de seconde génération). La plupart préconise l'utilisation en première intention d'un antipsychotique de seconde génération. En fonction des pratiques et des pays, certains préconisent en cas d'échec l'utilisation dans un second temps de neuroleptiques classiques alors que d'autres ne le recommandent qu'en troisième voire quatrième ligne. Notons que pour la clozapine (antipsychotique de seconde génération), toutes les recommandations vont dans le même sens à savoir l'utilisation de cette molécule qu'en quatrième voire cinquième ligne (Bottéro, 2001).

A.6.1.5.6. Conduite à tenir lors du premier accès de schizophrénie (Daléry, 2007).

A.6.1.5.6.1. A la phase initiale.

- L'objectif initial est de réduire au maximum la durée de l'accès ;
- L'hospitalisation est le plus souvent nécessaire au début même sans consentement ;
- Informer le patient et la famille sur la maladie et son traitement ;
- Début d'un traitement, le plus tôt possible en monothérapie.
- Association d'une benzodiazépine ou d'un neuroleptique sédatif en cas d'agitation ;
- Evaluation et traitement du risque suicidaire.

A.6.1.5.6.2. Ultérieurement.

- Suivi extrahospitalier afin de prévenir les rechutes et favoriser la prise du traitement ;
- Traitement au long cours (2 ans au minimum) si possible en monothérapie éventuellement sous forme à action prolongée, à dose minimale efficace ;
- Surveiller les effets secondaires du traitement ;
- Suppression des toxiques (facteur de rechute) ;
- Prise en charge psychosociale ;
- En cas de forme résistante mise en place d'un traitement par clozapine ;
- Ne pas oublier la mise en place d'une mesure de protection si nécessaire.

A.6.1.5.7. Conduite à tenir lors d'une forme déficitaire (Daléry, 2007).

A.6.1.5.7.1. Initialement.

- Lors de troubles négatifs secondaires : réduire les doses, ajouter un correcteur en cas de signes extrapyramidaux et un antidépresseur si l'humeur est dépressive ;
- Si présence de troubles négatifs primaires : privilégier les petites doses d'antipsychotiques de seconde génération.

A.6.1.5.7.2. Ultérieurement.

- Traitement au long cours (2 ans au minimum) éventuellement sous forme retard ;
- Surveillance des effets secondaires ;
- Suivi psychosocial ;
- Suppression des toxiques ;
- Dans les formes résistantes : instauration d'un traitement par clozapine.

A.6.1.5.8. Conduite à tenir lors d'une forme productive (Daléry, 2007).

A.6.1.5.8.1. A la phase initiale.

- L'objectif est de réduire l'intensité et la durée des symptômes ;
- Hospitalisation si les troubles du comportement sont trop importants ;
- Instauration rapide d'un traitement à base d'antipsychotiques de seconde génération ;
- Associer si besoin une benzodiazépine ou un neuroleptique sédatif en cas d'agitation ;
- Informer le patient et sa famille, sur la maladie et son traitement.

A.6.1.5.8.2. A distance.

- Traitement au long cours (minimum 2 ans) avec un antipsychotique de seconde génération éventuellement à action prolongée et à dose minimale efficace ;
- Surveiller la survenue d'effets secondaires ;
- Suppression des toxiques ;
- Prise en charge biopsychosociale pour éviter les rechutes, favoriser la prise du traitement ;
- Instauration de clozapine dans les formes résistantes.

A.6.2. Les psychothérapies.

A.6.2.1. Les thérapies analytiques.

Nous retrouvons les cures psychanalytiques et les psychothérapies d'inspiration psychanalytique (PIP) qui se basent sur le même fondement du fonctionnement psychique mais avec des méthodes légèrement différentes que nous ne développerons pas. La littérature a déterminé les indications de ce type de thérapie ; une seule étude de 1976 portant sur des schizophrènes, n'a pas mis en avant de résultats probants. La revue systématique Cochrane n'a pas identifié d'essai contrôlé de ces thérapies chez des schizophrènes (Thurin, 2007). De nouvelles études sont nécessaires afin de déterminer la place de ces thérapies mais qu'une telle prise en charge n'est pas adaptée, ni appropriée chez les schizophrènes en phase aiguë.

A.6.2.2. Les thérapies cognitivo-comportementales.

A.6.2.2.1. Définition.

Les thérapies basées sur les modifications du comportement sont apparues vers 1960. Puis avec la compréhension des mécanismes cognitifs, se sont développées les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) dans les années soixante-dix (Mirabel-Sarron, 2007).

Elles sont basées sur l'observation par le thérapeute des difficultés du sujet qu'il peut observer et identifier, s'en suit l'évaluation psychiatrique de l'anxiété, de la dépression et une évaluation comportementale et cognitive. Après cette évaluation, un contrat de soins entre le thérapeute et le patient est mis en place avec des objectifs à atteindre en un certain nombre de séances. Les moyens utilisés pour réaliser ce contrat sont basés sur les médicaments, une approche psychologique et institutionnelle. Le thérapeute va déterminer avec le patient les hypothèses de fonctionnements conduisant à des comportements inadaptés. La base de ces thérapies est le concept d'apprentissage : durant sa vie le patient va intégrer des données en fonction de son environnement, de son éducation avec des comportements qu'il aura mis en place avec plus ou moins de réponses adaptées aux différentes situations. Ces apprentissages seront la cible des TCC afin de remédier à ces comportements inadaptés et inappropriés.

En termes d'efficacité, les TCC ont fait leurs preuves chez les schizophrènes avec un niveau de grade A dans la réhabilitation psychosociale en association avec les neuroleptiques

et un grade B d'efficacité en phase aiguë (ANAES, 2000). Cette technique a sa place quelque soit le stade évolutif de maladie (Zaarour, 2008).

A.6.2.2.2. Leur intérêt sur les hallucinations et le délire.

Une étude réalisée chez des patients à haut risque de développer une psychose et ayant vécu des expériences délirantes, a montré l'intérêt des TCC sur la prise en charge de ces patients avec des diminutions des scores sur l'échelle d'évaluation PANSS, notamment sur les symptômes positifs et un peu moins sur les troubles émotionnels. Le groupe ayant bénéficié en plus du traitement classique d'une TCC, a vu son score à la PANSS diminuer de 6,13 points sur les symptômes positifs dont les délires contre 3,65 pour le groupe control qui n'en n'a pas bénéficié (French & coll, 2007). Il apparaît que les TCC améliorent les résultats et les comportements chez les schizophrènes notamment sur les symptômes productifs. Il existe une amélioration des troubles chez les psychotiques bénéficiant d'une TTC avec une plus grande facilité pour évoquer leur pathologie notamment leurs symptômes positifs et le sens qu'ils leurs donnent, ceci améliorant les résultats des prises en charge (Kuipers & coll, 1997).

Chambon et Marie-Cardine soulignent l'intérêt des TCC sur la diminution voire la suppression de la conviction délirante et de l'anxiété liée à ces idées avec des résultats au long cours et une action bénéfique sur des idées qui n'ont pas été traitées directement par la TCC (phénomène de généralisation). Ils soulignent que la suppression de ces idées par les TCC ne s'accompagne pas de dépression alors que ces idées ont une action d'économie psychique. Ils ont repris l'étude de Chadwick et Lowe démontrant sur un groupe de 12 patients psychotiques chroniques, que 10 ont présenté une réduction de leur conviction délirante parmi lesquels 5 rejetèrent totalement leur croyance (Chambon & Marie-Cardine, 2005).

A.6.2.2.3. Leur action sur la gestion de la vie quotidienne.

Le schizophrène doit faire face à son environnement et gérer sa vie quotidienne malgré les symptômes ce qui entraîne des difficultés de réadaptation. Il est certain que le patient présente des biais cognitifs secondaires aux différents déficits d'où des défauts d'interprétation et de compréhension de lui-même et de son environnement et une incapacité d'adaptation face à des événements et des réponses inappropriées ainsi qu'une majoration du handicap (Lalonde & coll, 2004). Les TCC permettent aux patients de trouver des réponses autres lors de situations d'échec d'où la notion de résolution de problèmes. Les TCC donnent

aux patients les outils pour définir le problème, y associer les émotions ressenties. Puis vient l'étape de planification à savoir la recherche d'alternatives possibles et les solutions pour les réaliser, et enfin l'étape d'autorégulation visant à assurer les performances et la qualité des alternatives. Le quotidien devient plus facile, plus adapté avec une réduction du handicap.

Les TCC peuvent se faire sous forme de groupe avec des exercices communs mais il est nécessaire de réserver une approche individuelle. Les résultats anglo-saxons, montrent un intérêt avec une réduction des rechutes donc des hospitalisations, une amélioration du fonctionnement social et donc de qualité de vie (Chambon & Marie-Cardine, 1997).

A.6.2.2.4. Psychoéducation familiale.

Le thérapeute doit faire intervenir la famille dès le début de la maladie pour une meilleure alliance thérapeutique. Il doit donner des informations sur la pathologie au patient et à sa famille sans hésiter à parler de schizophrénie, de délire, de troubles cognitifs tout en respectant le patient avec une dimension optimiste afin de rassurer l'ensemble de la famille.

La participation de la famille aux soins avec des objectifs et des projets facilite l'accompagnement psychologique et permet d'adapter les échanges relationnels et affectifs. Fallon a montré l'intérêt de la psychoéducation familiale dans la réduction des rechutes à 2 ans et Hogarty en 1991 a confirmé cette étude tout comme Bustillo et ses collaborateurs. Le pourcentage de rechutes est de 0 % à 1 an et 25 % à 2 ans lors d'une prise en charge complète (neuroleptiques + éducation familiale + programme d'entraînement aux habilités sociales) et il est de 20 % à 1 an et 50 % à 2 ans si la prise en charge n'est que partielle (neuroleptiques + programmes d'entraînement aux habilités sociales) (Simonet & Brazo, 2005).

Il existe dans certains centres spécialisés comme au département psychiatrique de Laval au Québec (où il a été créé par H.Cormier) ou encore au Département universitaire de psychiatrie adulte de Lausanne, un groupe psycho-éducatif appelé Profamille. Il est destiné aux familles des schizophrènes et a démontré son action positive sur la collaboration des familles avec les équipes soignantes, la diminution du risque d'épuisement de celles-ci avec un sentiment de valorisation et de reconnaissance de l'entourage (Lyon-Pagès & coll, 2002).

A.6.2.3. Les thérapies familiales.

A.6.2.3.1. Définition.

Le principe des thérapies familiales repose sur le postulat que suivant : certains symptômes dans une pathologie donnée seront traitables uniquement si le contexte familial est pris en compte. Les précurseurs se sont inspirés de différents modèles (psychanalyse, l'anthropologie, l'éthologie, la sociologie, la biologie...) pour mettre en place ce système (Angel, 2007). Dès 1936, N.W. Ackerman mettait en avant les possibles intrications entre les phénomènes schizophréniques et le fonctionnement familial. Le principe repose sur les organisations familiales et sociales qui, par leur dynamique propre, ont une action pathogène sur l'individu (Miermont, 2004). Bateson mit en avant des théories plus abouties avec notamment sa théorie de la double contrainte (double blind) à l'origine de l'approche communicationnelle. Nous devons également citer les travaux de Watzlawick qui redonne une impulsion à ces thérapies en mettant en avant la communication intrafamiliale et les conséquences de celle-ci. En France, ce n'est que vers les années 1980 que se créent les premiers centres de thérapies familiales (P.Segond, J.Miermont, J.C Benoit...).

A.6.2.3.2. Principes.

Selon les approches (intergénérationnelle, humaniste, stratégique ou structurelle), des différences existent et de nouvelles perspectives voient le jour comme le constructivisme, le constructionnisme, les thérapies brèves, les thérapies multifamiliales...

Le principe repose sur des modèles d'observation et de compréhension du système familial et est basé sur le principe selon lequel dans une famille où un sujet est malade, les autres membres subissent les troubles du patient. Certains de ces symptômes sont directement liés aux interactions pathologiques entre les différents membres d'où la nécessité de les mettre en avant afin de redonner un sens au concept de famille et de diminuer les symptômes. Il s'agit le plus souvent de troubles de la communication et de compréhension sous-tendus par des réactions inadaptées de la part des membres de la famille vis-à-vis du patient.

A.6.2.3.3. Quelques techniques de thérapies familiales.

Comme le souligne J. Miermont, les différentes techniques doivent être utilisées avec prudence devant les risques et il est nécessaire de bien choisir les modalités que le thérapeute met en place pour ne pas avoir d'effets contraires. Chaque situation familiale est différente et nécessite une prise en charge spécifique avec des techniques propres mais une base commune.

Citons les techniques les plus utilisées sans oublier qu'elles sont renouvelables par les thérapeutes en fonction de leurs hypothèses et des réactions familiales (Angel, 2007).

- *L'alliance thérapeutique* : accorder le thérapeute et la famille sur les modalités de passation de la thérapie, elle nécessite une confiance mutuelle, la confidentialité sans oublier la neutralité du thérapeute envers les différents protagonistes de la famille.
- *L'affiliation (créée par Minuchin)* : le thérapeute s'imprègne de l'histoire familiale, de sa culture pour que ses propositions soient assimilées à celles de la famille.
- *La connotation positive.*
- *Le génogramme* : créer un arbre généalogique complet avec les informations sur la nature des relations entre les différents protagonistes de la famille.
- *La prescription de tâches* : tâches à réaliser par les membres de la famille pendant la séance ou entre deux, afin de prolonger le processus thérapeutique.
- *La sculpturation (imaginée par D. Kantor)* : communication non verbale entre la famille et le thérapeute sous forme de tableaux vivants ; le ressenti sera exprimé par l'expression corporelle et non verbalement.

A.6.2.3.4. Le cadre thérapeutique.

Il existe trois possibilités de déroulement d'une séance propres à ces thérapies : la cothérapie, le thérapeute et cothérapeute en séance et enfin la supervision.

La cothérapie : pendant la séance, un thérapeute est avec la famille, le second est derrière un miroir sans teint ou regarde sur un écran mais il rencontre la famille en début et en fin de séance. Elle permet une observation double et crée un système auto-correctif.

Thérapeute et cothérapeute en séance : pendant la séance en présence des deux thérapeutes, l'un est plus actif et l'autre plus observant. Cette modalité a un intérêt lors de situations difficiles et conflictuelles permettant lors de débordement au cothérapeute de travailler avec un seul membre de la famille et de canaliser ainsi les débordements et agitations.

La supervision : le superviseur ne participe jamais aux séances. Le travail s'effectue en visionnant l'enregistrement vidéo de la séance. Cette méthode permet une nouvelle lecture neutre des interactions familiales ainsi que du comportement du thérapeute durant la séance.

A.6.2.3.5. Intérêt dans la prise en charge des patients schizophrènes.

Ces thérapies permettent de soulager la souffrance, atténuent les risques de passage à l'acte et redonnent un sens à l'ensemble de la famille. Il est également possible de voir une forte réduction des troubles avec une récupération d'une autonomie sociale pour le patient.

L'enquête de l'INSERM sur l'évaluation des différentes psychothérapies, montre une diminution des rechutes, des hospitalisations et une meilleure observance thérapeutique (Miermont, 2005). Trois méta-analyses (Jair de Jesus Mari & coll, U. Wunderlich & coll, Gabi Pitschel-Walz & coll) se sont intéressées à l'intérêt des psychothérapies familiales. La méta-analyse de Mari met en avant un taux de rechute, même s'il augmente avec le temps, nettement inférieur dans le groupe ayant bénéficié d'une thérapie familiale (à 9 mois un taux de 6 % et à 2 ans un taux de 14 %) en comparaison au groupe contrôle (à 9 mois un taux de 41 % et à 2 ans un taux de 33 %) (Mari & Streiner, 1994). Dans la méta-analyse de Pitschel-Walz (Pitschel-Walz & al, 2001) on note une réduction de 20 % des rechutes, baisse d'autant plus importante que la durée de la prise en charge est supérieure à 3 mois. Pour Wunderlich, l'efficacité est supérieure des thérapies familiales de type psychoéducatives, comportementales et cognitives par rapport aux thérapies familiales psychanalytiques qui paraissent moins probantes (Miermont, 2004).

A.6.2.4. Place des différentes thérapies dans la schizophrénie.

Il est difficile de mettre en avant une prise en charge psychothérapeutique par rapport aux autres. Chaque thérapie a des atouts et des inconvénients. Le psychiatre devra les analyser pour proposer à ses patients, une orientation adaptée à leur état psychique. Diverses études ont été réalisées afin de déterminer les « effets » des différentes prises en charge. Ainsi, l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) donne aux TCC un grade A (niveau de preuve scientifique établie) dans la prise en charge des schizophrènes chroniques pour leur réhabilitation psychosociale le tout associé au traitement neuroleptique et un grade B (présomption scientifique) dans leur utilisation chez les schizophrènes en phase aiguë (toujours associée au traitement) (ANAES, 2000).

A.6.3. La remédiation cognitive.

A.6.3.1. Définition.

Les déficits cognitifs sont l'un des aspects centraux dans la schizophrénie et sont la cible de la thérapie de remédiation cognitive (TRC) (Wexler & Bell, 2005). Parallèlement à l'apparition des antipsychotiques « procognitifs », de nouveaux modèles thérapeutiques, de réhabilitations, se sont développés notamment la remédiation cognitive (Kurtz, 2003). Elle fait suite aux travaux des neurosciences et de la recherche en neuropsychologie appliquées chez les patients cérébrolésés. Dès les années 1970 elles furent développées et utilisées par Meichenbaum et Cameron chez des patients schizophrènes (Wykes, 2001). Ce terme de remédiation cognitive regroupe différentes méthodes de réapprentissage ou d'apprentissage de tâches cognitives que le patient va acquérir grâce à différents exercices qui seront adaptés en fonction de ses possibilités et surtout des programmes utilisés.

A.6.3.2. Principe.

La rémediation repose sur le même principe que les TCC, à savoir cibler un dysfonctionnement cognitif ou comportemental puis proposer une restructuration ou un réaménagement de ces dysfonctions par des règles d'apprentissage ou d'entraînement. Une différence est l'utilisation de matériel neutre sans contenu affectif par rapport aux patients permettant de dépasser la barrière du « jugement de l'examineur (Saoud et d'Amato, 2006). Elle permet d'améliorer les fonctions cognitives et le fonctionnement psychosocial (Wykes, 2001), plusieurs études ayant démontré leur interaction entre eux (Bellac & coll, 2005).

A.6.3.3. Quelques techniques.

Il existe plusieurs techniques en fonction des cibles, des outils, de l'intensité et de la durée avec une efficacité sur différentes fonctions notamment la mémoire de travail, l'attention (Kurtz et coll, 2001), la perception des émotions (Frommann & coll, 2003) et les fonctions exécutives (Wykes & coll, 1999). Le matériel utilisé est variable, du simple exercice sur papier à l'utilisation de programmes informatiques. Les exercices sont réalisés en groupe ou en binôme (Wykes, 2001). L'ensemble de ces programmes permet de restaurer

des fonctions cognitives altérées ou de développer des stratégies alternatives (Fiszdon, 2004). Citons quelques-uns de ces programmes :

- Integrated Psychological Therapy (IPT) de Brenner.
- Cognitive Enhancement Therapy (CET) de Hogarty et Flesher ; les anomalies développementales provoquent un retard d'acquisition et d'apprentissage psychosocial (Wykes, 2001) avec la possibilité du fait de la neuroplasticité de mobiliser des fonctions
- Entraînement individuel aux fonctions exécutives dont les cibles sont la flexibilité en réserves (Hogarty, 2004).
- Réhabilitation cognitive assistée par ordinateur centrée sur l'attention.
- cognitive, la mémoire et la planification de tâches.

A.6.3.4. Les résultats.

Ils sont variables, des plus optimistes au plus septiques, pour ne pas dire néfastes (Wykes, 2001 ; Pilling, 2002 ; Stip, 2005). Les programmes, d'entraînement individuel montrent des résultats intéressants, quant aux capacités cognitives et sociales ainsi que sur les troubles psychotiques (Wykes, 2001).

Pour l'ITP, il existe une amélioration cognitive et un meilleur fonctionnement social. La CTE améliore, à 1 an, les capacités, cognitives et fonctionnelles ($p < 0,003$) (Wykes, 2001), la vitesse de réactivité cognitive, la mémoire verbale, la mémoire de travail, le langage et la résolution de problèmes et améliore, à 2 ans, la plasticité cognitive ($p = 0,001$) et la cognition sociale ($p = 0,01$) (Hogarty, 2004). Quant-à la remédiation cognitive, assistée par ordinateur, les résultats sont plus contrastés (Wykes, 2001), probablement en raison de l'absence de tâche proprement cognitive.

A.6.4. Le traitement psychosocial.

Dans la schizophrénie, un aspect thérapeutique incontournable à prendre en compte est le traitement psychosocial. Pendant de nombreuses décennies, la prise en charge des schizophrènes se limitait au traitement en institution et le maintien des patients à l'hôpital, pour ne pas dire l'asile. Dans les années 1980, avec l'ouverture de l'hôpital, la réduction du nombre de lit, il a fallu faire sortir les patients des murs et leur proposer une prise en charge extrahospitalière. Cependant, comme le soulignait Monsieur Leguay : « *il n'est pas sûr que*

dans l'esprit des professionnels de soins, cette désinstitutionnalisation se soit opérée pour de bonnes raisons qui seraient le souhait des patients, une meilleure qualité de vie, un respect de leurs aspirations, de leurs droits, un combat contre les effets iatrogènes de l'hospitalisation. Confusément, l'amalgame est fait entre la pression économique, la maîtrise des dépenses de santé, la diminution du nombre de lits et la sortie des patients dans la communauté civile » (Leguay, 2001). Devant la réalité économique après la seconde guerre mondiale, il devenait nécessaire de trouver des alternatives au maintien des psychotiques à l'hôpital, d'où la problématique de réhabilitation psychosociale. En France, un rapport de 2001 souligne que la réduction du nombre de lits d'hospitalisation en dix ans (suppression de 33 420 lits) s'est accompagnée de la création de près de 30 000 places en foyers de postcure ou médicosociaux (Piel & Roeland, 2001). La sortie des patients s'est accompagnée d'une augmentation de leur mortalité aux cours des années 1975-1995, période durant laquelle le nombre de lits d'hospitalisation a diminué de 64 % (Ösby & coll, 2000). Nous devons préciser qu'avec l'arrivée des antipsychotiques, de nouvelles perspectives de prise en charge se sont développées.

Il faut préciser certaines définitions que de nombreux auteurs se sont attachés à expliciter, concernant le traitement psychosocial.

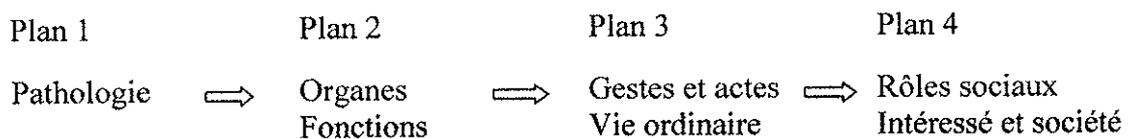
La réadaptation désignait le retour au travail. Il faut envisager ce concept comme l'aspect expressif et relationnel de la production manuelle. En France, ce terme correspond à l'ensemble des soins que nous pouvons apporter à des patients après un traitement curatif et pour lesquels nous pouvons espérer une réinsertion sociale et/ou au travail, malgré des difficultés du fait de leur pathologie (Kapsambelis & Bonnet, 2002).

La réhabilitation est un concept plus récent qu'il faut envisager en termes de capacité, de compétence et d'incapacité. Selon les auteurs, la définition n'est pas identique mais la suivante semble intéressante : « *la réhabilitation psychosociale comporte l'ensemble des stratégies qui permettent aux patients psychiatriques de récupérer leur fonctionnement social et instrumental dans la plus large mesure du possible, en utilisant des procédés d'apprentissage et des mesures prothétiques (en termes de mesures d'étayage)* » (Anthony & Liberman, 1986). La réhabilitation regroupe les efforts faits pour utiliser les capacités d'un sujet, développer ses habiletés, lui proposer un projet lui permettant son maintien dans la société et les actions pour qu'il soit accepté (Tessier & Clément, 1992).

L'insertion ou réinsertion : moyens développés pour que les patients acquièrent et aient accès à l'ensemble des droits, dans la société civile. C'est une notion plus récente et étendue, d'intégration dans la société et pas seulement d'accès au travail (Vidon, 1995).

Rappelons les travaux de Wood et Liberman dans les traitements psychosociaux. Philippe Wood a harmonisé la classification internationale du handicap mental dans la classification des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH). Elle permet d'appréhender les conséquences d'une maladie sur l'autonomie, la vie quotidienne et l'insertion socioprofessionnelle. Elle détermine plusieurs niveaux ou plans d'expérience. Deux concernent directement le domaine des soins médicaux : le plan de la pathologie et celui des organes et des fonctions qui renvoient aux déficits. Un troisième s'intéresse à la gestion de la vie quotidienne et met en avant les incapacités. Le quatrième plan (celui des rôles sociaux) concerne la réinsertion et les moyens à mettre en place pour que le patient bénéficie et assure son rôle social en luttant contre les désavantages de la pathologie (Giraud-Baro, 2007).

Méthode descriptive de Wood.



Liberman a isolé les facteurs de variation du pronostic d'une pathologie et donc les facteurs de protection (prise en charge sociale, programmes de réinsertion, développement des capacités...) pour diminuer les facteurs de stress et de vulnérabilité.

Rappelons la définition de la réhabilitation psychosociale de l'OMS de 1986 :
«Actions développées pour optimiser les capacités d'un sujet malade et atténuer les difficultés résultantes de conduites déficitaires ou anormales, ses buts sont d'améliorer le fonctionnement de la personne pour qu'elle puisse avoir du succès et de la satisfaction dans le milieu de son choix avec le moins d'intervention professionnelle possible. Les objectifs ont été définis par l'association mondiale de réhabilitation psychosociale :

- *Réduction symptomatique ;*
- *Réduction des effets contraires des médicaments ;*
- *Amélioration des compétences sociales ;*

- *Réduction de la stigmatisation et de la discrimination ;*
- *Soutien des familles ;*
- *Aide au niveau du soutien social ;*
- *Renforcement du pouvoir des usagers».*

Le traitement psychosocial est une approche multidisciplinaire assurant un accompagnement et des programmes adaptés à la pathologie pour un meilleur pronostic au long cours. Sous l'égide des associations d'usagers, les prises en charges psychosociales se sont développées. Il faut considérer ce traitement comme une approche entre le sanitaire et le social d'où la nécessité d'une collaboration étroite entre eux. Cette prise en charge fait appel à diverses disciplines et des approches nouvelles (Giraud-Baro, 2007) :

- Evaluation fonctionnelle ;
- Dynamique de projet ;
- Psychoéducation (maladie-traitement, prévention des rechutes, soutien des familles) ;
- Thérapies cognitives ;
- Entraînement-habiletés sociales ;
- Réentraînement au travail ;
- Développement de services (accompagnement, loisirs, hébergement...) ;
- Entraide-déstigmatisation.

Le traitement psychosocial doit se voir en quatre temps (Giraud-Baro, 2007).

- En premier, des soins classiques basés sur l'hospitalisation et le suivi de secteur.
- Un dispositif spécialisé avec, au cours de l'évolution de la pathologie, des stratégies de réhabilitation et un dépistage précoce.
- Un dispositif médicosocial assurant l'accompagnement à la vie quotidienne (SAVS, SAMSAH), les occupations (services d'activités de jour), le travail, la protection des biens et la participation des usagers avec les GEM (Groupes d'Entraide Mutuelle).
- Enfin un dispositif résidentiel, sanitaire, social ou médicosocial permettant de soulager de 30 % les lits occupés en psychiatrie par absence de place, en dehors de l'hôpital.

Le traitement psychosocial met en jeu différents intervenants, médicaux et paramédicaux, mais aussi un système composé d'éducateurs, de travailleurs sociaux, d'assistantes sociales et les organismes de l'état. Cependant il faut reconnaître qu'en France, il existe un retard important malgré les efforts faits depuis quelques années par l'ensemble des acteurs sociaux.

B. ASPECTS RÉGLEMENTAIRES DU TRAVAIL ET DE L'ACCÈS DES PERSONNES HANDICAPÉES À CELUI-CI.

Il est indispensable d'éclaircir et de redéfinir aussi bien l'aspect purement clinique de la schizophrénie que le versant social et les conséquences de la pathologie, à court, moyen et long terme. Il faut aussi revenir sur le concept de handicap, mettre en avant l'évolution historique quant à sa reconnaissance au sein de nos sociétés et sur le rôle de l'état et des milieux associatifs dans l'accompagnement et la prise en charge des troubles mentaux.

B.1. RECONNAISSANCE DU HANDICAP PSYCHIQUE.

B.1.1. Aspect historique.

Le handicap psychique fait suite aux troubles mentaux dus aux atteintes de l'intelligence, à l'opposé du handicap physique. Cette nouvelle définition redéfinit le handicap qui jusqu'alors, relevait de l'aspect invalidant du trouble (Chapireau F, 2006). Précisons que cette notion n'existe pas, contrairement à l'idée reçue, dans la loi 2005-102 du 11 février 2005 *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*.

Si nous reprenons les concepts anthropologiques, de la fin du XVIII^{ème} et du début du XIX^{ème} siècle, nous pouvons nous poser la question de savoir si la psychiatrie n'est pas née de la transformation de la perception des handicaps. Si nous retraçons l'évolution des mentalités, nous constatons qu'il aura fallu attendre cette période pour que la notion de différence n'interfère pas avec les capacités de coexistence. Le patient atteint d'un trouble psychique n'est plus considéré comme un monstre mais bien comme un individu à part entière. La notion de handicap psychique est alors née. Cette vision sera confirmée comme le souligne l'analyse de Gladys Swain ainsi que celle de Julia Kristeva qui cite : « *La différence d'autrui est ici non seulement reconnue et respectée, mais nous la recevons comme un appel à la reconnaître en nous-mêmes. C'est ainsi que la reconnaissance de notre commune de ressemblance avec les handicapés, au-delà des « déficits » et des « avantages », mais avec eux, tisse ce lien d'amitié et de solidarité qui définit la dignité humaine* » (Kristeva J, 2003).

Pendant plus de vingt ans, une première classification des handicaps fut utilisée : la CIH (Classification Internationale des Handicaps). Rédigée par Wood et adoptée en 1976 (publiée en 1988 en français), elle devait réduire le décalage entre ce que les services de santé auraient pu permettre et ce qu'ils permettaient réellement en tant que système d'aide. Elle mit en avant un système dynamique entre la maladie, la déficience (d'un organe ou d'une fonction), l'incapacité qui en résulte et le désavantage social comme conséquence.

Malgré ces avancées, lors de la révision de cette définition, une toute nouvelle version fut écrite : la Classification Internationale du Fonctionnement de la santé et du handicap (CIF). Elle fut adoptée en 2001 par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé, 2001) avec en France, l'aide apportée par le CTNERHI (Centre technique national pour l'étude et à la recherche sur les handicaps et les inadaptations) et le CCOMS (Centre collaborateur de l'OMS) pour la recherche et la formation en santé mentale (Chapireau, 1996). Il apparaît alors la notion d'égalité des chances : processus par lequel les divers systèmes de société, le cadre matériel, les services, les activités et l'information sont rendus accessibles à tous et en particulier aux handicapés. Dans cette classification, chaque individu est pris en compte et non plus seulement les handicapés, évitant toute stigmatisation. La CIF met en avant la participation sociale indispensable, du fait des conséquences d'une incapacité. L'inégalité est liée à la limitation de la liberté de participer à toute l'étendue des rôles sociaux et des modes de vie. Elle n'est pas limitée par des interdictions légales (même si cela peut arriver) mais par l'absence d'offre de ressources et de facilités pour rendre la participation acceptable (Bickenbach & coll, 1999). Dans la CIF nous retrouvons deux modèles : l'aspect médical (les troubles physiques ou psychiques ont des conséquences nécessitant une prise en charge et des soins) et l'aspect social (le handicap résulte de la société qui n'offre pas toutes les possibilités pour que le patient puisse s'intégrer totalement).

En France, il existe des difficultés quant à la situation des handicapés. Lorsque nous regardons les systèmes d'accompagnement et la législation, nous découvrons des difficultés de synthèse voire des incohérences. Si nous analysons les outils d'aide, nous pouvons nous demander si le cloisonnement des handicapés que nous constatons n'en est pas la conséquence ultime. Des dispositifs différents, gérés par des organismes différents avec des barèmes différents, s'appliquent selon que le patient souffre d'un accident du travail, d'une maladie de longue durée ou d'un handicap (au sens de la loi de 1975)... Une personne peut être reconnue handicapée dans un système et pas dans un autre (Chapireau, 2006). Avec la loi

2005-102 du 11 février 2005, nous pouvons espérer des réformes quant au système législatif et d'accompagnement.

Si nous examinons les premières lois, nous constatons que la notion même de handicap et surtout les outils pour accompagner ces personnes n'étaient pas adaptés, notamment pour le handicap psychique. Avant que les professionnels de santé et les acteurs sociaux ne soient impliqués dans l'aide et l'accompagnement des personnes handicapées, ces domaines étaient sous couvert de l'administratif, avec la composante médico-sociale totalement exclue du champ médical. Ce clivage faisait suite à la loi hospitalière de 1970 (article 51) qui visait à rompre les pratiques anciennes et asilaires, rencontrées à l'hôpital psychiatrique. Par la suite, de nouvelles questions sont apparues comme la reconnaissance du handicap et de ses conséquences sociales. Devant l'incapacité pour de nombreux patients à accéder à un travail, il en résultait une absence totale pour eux de tous droits sociaux, le travail étant la seule clef pour pouvoir revendiquer à des droits. Dans la loi du 30 juin 1975, le concept de handicap et l'aspect social ont commencé à être pris en compte. Citons l'article premier de la loi : *« La prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale »*.

Le problème de prise en charge et de reconnaissance du handicap persistait. Il ne figurait pas de définition du handicap qui restait à l'appréciation des commissions départementales, comme le déclarait Madame Veil face au parlement en avril 1975 (Sénat, 1975). Rapidement, les limites de cette loi ont été mises en évidence et il s'agissait plus de combler officiellement le manque d'investissement jusqu'à présent de l'état, que d'une remise en question totale de l'aide et de l'accompagnement du patient. Dans cette loi, la « catégorisation » des personnes atteintes d'un handicap mental ne prenait pas en compte le caractère invalidant de la pathologie, si bien que malgré les avancées de cette loi, elle ne pouvait pas satisfaire les patients et leurs familles. Des voix s'élevèrent comme celles de Messieurs Lasry et Gagneux, qui soulignèrent les failles : *« Au regard des perspectives généreuses et pertinentes annoncées dans son article 1^{er}, la loi d'orientation constitue une sorte de « régime balais », c'est-à-dire le plus souvent un texte de rattrapage destiné à colmater les trous de la protection sociale »* (Lasry & Gagneux, 1983).

En 2002, le député Charzat remit un rapport au Ministre à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées afin d'identifier les difficultés rencontrées par les patients avec un handicap psychique et leur proposer des améliorations et des accompagnements. Ce rapport est inspiré du plan élaboré par l'Unafam (Union nationale des amis et familles de malades mentaux) et la Fnap-Psy (Fédération nationale des associations de patients en psychiatrie). Il donne six objectifs auxquels chaque patient peut prétendre (Finkelstein & Carneva, 2004) :

- L'accès à des soins spécialisés ;
- La garantie de ressources suffisantes ;
- Un hébergement adapté ;
- Un accompagnement pour accueillir, favoriser l'autonomie et l'intégration sociale ;
- Si nécessaire, mettre en place une protection juridique ;
- Donner des possibilités d'insertion vers des activités pouvant aller jusqu'au travail.

La loi 2005-102 du 11 février 2005, que nous verrons ultérieurement, officialisant les différentes propositions et les rapports successifs, va être votée par la suite.

B.1.2. Des difficultés majeures quant à l'évaluation du handicap.

B.1.2.1. Rappels.

Jusqu'à présent, les outils d'évaluation des troubles rencontrés au cours de la schizophrénie, se limitaient à l'évaluation des symptômes positifs, négatifs et de désorganisation. Ils déterminaient l'évolution des symptômes et les améliorations suite aux traitements. Les échelles les plus utilisées étaient la PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale), la SAPS/SANS (Scale of the Assessment of Positive Symptoms/ Scale of the Assessment of Negative Symptoms) ou encore la BPRS (Brief Psychaitric Rating Scale). D'autres échelles comme l'EFG (Echelle de Fonctionnement Global) ou encore l'ESM (Echelle Santé-Maladie) de Luborsky permettent l'évaluation et la quantification du degré de la maladie, de son envahissement, de sa gravité et de ses répercussions sociales. Il s'est révélé nécessaire d'étendre ces évaluations à tous les domaines perturbés, notamment les troubles cognitifs et les capacités d'autonomie sociale. De nombreux auteurs se sont attachés à développer de nouveaux outils d'évaluation standardisés.

B.1.2.2. Les échelles d'évaluation.

Nous allons citer les différents outils d'évaluation pertinents dans la schizophrénie mais n'omettons pas que ces échelles sont des outils certes standardisés mais avec un certain degré de subjectivité ne permettant pas à eux seuls d'apporter des solutions.

La PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) : développée par S.R Kay, évalue et quantifie le niveau de symptômes positifs et négatifs au cours de la schizophrénie. Une version française a été développée notamment par Lançon, Auquier, Llorca et Martinez.

La SAPS (Scale of the Assessment of Positive Symptoms) : échelle d'évaluation des symptômes positifs, développée par Andreasen et traduite en français par Boyer et Lecrubier.

La SANS (Scale of the Assessment of Negative Symptoms) : également créée par Andreasen et traduite par Boyer et Lecrubier. Elle évalue les symptômes négatifs.

La BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) : échelle abrégée d'évaluation psychiatrique créée en 1962 par Overall et Gorham et remise à jour en 1988.

La GAF (Global Assessment of Functioning Scale) : en France, elle correspond à l'EFG (Echelle de Fonctionnement Global) et évalue le fonctionnement social, psychique, les relations interpersonnelles et les activités pragmatiques du sujet.

Ces échelles permettent une évaluation classique de l'impact des stratégies thérapeutiques. Avec le développement de nouvelles conceptions, d'autres dimensions sont explorées. Nous nous intéressons de plus en plus aux capacités d'insight (niveau de compréhension et capacité de prise de conscience qu'un patient peut avoir de sa maladie), l'autonomie sociale et la qualité de vie. Les échelles suivantes permettent ces évaluations.

La SIIQ (Short Incontinence Impact Questionnaire) : questionnaire d'indépendance et d'autonomie sociale, développé en 1991 par Kowal et Guelfi.

La SAS (Social Adjustment Scale) : créée par Weissman, Paykel, Siegal et Klerman en 1971 et révisée par Schooler, Horgarty et Weissman, en 1979. Il s'agit d'une échelle d'évaluation de l'ajustement social et de la qualité de vie.

La NFCAS (Needs for Care Assessment Schedule) : développée par Brewin, Wing, Mangen Brugha et coll en 1987. Elle évalue les besoins de soins.

La DAS (Disability Assessment Schedule) : mise en place par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Elle permet aux cliniciens d'évaluer et de noter les difficultés, à maintenir les soins personnels dans l'exercice de tâches professionnelles et dans le fonctionnement par rapport à la famille et le contexte social.

La PARS (Psychosocial Aptitude Rating Scale) : développée en 1987 par Robert, Braccini, Vitali et Darcourt. Elle évalue les aptitudes psychosociales.

La MRSS (Morningside Rehabilitation Status Scale) : créée par Affleck et ses collaborateurs en 1984. Elle évalue le fonctionnement psychosocial.

La AIPSS (Assessment of Interpersonal Problem-Solving Skills) : créée par Donahoe et ses collaborateurs. Elle explore les habilités à résoudre les problèmes interpersonnels et propose des stratégies d'entraînement aux compétences sociales défaillantes.

B.1.3. Les outils de la loi sur le Handicap de Février 2005.

Devant les manques et les incohérences des lois précédentes, les protestations des familles de patients, une nouvelle orientation fut demandée par l'état. C'est ainsi que la loi de 1975 est remplacée par la loi du 11 février 2005. Concentrons-nous dans ce travail sur l'accès à l'emploi des personnes avec un handicap psychique mais précisons que cette loi donne des orientations majeures sur le droit à tout enfant d'avoir une scolarisation normale avec des adaptations en fonction de leurs difficultés.

B.1.3.1. Le décret.

En juin 2005, le Parlement adopta une loi appelée *loi sur le handicap*. Il s'agit de la *loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*. Elle résulte de la nouvelle classification

internationale du fonctionnement de la santé et du handicap (CIF), adoptée en 2001 par l'OMS sous l'impulsion des partenaires sociaux et des associations de familles de patient.

B.1.3.2. Ses objectifs.

Il devenait nécessaire de renforcer la notion de handicap, non plus en termes de pathologie fixée, mais en accord avec l'évolution des troubles et surtout le retentissement social qui en découle. Une nouvelle définition du handicap est donc adoptée et apparaît dans la loi de 2005 : « *Constitue un handicap au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société, subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* » (article L. 114 du code de l'action sociale et des familles, issu de l'article 2 de la loi de 2005). Nous constatons que le terme de handicap psychique n'est pas inscrit en ces mots mais cette notion va perdurer.

Le but était de mettre en avant les inégalités de chances, non pas en rapport avec une pathologie mais en raison des conséquences de celle-ci. Il était alors nécessaire de mettre en place des dispositifs adaptés à cette conception, d'où la loi de 2005. Elle met fin à la notion d'invalidité secondaire à un handicap et souligne la notion de handicap pour une personne, lié à son environnement, marqué de difficultés par l'absence de réponse dans une situation donnée. Dans le cas de l'accès au travail de patients avec un trouble psychique, le handicap est dû au fait qu'aucune ou peu de solutions sont apportées au patient pour l'aider à accéder à un emploi adapté, d'où la perte de chance par rapport à un sujet « non malade ».

La loi répond à trois objectifs, exprimés par les personnes handicapées (Gohet, 2007) :

- L'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire national ;
- Des réponses de proximité ;
- Une simplification et une clarification des procédures.

La loi nous propose quatre grandes orientations (Guide loi handicap, 2006) :

- *Le droit à la compensation* couvre les besoins selon le projet de vie de la personne handicapée en aide humaine, technique ou animalière, en aménagement du logement...

- *La scolarité* : tout enfant handicapé a le droit d'être inscrit à l'école la plus proche de son domicile.
- *L'emploi* : obligation d'emploi d'au moins 6 % d'handicapés pour les entreprises de plus de 20 salariés.
- *L'accessibilité* : participation des personnes handicapées à la vie de la cité, obligation de mise aux normes des bâtiments et des transports d'ici 10 ans.

B.1.3.3. Ses moyens.

La CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) définie au chapitre X du titre IV du livre I^{er} du Code de l'action sociale et des familles, simplifie la gestion de l'action sociale au niveau national. Elle regroupe en une seule structure le financement et la coordination des actions destinées aux enfants et aux adultes avec un handicap et aux personnes âgées dépendantes. Elle veille à l'égalité des actions, des offres de soins et des systèmes d'accompagnement sur le territoire, en tenant compte des spécificités de chaque région.

En 2006, le budget de la Santé et de la Solidarité était de 11 milliards d'euros (soit 2,8 % de progression par rapport au budget de 2005) marquant la volonté d'accélérer l'application de la loi de 2005. Sur ce budget global, l'enveloppe allouée à la mission de solidarité et d'intégration était de 9,85 milliards d'euros avec près de 7,85 milliards pour l'application direct de la loi (soit une hausse de 6,43 % par rapport à 2005), dont 110 millions d'euros pour la création de 2500 places en ESAT (Etablissement et service d'aide par le travail).

Il faut souligner que désormais les questions de solidarité et de handicap sont sous couvert du ministère de la solidarité et de l'intégration. En 2007, le budget pour assurer les missions de ce ministère était de 12,173 milliards d'euros. Il est difficile de détailler la part exacte pour le handicap et l'application de la loi de 2005. Soulignons que, du fait de la loi elle-même, plusieurs ministères rentrent en jeu. Il faut ajouter l'action des ministères du travail et de l'emploi et celle du ministère de la santé. La somme totale affectée par l'état à ces ministères est de 24,3 milliards d'euros mais sans possibilité d'estimer l'enveloppe allouée à la loi de 2005.

B.1.3.4. Les projets qui en résultent.

De cette loi, plusieurs orientations et services se sont mis en place pour améliorer l'accompagnement et la prise en charge sociale des patients avec un handicap. Tous les projets ne sont pas encore totalement installés malgré les décrets officiels mais nous pouvons constater de nombreuses réformes et la mise en place de nouveaux organismes. Il faut toutefois noter qu'il existe des variations interrégionales en fonction des politiques sociales de chacune. Dans l'ensemble, les évolutions sont manifestes même si des interrogations et des nuances sont nécessaires. Nous allons tâcher de détailler les principales structures qui ont été ou qui se mettent en place en Haute-Vienne.

B.1.3.4.1. Les SAVS.

Les SAVS (Service d'accompagnement à la vie sociale) assurent un suivi éducatif et social pour les personnes handicapées dont le niveau d'autonomie est suffisant pour vivre à domicile (Giraud-Baro & Duprez, 2007). Nous en dénombrons plus de 400 en France. Il s'agit d'un outil d'accompagnement favorisant le maintien ou la restauration des liens sociaux dans le milieu familial, éducatif ou professionnel, en facilitant l'accès des personnes handicapées à l'ensemble des services d'aide et d'accompagnement (Art. D. 312-155-5).

Les SAVS interviennent auprès des adultes atteints de déficience mentale qui vivent soit à domicile, soit dans des structures d'hébergement rattachées à des établissements d'hébergement traditionnel. Les sujets aidés sont essentiellement des personnes prises en charge par des structures affiliées à l'UNAPEI (Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis) en gestion associative avec un personnel essentiellement éducatif. La plupart du temps, les SAVS émanent de Foyers d'Hébergement pour Adultes Handicapés liés à des ESAT.

Ces structures n'ont pas été créées suite à la loi de 2005 mais existent depuis la fin des années 1970. Cependant, leurs rôles ont été renforcés dans le cadre de l'action médico-sociale définie par la loi n°2002-2 du 02 janvier 2002 (art. L.311-1 du CASF : code de l'action sociale et des familles). Par la suite le décret du 11 mars 2005 leur donna un cadre législatif.

A un moment de leur vie, les personnes avec un handicap psychique peuvent être en difficultés dans leur quotidien même si elles étaient auparavant autonomes. Il faut voir le SAVS comme un outil d'accompagnement renforçant l'étayage et évitant que la fragilité de

ces personnes ne réapparaisse à chaque difficulté. Ce sont des relais qui temporisent les difficultés relationnelles ou professionnelles. Ils ont aussi pour but de répondre à une difficulté récurrente rencontrée chez les personnes handicapées : la solitude.

Une autre spécificité du SAVS est la personnalisation du suivi de chaque individu, défini dans le contrat individuel d'accompagnement qu'il signe dès son entrée. Le patient peut être orienté vers le SAVS par une institution (foyer éclaté, hôpital psychiatrique, etc.), par le secteur sanitaire, la CDAPH, les ESAT, la famille... L'accompagnement ne se fera qu'à sa demande et à son initiative. Lors des rencontres avec l'éducatrice spécialisée, les objectifs et les moyens seront déterminés et formalisés sous forme de contrat. À l'issue de chaque année, sera réalisé un bilan qui servira de base à l'élaboration du contrat suivant.

Les projets d'un SAVS et ses moyens ne sont pas fixes pour tous les centres. Chaque structure a des objectifs différents en fonction de ses possibilités financières, de ses capacités d'accueil et d'accompagnement. Mais la mission princeps de tout SAVS est de renforcer les liens sociaux et l'autonomisation des personnes handicapées.

Pour résumer, les objectifs d'un SAVS peuvent être définis tel quel :

- Donner à la personne les moyens de maintenir et de développer son autonomie sociale ;
- Guider et soutenir dans la vie quotidienne et dans l'organisation des loisirs ;
- Permettre l'accès aux droits fondamentaux (soins, logement, culture et emploi) ;
- Aider à la réalisation d'un projet personnel dans le respect de la liberté du bénéficiaire.

Actuellement en Haute-Vienne, nous recensons 9 structures de ce type.

Un SAPHAD (Service d'accompagnement de personnes handicapées à domicile), à Limoges, d'une capacité de 53 places pour des personnes avec un handicap physique sans trouble associé.

Un autre SAPHAD, à Limoges, d'une capacité de 15 places accueillant des personnes avec un handicap intellectuel sous couvert de l'association AD Gest 87 les Papillons Blancs.

Un SAPHAD à Eymoutier d'une capacité de 20 places pour tous types de déficits.

Le SAVS les Porots d'Eymoutier qui accueille également tous types de déficiences avec une capacité de 35 places.

Le service d'aide et d'accompagnement à domicile à Limoges destiné aux personnes âgées et tous types de déficiences.

Le SAVS de l'APSAH, à Limoges, d'une capacité d'accueil de 24 places, pour tous types de déficiences.

Le SAVS de Saint-Junien qui reçoit essentiellement des personnes souffrant d'un retard mental moyen avec une capacité de 25 places.

Le service stimulation et développement, structure de type SAVS, à Saint Laurent les Eglises, pour des personnes avec un retard mental d'une capacité d'accueil de 29 places.

Le SAVS de Saint Just le Martel accompagnant 19 personnes.

Le SAVS du SAT Hors-Murs à Limoges avec une capacité de 20 places pour tous types de déficiences. Il travaille en collaboration avec un service d'accompagnement au travail destiné à des personnes souffrant de trisomie.

B.1.3.4.2. Les S.A.M.S.A.H.

B.1.3.4.2.1. Définition.

Les SAMSAH (Services d'accompagnement médicosocial aux adultes Handicapés) ont été créés suite à la loi du 11 février 2005. Le décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 apparu au Journal Officiel du 13-03-05 en précise les modalités de fonctionnement et de création. La loi prévoit que chaque département se dote d'un service de ce type afin d'élargir la gamme de réponses aux besoins et de diversifier les prises en charge de personnes avec un handicap.

B.1.3.4.2.2. Objectifs.

Ils assurent la même mission que les SAVS à savoir réaliser d'un projet de vie par un accompagnement adapté, favoriser la restauration des liens familiaux, sociaux, scolaires ou professionnels et faciliter l'accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Pour les

SAMSAH, l'accompagnement se fait dans le cadre d'un suivi médicosocial avec des soins et un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert. Un projet individualisé d'accompagnement est élaboré en plus des services apportés par les SAVS. Des soins, des suivis médicaux et paramédicaux à domicile ou un accompagnement en milieu ordinaire de vie y compris scolaire, universitaire et professionnel, sont proposés. Les services sont formalisés sous forme d'un contrat et ils sont mis en œuvre par une équipe pluridisciplinaire.

B.1.3.4.2.3. Principes de fonctionnement.

Ces services sont composés d'équipes pluridisciplinaires médicales, paramédicales et socioéducatives. Ils prennent en charge des personnes handicapées, après orientation par la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées). Les prestations sont délivrées au domicile de la personne et dans tous les lieux où elle exerce ses activités (sociales, de formation, professionnelles en milieu ordinaire ou protégé).

B.1.3.4.2.4. En Haute-Vienne.

Sur le département, un SAMSAH vient d'être créé sous couvert de l'association PRISM (Prévention, Réinsertion, Information en Santé Mentale). Depuis sa formation (Septembre 2008), il est composé d'un ensemble de partenaires (infirmière, éducateur, psychologue, assistante sociale, secrétaire) qui peuvent accompagner pour le moment sept patients en difficultés sociales afin de leur proposer un projet de vie et un soutien spécialisé. A compter du début de l'année 2009, la capacité d'accueil sera de quinze patients et s'y ajoutera un temps médical psychiatrique.

Il va falloir attendre quelques temps afin d'apprécier le rôle de cette structure mais il apparaît que ce type d'accompagnement ne peut être qu'un atout pour les patients.

B.1.3.4.3. Les G.E.M (Groupes d'entraide mutuelle).

B.1.3.4.3.1. Leur origine.

La loi du 11 février 2005 et la circulaire du 29 août 2005 ont permis la mise en place des GEM (Groupe d'entraide mutuelle) au sein des différentes communes de France. Il a été démontré qu'il fallait lutter contre la stigmatisation des personnes souffrant d'un handicap,

grâce à la création de ces groupes qui permettent par leur gestion et leur principe même, d'inclure les patients dans un processus de prise en charge et d'accompagnement mutuel. Ils sont autogérés par des personnes souffrant de troubles psychiques, tout en passant des conventions avec la structure psychiatrique dont ils dépendent (hospitalière ou CMP : Centre médico-psychologique), permettant ainsi un accompagnement médico-social. Ces groupes sont des outils d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale, de personnes en situation de grande fragilité (Caria, 2007).

Il faut souligner que la mise en place de ces groupes a fait suite à des expériences multiples, sous l'action de différentes fédérations associatives impliquées dans ce domaine notamment l'UNAFAM (Union Nationales des Amis et Familles des Malades Psychiques), la FNAP-Psy (Fédération Nationale des Associations d'usagers en Psychiatrie) ainsi que la Fédération d'aide à la santé mentale (Croix Marines). A partir de l'expérience des clubs thérapeutiques qui existaient auparavant, le législateur a mis en avant l'intérêt de la création de ces groupes plus autonomes, où l'utilisateur devient acteur et coordinateur de son projet et de sa prise en charge, avec une souplesse d'autonomie et d'accès à ces groupes.

Suite au décret précité, une enveloppe de 20 millions d'euros de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a été dégagée afin de soutenir et aider au développement de 200 à 300 structures dédiées aux adultes souffrant de troubles psychiques. Ces groupes sont soumis à une législation stricte, assurant ainsi leur légitimité et leur action. Ils doivent répondre à un cahier des charges strict, évitant tout écart et surtout toute entrave à la prise en charge médico-sociale des patients. Dans la Circulaire DGAS/3B n° 2005-418 du 29 août 2005, relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques, les modalités de création, de surveillance d'activité et de fonctionnement de ces groupes sont définies.

B.1.3.4.3.2. Leurs objectifs.

Ils apportent une aide, un soutien et un accompagnement aux personnes présentant un handicap notamment psychique. Ils permettent de créer un lien social avec la cité qui, souvent, ferme ses portes à ces patients. Ces dernières décennies, de nombreux patients ont quitté l'hôpital psychiatrique où ils avaient passé leur vie pour retrouver une place au sein de la cité. Mais du fait de leurs troubles et de leur isolement social, ils se retrouvaient dépourvus

et seuls. Ces groupes doivent avoir une grande souplesse afin de pouvoir s'adapter dans le temps et à chaque instant aux besoins des handicapés psychiques. Par ailleurs, ils doivent être suffisamment ouverts pour accueillir et proposer un accompagnement à des personnes qui ne bénéficient pas nécessairement d'une reconnaissance de leur handicap.

En règle générale, les groupes sont mis en œuvre par des associations d'usagers, afin de promouvoir la participation des adhérents. Compte tenu du besoin, il est souhaitable que ces groupes et les associations qui les forment, fassent l'objet d'un parrainage par une autre association (de familles, de patients et d'ex-patients ou œuvrant dans le champ de la santé mentale) ou tout autre organisme reconnu, en capacité d'apporter un appui aux usagers, en particulier dans la gestion de la structure et l'accompagnement de son évolution.

Les GEM trouvent leur base légale dans la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, comme moyen de prévention du handicap et comme élément de compensation de celui-ci. A la différence de l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux, le groupe n'est pas une structure qui se définit par des prestations mises en œuvre par des professionnels ou (comme dans les lieux de vie) par des permanents et encore moins effectuant des « prises en charge ». Il s'agit d'un collectif de personnes animées d'un même projet qui, pour le développer, doit trouver un cadre avec l'aide d'autrui (animateurs salariés ou bénévoles) et de moyens financiers. Le groupe a pour objectifs d'aider à rompre l'isolement, de restaurer et de maintenir les liens sociaux, de redonner confiance en soi. Il offre un accueil convivial dans de larges plages horaires, il permet l'écoute et l'échange, l'information et l'aide mutuelle, le choix et l'organisation d'activités culturelles et de loisirs. Les usagers concernés sont des adultes que des troubles psychiques rendent fragiles et désireux de rompre leur isolement, de participer aux activités et d'envisager une meilleure insertion sociale (Circulaire DGAS/3B n° 2005-418, 2005). Ils permettent aux adhérents d'avoir une liberté d'aller et venir et de prendre eux-mêmes les décisions les concernant, tout en prenant en compte leur fragilité psychique.

Le GEM est fondé sur l'adhésion libre et volontaire des personnes à un projet de solidarité et d'entraide ouvert sur la cité. Les adhérents sont acteurs du projet du groupe qu'ils définissent et le font vivre ensemble, chacun participant dans la mesure de ses possibilités. Les personnes qui souhaitent adhérer au groupe s'engagent par leur adhésion à participer à la vie de celui-ci dans un esprit d'entraide. Cet engagement ne doit pas porter atteinte à leur liberté de démissionner ou de se mettre en « retrait », dans les conditions

prévues par le règlement intérieur. Le groupe se met en lien avec la communauté environnante pour une ouverture et une participation réelle à la vie de la cité. Dans la mesure du possible, il établit des liens avec les institutions sociales et sanitaires afin de constituer un réseau où les adhérents peuvent trouver des réponses à tous leurs besoins.

B.1.3.4.3.3. En Haute-Vienne, qu'en est-il ?

Actuellement, nous pouvons compter trois groupes de ce type, un sur la ville de Limoges, un à Saint-Junien et enfin un à Saint-Yrieix la Perche.

Le GEM de Limoges est le plus ancien. Il a été créé en 2006 sous couvert de plusieurs associations à savoir le PRISM (Prévention, Réinsertion, Information en Santé Mentale) et l'UNAFAM (Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques) en collaboration avec le Centre Hospitalier Esquirol. Il s'agit d'une association d'usagers qui gère et s'occupe du fonctionnement de ce groupe tout comme la loi le précise. Il offre aux patients et à leur famille un espace d'accueil et de convivialité. Quatre animateurs s'occupent de ce groupe et proposent un accompagnement aux patients pour lutter contre leur isolement, les encourager et les soutenir. Son objectif est purement social et ne vient en aucun cas se substituer aux hôpitaux de jour ou aux CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel). De nombreux patients, actuellement suivis sur le C.H.Esquirol, participent activement à ce groupe et mettent en avant des projets ou tout simplement des comportements qui semblaient totalement inenvisageables. Le principe du groupe leur a permis d'être plus autonomes.

Le second GEM se trouve sur la commune de Saint-Junien. Tout comme celui de Limoges, il permet de resserrer les liens entre les patients et surtout leur permettre une ouverture sur la cité. Ce groupe est plus récent, il a été créé en 2007.

Un troisième groupe vient de s'ouvrir à Saint-Yrieix la Perche, sous couvert du PRISM et de l'UNAFAM. Là encore, selon les objectifs de la loi, ce groupe doit répondre à un cahier des charges strict afin de proposer un accompagnement adapté aux patients.

B.2. Plan de Santé Mentale et SROS 3.

B.2.1. Définition.

Le SROS (Schéma Régional d'Organisation des Soins) concerne l'ensemble des disciplines médicales et paramédicales. Actuellement, l'ensemble des offres sanitaires et des recommandations font suite au SROS 3. Il s'agit de la troisième version et surtout du troisième état des lieux en termes d'offres de soins et de projets futurs, d'amélioration dans les champs de la prévention, de soins aigus ou de soins de suite et de prévention.

Cette troisième édition est dans la continuité du plan hôpital 2007 qui a permis en psychiatrie la mise en place de nouveaux projets et surtout de restructurer et d'améliorer l'offre. Elle ne concerne pas seulement le Limousin mais chaque région se voit affectée de nouveaux projets par l'intermédiaire du SROS 3 qui la concerne.

B.2.2. En Limousin.

Les premières réunions pour l'élaboration du SROS 3 ont débuté dès 2004 en Limousin. Ces réunions se sont déroulées avec l'ensemble des partenaires : le domaine médical (public et privé), le milieu médico-social, les élus communaux, départementaux et régionaux ainsi que les DDASS, DRASS et ARH.

De cet état des lieux a découlé la notion de territorialité comme le souligne Monsieur le Docteur E.R Lombertie dans les dossiers Croix-Marine de 2006. En Limousin, cette territorialité se caractérise par la proximité de l'offre de soins dans les quartiers, les communes ou les cantons, grâce à l'action des médecins généralistes, des infirmières libérales et de l'ensemble des autres professions paramédicales, le tout renforcé par l'action des équipes de secteur. Ce bilan a permis de pointer les zones blanches (territoires sans offre de soin de proximité) et celles qui pourraient le devenir prochainement. Il a été fait sur l'offre de soins des différents plateaux techniques locaux, à savoir les hôpitaux locaux et dans le cadre de la psychiatrie, les hôpitaux locaux en association avec les hôpitaux de jour et les CMP (centres médico-psychologies) ainsi que l'action des équipes de secteur et les équipes mobiles de coordination de soins. La territorialité se caractérise également par les actions des centres

ressources départementaux, avec l'hôpital général et ses plateaux techniques (urgences, IRM, scanners) et d'un hôpital psychiatrique. Il s'y ajoute les centres ressources régionaux qui regroupent des plateaux de haute technicité, dans les domaines somatiques et psychiatriques et enfin le centre ressource interrégional et national pour les activités hautement spécifiques (Lombertie, 2006).

B.2.3. Qu'en est-il pour les patients en situation de handicap ?

Ce bilan souligne la nécessité d'améliorer l'accueil et l'accès aux soins, que ce soit sur le plan somatique ou psychiatrique en Limousin. Il paraît nécessaire de travailler sur l'acceptation du patient handicapé, notamment lorsqu'il s'agit d'un trouble psychique. De plus, il semble indispensable de travailler avec les autorités de tutelle sur les problèmes dont souffrent les personnes handicapées, comme le manque de structures d'hébergement et d'accueil de type Foyers (médicalisés ou non) ou encore les E.S.AT mais aussi les M.A.S (Maison d'accueil spécialisée). Il perdure des difficultés de compréhension entre le milieu médical et le milieu médico-social, nécessitant une amélioration de leur collaboration.

B.2.4. Quelle place pour le Plan Santé Mentale de 2005-2008 ?

Ce plan, mis en place suite à plusieurs événements tragiques dans le cadre de pathologies psychiatriques, a permis de mettre en avant les carences dont souffrait l'ensemble des établissements spécialisés au niveau logistique et humain. Il en a découlé des projets et des objectifs auxquels les hôpitaux psychiatriques se doivent de répondre afin d'assurer une prise en charge et un accompagnement le plus adapté aux pathologies mentales. Il prévoit une amélioration de la politique de santé mentale, en terme de prévention, de soins aigus ou de suite et de réadaptation. Il souligne la nécessité d'améliorer la prise en charge des patients en commençant par leur accueil à l'hôpital mais aussi en offrant une meilleure répartition de l'offre de soins sur le plan local. La notion de réseau est mise en avant, sans oublier le lien qui doit être fait entre le milieu médical et le médico-social. Le but est d'améliorer la réinsertion des patients dans la cité et sur le plan professionnel notamment en travail protégé.

B.3. Structures existantes pour l'aide à la formation et la réinsertion socioprofessionnelles.

Dans les chapitres précédents, nous n'avons pas évoqué la loi de 1987 sur l'emploi des personnes handicapées, préférant en parler dans ce chapitre sur la réinsertion professionnelle. En 1987 le Parlement, sous l'autorité du Président de la République, a adopté la loi n°85-517 du 10 juillet 1987. Elle souligne l'obligation pour tout employeur d'au moins vingt personnes, d'avoir à temps plein ou partiel, au moins une proportion de 6 % de personnes avec un handicap reconnu par la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées), organisme qui gère la « classification » et l'orientation des patients (article L 323-1). Il existe une alternative pour les entreprises, définie par l'article L 323-8 de la loi, précisant que les employeurs sont dispensés de cette obligation s'ils passent des contrats ou des conventions avec des ateliers protégés ou encore des ESAT (Etablissement et service d'aide par le travail). La loi précise (article L 323-8-2) que toute entreprise peut participer au fond de développement pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées, si elle ne remplit pas ses obligations. Elles ont la possibilité de cotiser, si elles ne répondent pas à l'article premier, par des versements annuels proportionnels au « déficit » d'employés handicapés.

Le rapport de l'Agefiph (Association chargée de gérer les fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées) de 2006, souligne qu'il existe environ 100 000 entreprises qui se doivent de respecter la loi de 1987. Sur l'ensemble de ces entreprises, 51 400 (51 %) remplissent cette obligation et 48 600 (49 %) ne répondent pas ou insuffisamment à l'article L 321-1 de la loi. Si nous détaillons ce dernier chiffre, nous constatons que ces entreprises participent au fond d'aide, défini par l'article L 323-8-2. Parmi ces 48 600 entreprises, 25 300 établissements ont un quota entre 0 et 6 % de leurs employés qui sont handicapés et 23 300 n'ont aucun employé présentant un handicap (dont plus de 10 000 entreprises depuis plus de trois ans) (Agefiph, 2006). Ces résultats marquent les difficultés persistantes pour l'insertion professionnelle des handicapés même si nous pouvons constater que près de 74 % des entreprises de plus de 20 salariés ont au moins un employé handicapé.

Dans la loi, l'article L 323-8-1 précise la nécessité pour les entreprises d'établir un plan d'orientation personnalisé pour chaque adulte handicapé (par exemple la mise à niveau ou

encore des plans de formation et d'insertion). Chaque employé handicapé se doit de recevoir de la part de son employeur, un projet professionnel qui lui est adapté et personnalisé.

B.3.1. Les structures d'interface entre le médical et le social.

Nous avons déjà évoqué la création de la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) et des MDPH (Maisons départementales pour les adultes handicapés). Nous allons tâcher de développer l'organisation de l'ensemble du système de soins et d'accompagnement qui peut être proposé à un patient en situation de handicap psychique.

B.3.1.1. Les organisations sous couvert de l'Etat.

Nous avons développé les principes de la loi de 2005 et les orientations de celle-ci en termes de prise en charge de patients handicapés. Rappelons que nous nous concentrons dans ce travail uniquement au handicap psychique mais que la loi est mise en place pour tous types de handicap sans distinction. Au-delà des dispositions visant à développer l'accessibilité aux différents services d'accompagnement et de droit, la loi introduit deux nouveaux dispositifs fondamentaux. En effet, elle a permis la mise en place de nouveaux organismes assurant l'information aux personnes handicapées, l'évaluation de leurs besoins et la reconnaissance de leurs droits sociaux (Giraud Baro & Duprez, 2007). Nous avons évoqué la naissance des MDPH (Maison départementale des personnes handicapées), à la place de la COTOREP, qui proposent un projet de vie et d'accompagnement aux personnes handicapées et non plus une simple orientation dans des structures spécialisées. Elles exercent dans chaque département une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseils aux personnes handicapées et à leurs proches, d'attribution des droits ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap. En association avec chaque MDPH intervient la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) qui prend toutes décisions relatives aux aides et prestations, au vu du projet de vie exprimé par la personne handicapée et du plan personnalisé de compensation établi par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. En fait, il existe tout un réseau sous couvert de l'ARH (Agence régionale d'hospitalisation) et l'URCAM (Union régionale des caisses primaires d'assurance-maladie), visant à favoriser l'articulation des interventions hospitalières et des soins ambulatoires. Ces réseaux assurent le lien entre les différents organismes (sanitaires et sociaux) d'évaluation et d'insertion, de manière transversale en regroupant les compétences. Au niveau national, plusieurs

intervenants jouent un rôle majeur dans la prise en charge des personnes handicapées notamment la Délégation interministérielle aux Personnes Handicapées (DIPH) sous l'autorité du ministère de la Santé et des Solidarités, en collaboration avec les administrations impliquées dans la politique du handicap ainsi qu'avec les associations et les instances européennes. Elle a plusieurs objectifs :

- Coordination des actions interministérielles et participation à la prise en compte des besoins, animation d'un programme interministériel d'amélioration de la vie sociale des handicapés.
- Veille à la cohérence des interventions de l'État et des initiatives européennes.
- Création d'un système de veille législative et réglementaire relatif aux handicapés.
- Dialogue avec les associations, les organisations professionnelles, les organismes sociaux dans le cadre du Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH).
- Suivi de la politique de l'emploi notamment dans la fonction publique.
- Evaluation de la situation des personnes handicapées dans le cadre du CNCPH.

De plus, les MDPH associent toutes les compétences impliquées dans l'accompagnement des personnes handicapées : le conseil général, la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS), la Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP), les Caisses d'allocations familiales (CAF), les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et l'inspection académique. D'autres organismes y sont associés comme les équipes des Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP), des Commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES) et des Sites pour la vie autonome (SVA).

B.3.1.2. Les structures d'interface et d'accompagnement.

Un ensemble de structures d'accompagnement, pour un projet social de réinsertion et de formation professionnelle, existe sur le département. Nous pouvons faire l'inventaire de ces organismes. Nous devons souligner que durant notre étude, il s'est avéré difficile de faire ce recensement malgré nos recherches, devant la complexité et l'étendue des organismes. Pour l'anecdote, lors de notre recueil de données, nous avons été orientés par les services de la DDASS sur le syndicat d'initiative de Limoges, devant leur impossibilité de nous informer pleinement sur l'ensemble des structures existantes en Haute-Vienne.

Le réseau Cap-Emploi est composé de 119 organismes de placement spécialisés répartis sur l'ensemble du territoire dans chaque département. Il apporte un service de proximité aux entreprises et aux personnes handicapées pour toutes les questions liées au recrutement et au parcours vers l'emploi. Il s'adresse aux personnes handicapées engagées dans une démarche d'accès ou de retour à l'emploi en milieu ordinaire de travail et aux employeurs privés ou publics. Les services proposés aux personnes par Cap emploi sont :

- Informer et conseiller les personnes handicapées, en vue d'une insertion professionnelle durable en milieu ordinaire de travail ;
- Les accompagner dans leur projet de formation ou/et leur projet professionnel ;
- Les aider dans leur recherche d'emploi et les préparer à l'entretien d'embauche ;
- Leur proposer des actions concrètes pour favoriser leur insertion dans l'entreprise ;
- Les informer sur les dispositions relatives au maintien dans l'emploi, à la suite d'une apparition ou d'une aggravation d'une situation de handicap.

L'AFPA (Association nationale pour la formation professionnelle des adultes) a pour mission de favoriser l'accès, le maintien et l'évolution dans l'emploi, par la formation qualifiante. Elle s'adresse aux demandeurs d'emploi et aux salariés, dans le cadre de la formation continue et travaille avec des partenaires tels que :

- Les services du Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale ;
- L'ANPE ;
- Les partenaires sociaux au sein de l'ASSEDIC ;
- Les collectivités territoriales : le Conseil Régional, dans le cadre du plan régional de développement, de la formation et les Conseils Généraux ;
- Les entreprises dans le cadre de leur plan de formation, de leur projet de reconversion ou de développement professionnel ;
- Les branches professionnelles dans le cadre de leur politique d'insertion et de qualification.

L'APSAH (Association pour la Promotion Sociale des Aveugles et autres Handicaps), créée le 1er juillet 1925 et reconnue d'utilité publique par décret en Conseil d'Etat le 27 mai 1932, est une association dite " loi 1901 ", œuvrant dans le secteur sanitaire et social. Tous les établissements accueillent le même public : des adultes reconnus travailleurs handicapés par la MDPH. L'association assure aux aveugles, déficients visuels et à toutes les personnes

handicapées un apprentissage et l'exercice d'une profession, afin d'améliorer par le travail leur sort matériel et moral. L'A.P.S.A.H. compte 5 établissements :

- Un Centre d'Adaptation Professionnelle (C.A.P) ;
- Un Centre de Préorientation ;
- Un ESAT ;
- Un Foyer d'Hébergement ;
- Un Institut de Formation en masso-kinésithérapie pour aveugles et malvoyants.

L'IRFOLIM (Institut Régional pour la Formation en Limousin) créée en 1989, est spécialisée dans l'ingénierie, l'accompagnement professionnel et la formation continue.

Le réseau des GRETA (Groupements d'Etablissements publics) est le dispositif de formation tout au long de la vie, de l'Education Nationale. Créé en 1973, il est devenu le premier organisme de formation d'adultes en France. Les 290 GRETA répartis sur le territoire, assurent leurs missions de service public au bénéfice des demandeurs d'emploi. Parallèlement, ils accompagnent les entreprises dans la formation de leurs salariés et proposent à toutes les personnes désireuses de se former, de les aider à réaliser leur projet.

L'AFIL (Aménagement Formation Insertion Limousin) et l'AFPI (Association de formation professionnelle de l'industrie Limousin) proposent également des projets professionnels adaptés après un bilan de compétences personnalisé.

L'association Retravailler propose des bilans de compétences et une orientation pour des personnes avec ou sans handicap.

La DDTEFP (Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle) informe, conseille les salariés et a une action de protection à l'égard des travailleurs handicapés en termes de droit du travail.

Il existe une multitude d'acteurs et d'intervenants, publics et privés, dans le domaine de la formation. Nous avons rassemblé une sélection :

- Agence nationale pour l'emploi (ANPE) ;
- Bureau d'information et d'orientation professionnelle (BIOP) ;
- Centre d'information et d'orientation professionnelle (CIOP) ;

- Centre national de l'enseignement à distance (CNED) ;
- Centres interinstitutionnels de bilan de compétence (CIBC) ;
- Cité des métiers ;
- Délégations académiques à la formation continue (DAFCO), le Dispositif académique de validation des acquis (DAVA) et les Centres de validation des acquis (CAVA) ;
- Directions régionales de la jeunesse et des sports (DRJS) ;
- Directions régionales et départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) ;
- Fonds d'assurance formation du travail temporaire (FAFTT) ;
- Maison d'information sur la formation et l'emploi (MIF).

Le CPCS (Centre de Post Cure Sanitaire), structure affiliée au CH. Esquirol, assure l'accueil de patients psychotiques et notamment schizophrènes. Il propose des activités pour une préparation à l'insertion ou à la réinsertion socioprofessionnelle. Les soins proposés sont :

- Evaluation pour mettre en place un projet socioprofessionnel pour les psychotiques ;
- Travail sur toutes les habiletés sociales ;
- Prises en charge en groupes restreints ;
- Relation d'aide lors des crises et passages difficiles ;
- Prises en charge par des contrats individualisés passés entre le patient et l'équipe ;
- Echanges entre médecin, assistante sociale, équipe de soins et famille.

B.3.2. Travail et schizophrénie.

B.3.2.1. La valeur travail.

Le travail a une valeur fondatrice pour tout sujet. Le droit à l'emploi est un énoncé culturel dans notre société qui se fonde sur la Déclaration des Droits de l'Homme dont les formulations successives ont toujours été des acquis gagnés pendant les périodes de crises sociales majeures (Mayot-Eppling, 1999). Dans nos sociétés, le travail remplit plusieurs fonctions comme l'accès à l'autonomie, au temps libre, à la consommation et à la reconnaissance sociale. Le retour au travail des personnes handicapées est un enjeu majeur avec un impact direct sur l'identité, le narcissisme, le sentiment d'appartenance à une

collectivité (Kapsambelis & Bonnet, 2002). Parmi toutes les dimensions de la vie sociale et de réhabilitation des schizophrènes, le retour au travail ou à une activité scolaire a démontré son intérêt pour un fonctionnement social adapté (APA, 2004).

L'enquête de l'ASM 13 (Association santé mentale dans le XIII^{ème} arrondissement de Paris) auprès de 20 schizophrènes a mis en avant leur ressenti quant à la valeur travail. Ils l'appréhendent selon deux registres. Pour certains, le travail est considéré comme bénéfique ; il joue une fonction de support social, donne une sensation de maintien d'une cohérence, de protection contre les troubles. De plus, l'investissement au travail permet de mettre à distance le vécu délirant et d'être moins agité. Pour d'autres au contraire, il est considéré comme pouvant faire du « mal », inaccessible du fait des troubles de la pensée, de la cognition, des difficultés relationnelles avec les autres et dans certains cas, comme déclencheur de processus morbides. Les tentatives de travail sont alors des échecs et renforcent la symptomatologie.

Pour un patient psychotique, le retour au travail est un moment clé de sa vie et est source d'enjeux majeurs. C'est à ce moment que ses capacités d'adaptation et de réinsertion vont être mises à l'épreuve. Cependant, il a été démontré que les schizophrènes peuvent assurer un travail s'ils sont aiguillés, accompagnés et s'ils bénéficient d'explications adaptées à leurs tâches. Le travail ne permet pas seulement de gagner de l'argent, il procure de nombreux bénéfices dont le sens d'accomplissement personnel et surtout une reconnaissance en tant que citoyen actif et à part entière de la société (Boardman & coll, 2003).

B.3.2.2. Quelques chiffres.

Pendant longtemps, la psychiatrie française a considéré que les patients schizophrènes ne pouvaient pas tenir un emploi et que l'occupation de son temps ne pouvait s'inclure que dans un temps thérapeutique. Il faut reconsidérer cette notion et surtout envisager une approche adaptée à chaque patient afin de lui assurer une réinsertion sociale.

Moins de 20 % des patients souffrant d'une maladie mentale sévère, exercent une activité professionnelle régulière et stable en milieu ordinaire (Bustillo, 2001). En France, seulement 12 % des schizophrènes ont une activité salariée (Casadebaig, 1997), et moins de 10 % exercent en milieu ordinaire (Casadebaig, 2000). La situation serait encore plus grave

avec plus de 60 % des travailleurs handicapés au chômage, pour une durée deux fois plus importante que les valides (Kapsambelis & Bonnet, 2002).

B.3.2.3. Le travail en milieu ordinaire.

La loi du 10 juillet 1987 oblige les entreprises et les administrations de plus de 20 salariés à avoir un quota de travailleurs handicapés. Il est difficile, malgré l'action de l'AGEFIPH, que cette obligation soit respectée, pire, face au contexte social actuel l'action de l'association est plus dans le maintien que dans la création d'emploi des travailleurs handicapés.

B.3.2.4. Le travail en milieu protégé.

La possibilité pour les handicapées de recourir à un emploi en milieu protégé, nécessite une orientation par la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées) et la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées).

B.3.2.4.1. Les E.S.A.T.

B.3.2.4.1.1. Définition.

Les ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail) sont des institutions sociales et médico-sociales dont la définition remonte à des décrets de 1953 et 1954. Initialement créés pour les déficients mentaux, ils sont désormais définis par la loi du 30 juin 1975, en faveur des personnes handicapées (Mayot-Eppling, 1999). Auparavant appelés CAT (Centre d'Aide par le Travail), ce sont des établissements médico-sociaux qui relèvent pour l'essentiel, des dispositions figurant dans le code de l'action sociale et des familles. Ils offrent aux personnes handicapées des activités diverses, à caractère professionnel et un soutien médico-social et éducatif.

Les associations, de loi 1901, gèrent la quasi-totalité des ESAT en France. Elles concourent à la réalisation du projet individuel de la personne handicapée. Elles ont été créées par des parents de personnes handicapées pour lesquels la qualité de la prise en charge et le respect de la dignité de la personne étaient les deux piliers de la gestion des établissements. Ces structures se composent de personnel encadrant assurant les activités productives et d'éducateurs qui eux, s'occupent de l'accompagnement éducatif. Ces

établissements peuvent passer une convention avec le secteur psychiatrique dont ils dépendent, permettant ainsi un relais et surtout une prise en charge médicosociale complète.

La réglementation des ESAT est soumise à de nombreuses lois, décrets et circulaires que nous pouvons citer. Le Décret n°77-1546 du 31 décembre 1977, modifié par le Décret n°93-669 du 26 mars 1993 et le Décret n°95-714 du 9 mai 1995, relatifs aux centres d'aide par le travail sont à l'origine de leur création. La circulaire 60AS du 8 décembre 1978, confirme l'action et le rôle de ces centres. L'action sociale et médico-sociale a été rénovée par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 et les articles L 344-2 à L 344-6 du code de l'action sociale et des familles.

B.3.2.4.1.2. Rôle.

L'ESAT constitue une réponse aux besoins des personnes handicapées mentales. Il a une double finalité :

- Faire accéder des personnes handicapées, incapables d'exercer une activité professionnelle dans le secteur ordinaire de production, à une vie sociale et professionnelle, momentanément ou durablement ;
- Permettre à des personnes à capacités suffisantes, de quitter le centre et d'accéder au milieu ordinaire de travail ou à une entreprise de travail adapté.

Ces établissements médicosociaux sont chargés d'accueillir des adultes handicapés dont la capacité de travail est inférieure à un tiers de celle d'un travailleur valide et proposent des activités professionnelles adaptées (Giraud Baro & Duprez, 2007).

La finalité de ces établissements est double : offrir aux personnes handicapées une activité à caractère professionnel et apporter un soutien médical et social. Ces deux objectifs sont indissociables et permettent ainsi une réinsertion professionnelle et sociale adaptée à ces personnes qui auraient rencontré des difficultés majeures dans un milieu professionnel ordinaire ou même en entreprise adaptée.

Leurs rôles est donc (Art L 344-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles) :

- Une activité à caractère professionnel ;
- Un soutien médico-social et éducatif ;
- Un épanouissement personnel et une intégration sociale des travailleurs.

Il faut se rappeler que l'activité professionnelle en ESAT n'a de valeur et surtout d'intérêt que si elle englobe les soutiens dits du 1^{er} type c'est-à-dire :

- La formation ;
- L'éducation gestuelle ;
- La préparation au travail ;
- Ou encore l'apprentissage.

Ces soutiens se caractérisent par des activités assurant à la personne handicapée une plus grande aptitude physique au travail. Ces activités (psychomotrice, d'orthophonie, de rééducation...) donnent plus d'aptitudes psychologiques à l'ouvrier handicapé comme la formation sociale, professionnelle, le soutien psychologique ou psychiatrique... Elles aident la personne dans la mise au travail par le biais de sections d'initiation au travail, à la sécurité... L'établissement est libre de définir le programme de soutien et les méthodes de mise en œuvre, selon les besoins du travailleur et sa dynamique interne. L'essentiel est que la structure se conforme aux attentes de la personne accueillie en ESAT et non l'inverse.

Il existe également des soutiens de 2nd type, dont le rôle est d'améliorer l'épanouissement de la personne handicapée en lui permettant une meilleure insertion sociale et professionnelle. Nous pouvons citer comme exemples l'organisation de loisirs, d'activités sportives, d'ouverture sur l'extérieur, d'initiative à la vie quotidienne...

B.3.2.4.1.3. Les personnes accueillies en E.S.A.T.

L'ESAT accueille les handicapés (adolescents ou adultes), à partir de l'âge de 20 ans. Cette orientation résulte d'une décision de la MDPH. Une personne peut être admise à partir de 16 ans après avis de la Commission Départementale d'Education Spéciale (C.D.E.S).

Tous les types de handicap peuvent être accueillis, la mixité est possible mais il ne s'agit pas d'une obligation pour le centre. Les personnes acceptées en ESAT doivent avoir des aptitudes au travail qui ne doivent pas dépasser un tiers des capacités (évaluées par la MDPH) d'une personne valide ainsi, il ne leur sera pas exigé un certain rendement.

Ces établissements sont des centres sociaux ou médicosociaux, financés par l'état et non des entreprises. Les employés ne peuvent pas être assimilés à des travailleurs de droit commun, soumis au code du travail. Ainsi ils ne sont pas soumis aux règles de travail,

comme les sanctions disciplinaires, d'où une meilleure protection statutaire. Soulignons que le directeur d'un ESAT ne pourra pas mettre fin unilatéralement au contrat d'un des employés. Il faudra une décision de la MDPH qui prononcera une orientation vers un autre établissement dans l'intérêt du travailleur et non pour améliorer la rentabilité ou la production.

B.3.2.4.1.4. En Haute-Vienne, qu'en est-il ?

Nous dénombrons 1392 ESAT en France, 600 sont gérés par des associations affiliées à l'UNAPEI (Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis). Près de 99257 places en ESAT étaient comptabilisées en 2006, environ 50000 dans des structures gérées par des Associations affiliées à l'UNAPEI.

En Haute-Vienne, nous comptabilisons 11 établissements de type ESAT offrant 722 places, soit un taux d'équipement de 3,74 lits ou places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans (STATISS Limousin, 2006). Il s'agit d'un taux inférieur à celui des autres départements du Limousin (5,74 pour la Creuse et 5,55 pour la Corrèze) mais supérieur au taux d'équipement national qui est de 3,03 places pour 1000 adultes (STATISS Les régions françaises, 2006).

L'ESAT André Chevalier, à Bellac : d'une capacité de 40 places, principalement tourné vers l'entretien et la création d'espaces verts et l'entretien de locaux. Cet établissement est sous l'autorité de l'ALEFPA (Association laïque pour l'éducation, la formation, la prévention et l'autonomie). Il est en étroite relation avec deux autres structures : le SAPHA (Service d'Accompagnement des Personnes Adultes Handicapés Agées) et surtout le SAAI (Service d'Accompagnement et d'Aide à l'Insertion des travailleurs handicapés de l'ESAT) qui ont un rôle dans l'accompagnement et la réinsertion des adultes handicapés.

L'ESAT les Rivières de Bussy, à Eymoutiers exerce une activité dans les espaces verts, la pose de clôtures, le bois de chauffage et les piquets mais aussi dans des services de type laverie-blanchisserie-dépôt pressing, service clés minute, atelier de reprographie.

L'ESAT géré par le C.D.T.P.I (Centre départemental de travail protégé d'Isle) à Glandon : exerce une activité dans les espaces verts...

L'ESAT à Isle sous couvert du P.R.I.S.M.

L'ESAT les Papillons Blancs à Beaubreuil est géré par l'AD Gest 87 (Association départementale gestionnaire 87). Cet établissement a une capacité de 52 places. Il propose deux types d'activité : espaces verts (28 travailleurs) et blanchisserie (24 personnes).

L'ESAT de l'APSAH (Association pour la Promotion Sociale des Aveugles et autres Handicapés) à Limoges avec 150 places dont 8 pour des patients avec un handicap psychique.

L'ENVOL situé à Limoges sous couvert du PRISM. Il offre divers types d'emplois (menuiserie, blanchisserie, encadrement et sous-traitance). Un changement de locaux est en cours, avec une extension de places permettant l'emploi de près de 80 personnes.

L'ESAT des Chênes à Panazol, présente différents ateliers professionnels : sous-traitance industrielle, emballage, cartonnage, montages électriques, conditionnement de pièces métalliques, des ateliers artisanaux (fabrication de bougies, couture...), des travaux d'entretien et de nettoyage d'entrepôts commerciaux ou industriels et d'espaces verts.

Le centre des Seilles à Saint-Junien, sous couvert de l'APAEHISJ (Association de Parents et Amis d'Enfants Handicapés et Inadaptés de Saint-Junien).

Le Centre d'aide par le travail Maison Saint Louis à Saint Juste le Martel.

Le Domaine de la Fontaine, à Saint Laurent les Eglises, qui offre 15 places réparties sur 4 sites. Géré par l'ARAI (Association rurale pour adultes inadaptés). Il propose différentes activités : espaces verts, blanchisserie et hôtellerie.

B.3.2.4.2. Les établissements et services de réinsertion professionnelle.

B.3.2.4.2.1. Les entreprises adaptées (ex ateliers protégés).

B.3.2.4.2.1.1. Définition.

La loi du 11 février 2005 a fortement modifié le cadre dans lequel les ateliers protégés ont évolué depuis 2006. Ils deviennent des entreprises adaptées. L'objectif de cette réforme était de situer ces structures dans le milieu ordinaire de travail afin de permettre à un plus grand nombre de personnes handicapées d'y accéder (UNAPEI, 2005).

Les entreprises adaptées (EA), contrairement aux ESAT, sont des structures d'accueil avec une logique de marché et de rentabilité et des impératifs de production (Giraud-Baro & Duprez, 2007). Cependant, les conditions de travail dans ces établissements sont aménagées en fonction des possibilités des travailleurs handicapés. Ces EA sont des structures du milieu ordinaire qui emploient au moins 80 % de travailleurs handicapés avec des conditions de travail adaptées à leur handicap. En fonction de leurs besoins, ces EA peuvent employer jusqu'à 20 % au maximum de salariés valides.

Elles bénéficient d'aide de l'état ou de la région en fonction des efforts faits par l'entreprise. Les subventions peuvent compléter le budget afin de favoriser le développement, la formation et l'accompagnement des travailleurs handicapés. De nombreuses contraintes existent suite à de multiples décrets et lois. Le cadre législatif de ces établissements est très strict, assurant une protection des employés avec une déficience.

B.3.2.4.2.1.2. Rôle.

Les EA sont en net développement suite à la loi de 2005. En effet, elles sont nombreuses à avoir vu le jour suite à l'ouverture des marchés publics, à l'accessibilité à de nouveaux services (quaternaire, développement durable...) et au partenariat avec de grandes entreprises... Leur rôle est de permettre à des handicapés productifs mais non compétitifs, d'accéder à un travail adapté en milieu protégé avec des conditions adaptées à leurs possibilités, leur placement en milieu ordinaire étant impossible. L'objectif est de permettre aux travailleurs de favoriser leur projet professionnel en vue de leur valorisation, de leur promotion et de leur mobilité au sein de la structure elle-même ou vers d'autres entreprises.

B.3.2.4.2.1.3. L'accès à ces entreprises, pour qui ?

Les EA ne peuvent embaucher que des travailleurs handicapés orientés par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). En fonction des nécessités de production, elles peuvent recruter jusqu'à 20 % de salariés valides. Le salarié a un statut de droit commun avec un contrat de travail à durée déterminée ou indéterminée et possède tous les droits des salariés, il bénéficie de la Sécurité sociale. Son salaire est fixé selon son emploi et sa qualification par référence aux dispositions réglementaires ou conventionnelles applicables dans sa branche d'activité. L'entreprise

adaptée doit effectuer un suivi social ainsi qu'une formation spécifique, c'est d'ailleurs en partie l'objet de la subvention dont peuvent bénéficier les EA.

L'emploi de ces personnes est soumis à un certain nombre de critères très restrictifs outre l'orientation par la CDAPH comme l'absence d'emploi depuis plus d'un an à compter de la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH) associé aux critères suivant :

- la sortie ou le suivi d'une institution sanitaire :
 - Centre Hospitalier Régional (CHR),
 - Centre Hospitalier Spécialisé (CHS),
 - Centre de Rééducation Fonctionnelle(CRF).
- la sortie d'une institution ou services spécialisés :
 - Institut Médico Educatif (IME),
 - Institut d'Education Motrice (IEM).
- la sortie d'institutions de formation spécialisées :
 - Institut Médico Professionnel (IMPRO),
 - Centre de Formation d'Apprentis Spécialisé (CFAS),
 - Centre de Rééducation Professionnel (CRP).
- le suivi par un Service d'Accompagnement Social :
 - Service de Soins et d'Aide à Domicile (SSAD),
 - Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD),
 - Service d'Aide à la Vie Sociale (SAVS),
 - Service d'accompagnement médicalisé pour adultes handicapés (SAMSAH).
- le passage par une Entreprise d'Insertion (EI).

B.3.2.4.2.1.4. Recensement sur la Haute-Vienne.

Nous comptabilisons dix établissements de ce type.

L'EA de La Valoine (APLV) à Boisseuil qui emploie 20 personnes handicapées et travaille en sous-traitance pour des entreprises ou des collectivités. Elle est spécialisée dans le décor sur verre. A noter que l'IDEA Limousin, structure créée en 2000, vient compléter l'atelier protégé de La Valoine dans le traitement des déchets électriques et électroniques. Elle propose 3 emplois et complète l'activité de l'atelier protégé.

L'entreprise adaptée des Feuillardiers (APROBOIS) à Châlus est spécialisée dans le travail du bois, la fabrication de mobiliers urbains et de panneaux d'affichage pour les collectivités locales, les parcs d'attractions et entreprises mais également dans la menuiserie traditionnelle et la vannerie. Elle emploie actuellement 12 personnes avec un handicap.

L'APIIC (Atelier protégé Informatique, Internet et Communication) au Dorat qui emploie 6 personnes et est spécialisé dans la réalisation et l'hébergement de sites internet, le développement de logiciels informatiques et la vente et réparation de matériel informatique.

L'EA du CDTPI (Centre départemental de travail protégé d'Isle) à Isle, emploie 20 personnes avec une activité d'entretien d'espaces verts, de confection et de couture.

La Feuillade à Limoges accueille 12 travailleurs handicapés est spécialisée dans la papeterie et l'imprimerie avec la fabrication d'articles, le massicotage, le pliage, le rainage, l'agrafage, le collage et l'encartage.

L'atelier protégé STS (Sous Traitance Service) à Limoges emploie 12 personnes avec un handicap. Il s'occupe du conditionnement, l'ensachage, la mise sous film, le travail à façon, l'électronique, le câblage, le brasage, le montage, le façonnage et le routage.

L'ISOP à Saint Martial sur Isop où une trentaine de personnes y sont employées. Il comprend un atelier de production et une imprimerie ainsi qu'une activité de conditionnement avec pliage, collage, ensachage... Elle présente aussi une section agroalimentaire.

L'EA de Saint Laurent-Les-Eglises sous couvert de l'association ARAI (Association rurale pour adultes inadaptés) emploie 4 personnes avec un handicap et 1 moniteur. Elle s'occupe de carrosserie, de tôlerie, de peinture avec un garage station service.

L'APAJH Services 87 à Verneuil sur Vienne qui emploie 6 personnes et 1 chef d'atelier. Il a une activité tertiaire avec une activité de blanchisserie marquée par le lavage et repassage du linge pour les particuliers et des tenues de travail pour les entreprises.

L'ensemble des EA de la région se sont unies en une association : **Hansemble** soit au total une vingtaine. Elle permet de mieux définir les besoins de ces entreprises, de proposer un meilleur accompagnement des personnes handicapées mais aussi d'envisager la création de nouveaux emplois adaptés comme l'IDEA Limousin qui a été créé par cette association.

B.3.2.4.2.2. Les centres de rééducation professionnelle (CRP).

B.3.2.4.2.2.1. Définition.

Les CRP sont composés d'un personnel pluridisciplinaire dont la mission est de fournir une formation adaptée et qualifiante à des personnes handicapées pour permettre leur réinsertion dans un milieu professionnel ordinaire ou protégé (Giraud-Baro & Duprez, 2007).

Si nous reprenons l'histoire de la création de ces centres, il faut citer en premier lieu Madame Ellen Poidatz (à noter que cette personne était également handicapée) qui, en 1919, a créé à Saint Fargeau (Seine et Marne) un centre accueillant des enfants atteints de poliomyélite et leur assurant un enseignement scolaire et des soins. Puis la Fondation Franco-Américaine a ouvert en 1927 à Berck ville un centre d'apprentissage pour handicapés. Dans la suite, de nombreuses associations telles que : Les Anciens du Sana, la Ligue pour l'Adaptation du Diminué Physique au Travail, l'Association des Paralysés de France, l'Association pour la Rééducation Fonctionnelle, les Blessés du poumon, l'Association pour le Reclassement Social Mutuel, la Fondation des Etudiants de France..., prirent le relais afin de créer des établissements pour préparer les personnes handicapées au retour à l'emploi.

Il existe un organisme : FAGERH qui regroupe et fédère depuis plus de 60 ans des établissements médico-sociaux de Réadaptation Professionnelle (CRP et ERP) et qui propose des prestations pour l'insertion sociale et/ou professionnelle de personnes handicapées suite à un accident ou à une maladie. Véritable réseau national pour l'accès à l'emploi des handicapés, cet organisme regroupe 15 associations et 120 établissements et services. Près de 11 000 personnes sont accueillies chaque année pour une orientation, une qualification et un accompagnement à l'emploi et 200 formations qualifiantes, dans 14 secteurs d'activité, sont proposées. FAGERH se compose d'un siège national et de huit inter-régions.

En Haute-Vienne, cette structure est en association avec l'AFPAH ainsi qu'avec l'ERP (École de reconversion professionnelle) Feret du Longbois.

B.3.2.4.2.2.2. Objectifs.

Il s'agit d'un tremplin permettant à des personnes avec un handicap de bénéficier d'un accompagnement et surtout d'une formation adaptée à leur niveau. La majorité des

formations proposées par les CRP débouche sur des diplômes homologués par l'Etat dans 24 secteurs d'activité. Il s'agit de formations professionnelles de longue durée (souvent supérieure à un an) qui permettent l'adaptation à un nouveau milieu professionnel grâce à des périodes d'application en entreprise. Un suivi médical, social, psychologique et un accompagnement à l'emploi est assuré. Les formations peuvent être précédées de phases préparatoires et comporter ou non une remise à niveau.

Pour être admis dans un Centre de rééducation professionnelle (C.R.P.) il faut :

- Être reconnu " travailleur handicapé " par la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) ;
- Être orienté par la CDAPH dans un C.R.P.

B.3.2.4.2.2.3. En 87, quels sont-ils ?

Sur le département nous pouvons comptabiliser trois centres de ce type mais seulement deux ont une capacité d'accueil de patients souffrant de troubles psychiques.

Le centre d'adaptation professionnelle de Mignac-APSAH (Association pour la promotion sociale des aveugles et autres handicapés) créé en 1969 à Aix sur Vienne ne devait accueillir que des personnes avec un handicap physique. Désormais, il propose des formations à des patients avec des troubles psychiques. L'enseignement est de type lycée professionnel avec une capacité d'accueil en internat. Il faut une orientation par la CDAPH (reconnaissance en tant que travailleur handicapé) pour pouvoir y suivre une formation. Il est ouvert aux adultes entre 18 et 45 ans et a une capacité d'accueil de 175 personnes. Il propose 8 types de formations dans un but de réinsertion vers un milieu professionnel ordinaire.

L'école de rééducation professionnelle Féret-du-Longbois à Limoges est un centre de formation professionnelle destiné à des personnes reconnues comme travailleur handicapé par la CDAPH. L'école en propose 7 d'une durée de 21 mois. Les diplômes sont préparés en partenariat avec les entreprises : 10 à 16 semaines de stage selon les formations pour une approche concrète du métier choisi et parfois de réelles opportunités d'embauche.

Il existe un troisième C R.P sur le département mais uniquement destiné aux personnes souffrant d'une déficience visuelle, à savoir l'école de kinésithérapie de l'APSAH.

II. DEUXIEME PARTIE : ÉTUDE DESCRIPTIVE AUPRÈS DES MÉDECINS PSYCHIATRES.

A. PRINCIPE DE L'ÉTUDE.

A.1. Objectifs de l'étude.

Notre étude est composée de deux parties : tout d'abord l'état des lieux sur la réinsertion des schizophrènes dans le monde du travail en Haute-Vienne puis, l'étude des connaissances et le ressenti des psychiatres du département quant aux structures de réinsertion et de formation professionnelle.

Dans un premier temps, l'objectif de ce travail est de faire l'état des lieux social notamment au niveau de la réinsertion professionnelle de tous les schizophrènes en Haute-Vienne. Nous avons essayé de recruter l'ensemble des patients qui présente cette pathologie au décours de l'année 2008 et de déterminer, en fonction de différentes données prédéfinies, la situation sociale de chaque patient que ce soit en termes de réinsertion, de formation professionnelle ou de prise en charge par des établissements sanitaires. Nous avons demandé à chaque praticien de remplir une fiche signalétique pour chaque schizophrène qu'il suit en consultation (cf. annexe 1.).

Dans la seconde partie, nous avons déterminé la place et surtout la participation des médecins psychiatres dans la réinsertion sociale de leurs patients schizophrènes. Nous avons également essayé de définir les outils et le niveau de connaissance des praticiens afin de permettre à leurs patients d'avoir la meilleure prise en charge sociale et surtout la plus adaptée à leur pathologie. Mais nous tenons à souligner qu'il ne s'agissait absolument pas de mettre en défaut les psychiatres notamment sur d'éventuelles connaissances insuffisantes ou erronées mais bien plus de mettre en avant les difficultés majeures qu'ils peuvent rencontrer quant aux systèmes d'aide et d'accompagnement des personnes souffrant d'un handicap psychique. Il paraissait nécessaire de faire le bilan sur la participation des praticiens dans la prise en charge de leurs patients au niveau social notamment pour déterminer la place des traitements psychosociaux.

L'objectif final est de déterminer la part des schizophrènes qui rentre dans le cadre de la loi de 2005 sur le handicap, d'évaluer si les objectifs de cette loi sont respectés en Haute-Vienne au niveau de la mise en place des structures mais également directement, concernant les patients avec un handicap psychique et leur place dans le monde du travail. Cette étude pourrait contribuer à l'évaluation des besoins en matière de structures de réinsertion et/ou de

formation professionnelle et de l'état des lieux de l'intégration socioprofessionnelle des patients. Elle permettrait également de définir les outils nécessaires pour faciliter le travail des psychiatres dans la prise en charge de leurs patients.

A.2. Caractéristiques de l'étude.

Nous avons réalisé une étude divisée en deux parties. La première est une étude épidémiologique correspondant à une observation transversale descriptive, portant sur les schizophrènes de Haute-Vienne à partir de données recueillies auprès de l'ensemble des médecins psychiatres du département. Nous avons choisi de nous adresser directement aux psychiatres afin de pouvoir inclure le maximum de schizophrènes diagnostiqués et suivis dans le département. En effet, nous nous sommes directement adressés aux médecins spécialistes et non pas aux médecins généralistes partant du postulat que chaque schizophrène, à un moment donné dans son histoire clinique, est amené à rencontrer un psychiatre. Pour éviter également un biais de recrutement, nous n'avons pas souhaité prendre les informations auprès de la MDPH (Maison départementale pour les personnes handicapées) ou encore auprès de la CAF (Caisse d'allocation familiale) sachant que tous les patients ne sont pas inclus dans ces systèmes de réinsertion. Le but de l'étude est d'inclure l'ensemble des patients et non pas uniquement ceux qui sont déjà dans une filière de réinsertion.

La seconde partie de l'étude est une analyse descriptive transversale portant sur l'ensemble des médecins psychiatres recensés en Haute-Vienne et répondant aux critères d'inclusion de ce travail de recherche. Nous avons donc interrogé l'ensemble des psychiatres du département répondant aux critères d'inclusion sous la forme d'un hétéro-questionnaire que nous leur avons fait passer au début de l'enquête (cf. annexe 2).

B. Méthodologie.

B.1. Population des schizophrènes.

B.1.1. Recrutement.

Nous avons tâché d'inclure l'ensemble des schizophrènes diagnostiqués et suivis sur le département afin de pouvoir avoir une photographie la plus exhaustive de la population malade en Haute-Vienne. Pour recenser les patients répondant aux critères d'inclusion, nous avons donc interrogé les psychiatres et les médecins assistants exerçant sur le Centre

Hospitalier Esquirol (C.H Esquirol) et les psychiatres libéraux du département. Nous nous sommes basés sur le principe que les patients schizophrènes sont suivis par les psychiatres (libéraux et/ou hospitaliers) ou assistants du C.H Esquirol.

Le recrutement des patients s'est réalisé sur une période de près de 6 mois, du 1^{er} Janvier 2008 au 16 Juin 2008. Nous avons inclus l'ensemble des patients qui ont été vus en consultation par chaque médecin au cours de cette période. Il est nécessaire de préciser que la période de recrutement était de trois mois par médecin à compter du jour de la première rencontre et le passage de l'hétéro-questionnaire. En effet, nous sommes partis du principe que chaque patient est vu au moins une fois en consultation sur une période de trois mois.

B.1.2. Critères d'inclusion.

Le premier critère d'inclusion indispensable à la réalisation de cette enquête, est que les patients inclus soient suivis par un psychiatre exerçant une activité hospitalière ou libérale ou un médecin assistant, travaillant sur le C.H Esquirol. Ces patients devaient être diagnostiqués comme schizophrènes selon les critères de la CIM 10 (à savoir les codes F 20.0 à F20.9) et suivis en consultation au décours de l'étude.

Les patients présentant un trouble schizotypique à savoir les diagnostics F 21 n'ont pas été inclus dans l'enquête. Nous avons préféré ne pas trop élargir le champ d'investigation, du fait du risque de biais d'inclusion et de faux positifs ou négatifs.

Devant l'objectif de ce travail et la législation pour les personnes souffrant d'un handicap, nous avons imposé des critères d'âge d'inclusion. Nous avons demandé aux praticiens d'inclure et de remplir une fiche sociale que pour les patients âgés entre 18 et 60 ans (à noter que les patients ayant 60 ans en 2008 ont été inclus dans ce travail). Il paraissait difficile d'analyser des données pour des patients de plus de 60 ans sur le plan professionnel en sachant qu'ils ont droit à une retraite à compter de cet âge. Il aurait été absurde de donner une signification à des chiffres qui ne concernent pas l'objectif de l'étude.

De même nous avons préféré ne pas prendre en compte les patients de moins de 18 ans pour plusieurs raisons :

- Les difficultés de diagnostic chez les mineurs. Le diagnostic de schizophrénie n'est pas toujours posé chez les mineurs du fait du risque de stigmatisation

précoce et également des possibles évolutions symptomatiques durant l'adolescence ;

- Il semblait peu contributif d'inclure les mineurs, même si nous devons souligner que certains adolescents actuellement dans un cursus pédagogique classique ou plus souvent en formation (BEP, CAP...) dans l'attente de trouver un emploi, développeront ultérieurement un trouble schizophrénique.

Enfin le dernier critère était bien entendu leur lieu de vie. Du fait de l'étude et de ses objectifs, à savoir la réalisation d'une enquête descriptive en Haute-Vienne d'une population donnée, il était nécessaire que l'ensemble des patients qui ont été inclus vivent dans le département. Les schizophrènes suivis par un psychiatre du département mais résidant hors Haute-Vienne n'ont pas été inclus du fait du biais de recrutement que cela aurait entraîné.

B.1.3. Critères d'exclusion.

Les critères d'exclusion découlent de ce que nous avons dit dans les critères d'inclusion. Les patients exclus de l'enquête étaient ceux qui ne répondaient pas aux critères d'âge à savoir moins de 18 ans ou plus de 60 ans mais également à leur lieu de domiciliation (ont été exclus les patients ne vivant pas en Haute-Vienne) et les patients ne répondant pas au diagnostic de la CIM 10 de schizophrénie.

B.2. Population des psychiatres.

B.2.1. Recrutement.

Nous nous sommes adressés directement aux psychiatres du fait du risque de biais de recrutement des patients. De plus, afin de pouvoir réaliser la seconde partie de notre enquête, il était nécessaire d'interroger l'ensemble des psychiatres du département de la Haute-Vienne qui répondaient aux critères d'inclusion de notre étude. Aucune autre alternative ne pouvait être envisagée du fait même des objectifs de ce travail.

B.2.2. Critères d'inclusion.

Au départ, l'ensemble des psychiatres du département semblaient pouvoir être inclus dans cette enquête. Nous avons également interrogé les médecins assistants et attachés du

C.H Esquirol exerçant une activité psychiatrique. Nous sommes partis du postulat que les médecins spécialistes ou non qui pratiquent la psychiatrie se devaient de participer à cette étude pour deux raisons. Tout d'abord afin d'avoir le recrutement le plus exhaustif des schizophrènes suivis en ambulatoire. Deuxièmement, il semblait légitime de leur faire passer l'hétéro-questionnaire sur le ressenti des médecins même si les assistants ne sont pas spécialisés, leur expérience semblait non discutable et donc justifiait leur participation.

Nous avons pris contact avec l'ensemble des psychiatres et assistants en psychiatrie du département à partir du listing que nous avons récupéré auprès de la D.D.A.S.S (Direction départementale des affaires sanitaires et sociales). Au total, 69 médecins psychiatres et 14 assistants en psychiatrie exercent en Haute-Vienne dans le cadre d'une activité hospitalière ou libérale. Parmi l'ensemble de ces médecins, tous ne répondaient pas aux critères d'inclusion de notre étude du fait même de ses objectifs à savoir l'insertion des patients schizophrènes dans le monde du travail. Il paraissait nécessaire d'interroger les psychiatres qui ont dans leur suivi des patients qui répondent aux critères d'inclusion de ce travail. Il fallait donc que ces médecins aient ou soient susceptibles d'avoir des patients répondant à ces critères et donc dans la situation d'être confrontés à leur prise en charge psychosociale.

A noter que les psychiatres qui n'avaient pas de schizophrènes parmi leurs patients, ont été inclus dans la partie spécifique les concernant en fonction de leur choix. Ceux qui le souhaitaient, pouvaient participer à l'enquête. Ainsi, 4 médecins ont répondu à la première partie de l'étude mais n'ont pas rempli de fiches signalétiques concernant des schizophrènes.

B.2.3. Critères d'exclusion.

Nous sommes partis du principe que seuls les psychiatres s'occupant de schizophrènes pouvant être inclus dans notre étude, devaient être interrogés et donc passer l'hétéro-questionnaire. Nous avons donc exclu de l'étude, les psychogéiatres qui ne s'occupent que de patients de plus de 65 ans dans leur activité ambulatoire. Ainsi 3 psychiatres et une chef de clinique furent exclus de cette enquête.

De même, nous nous sommes efforcés de ne pas inclure les pédopsychiatres qui n'ont pas de suivi de patients de plus de 18 ans. Mais afin qu'aucun d'entre eux ne soit exclu par erreur (si dans leur suivi ils avaient également des adultes), nous les avons contactés directement et n'avons fait passer l'enquête qu'à ceux qui suivent des patients de plus de 18 ans. Ainsi,

après inclusion uniquement des pédopsychiatres avec des patients adultes dans leurs suivis, nous avons exclu 12 médecins, assistants et chef de clinique ne répondant pas aux critères.

Au total théoriquement, nous avons sur l'ensemble des psychiatres du département un total de 67 médecins répondant aux critères de l'étude. Parmi ceux-ci, nous avons eu 55 réponses favorables quant à la participation médicale à cette enquête.

Aucun autre critère d'exclusion n'est à souligner. Bien entendu, nous nous sommes adressés uniquement aux praticiens du département.

Soulignons qu'au cours de cette étude, des circonstances spécifiques nous ont amené à ne pas prendre contact avec 2 praticiens pour des raisons médicales qui ne permettaient pas de les inclure à notre travail, la date de leur retour n'étant pas dans la période d'inclusion.

C. Déroulement pratique de l'étude.

Nous avons réalisé l'étude en trois temps distincts.

Nous avons contacté chaque psychiatre par téléphone afin de leur expliquer notre travail et dans le même temps, d'évaluer s'ils répondaient aux critères d'inclusion.

Une fois le premier contact pris et l'évaluation des possibilités d'inclusion, nous avons fixé un rendez-vous auprès de chaque psychiatre non exclu de l'étude. Lors de cette rencontre nous avons présenté à nouveau notre travail et pour ceux qui ont accepté, nous leur avons fait passer individuellement l'hétéro-questionnaire sur leur ressenti.

Enfin, nous avons remis à chaque praticien des fiches sociales pour les patients suivis en consultation ; feuilles que nous avons récupérées après trois mois (temps estimé nécessaire pour que chaque patient soit vu au moins une fois en consultation).

D. Analyse des données.

Nous avons réalisé dans un premier temps une analyse descriptive des données concernant les patients schizophrènes et dans un second temps une analyse comparative afin de comparer les relations entre les différents facteurs sociaux et les caractéristiques personnelles de chaque patient.

Dans un second temps, nous avons étudié par méthode descriptive puis comparative les différences et surtout l'approche médico-sociale de cette pathologie entre les médecins hospitaliers et les psychiatres libéraux.

Les statistiques descriptives ont permis de calculer en fonction des différentes valeurs étudiées : la fréquence (proportion de cas dans chaque population étudiée), la moyenne (somme des valeurs de la variable divisée par le nombre de sujets), la médiane (paramètre de position qui permet de séparer la population étudiée en deux groupes égaux).

Le test de χ^2 (ou test de Pearson) a été utilisé pour les comparaisons de proportions. Il permet de déterminer si deux variables qualitatives observées sont dépendantes ou non. Il s'effectue sur la base d'un tableau de contingence. Une valeur significative est établie si le p corrigé est inférieur à 0,05.

Nous avons également procédé à des régressions logistiques afin de déterminer la place de chaque variable étudiée et son influence (propre et entre elles) sur un facteur constant. Le but de ces régressions est de prédire la probabilité de survenu d'un événement (variable dépendante) en fonction de différentes variables indépendantes et la place de chacune d'elle. Nous avons utilisé la méthode forward-LR. Il a été possible de déterminer dans un premier temps la dimension la plus significative influençant la variable dépendante lors du step 1 puis lors d'une seconde étape (step 2), la deuxième variable la plus significative et ainsi de suite jusqu'à ce que le test statistique ne soit plus significatif pour la dimension étudiée. La valeur ne sera significative que si le p corrigé est inférieur à 0,05.

Pour l'ensemble de l'étude nous avons utilisé le logiciel SPSS 15.0 for Windows.

E. Résultats.

Il s'agit d'une étude descriptive divisée en deux parties : la première portant sur 508 patients schizophrènes suivis en consultation et la seconde sur 55 psychiatres.

E.1. La population schizophrène en Haute-Vienne.

L'analyse descriptive a permis de caractériser les patients selon leur sexe, leur âge, la forme de schizophrénie, leur statut de travailleur handicapé ou non, leur situation sur le plan professionnel actuel et antérieur et leur prise en charge ou non par les structures de formation et/ou de réinsertion professionnelles et les structures sanitaires.

E.1.1. Données démographiques.

Sur les 508 questionnaires récupérés auprès des psychiatres du département, 68,1 % des patients sont des hommes (soit 346 hommes) et 31,9 % sont des femmes (soit 162 femmes).

L'âge moyen de l'échantillon est de 40,2 ans \pm 10,42 ans sans distinction de sexe ni de forme avec un minimum de 18 ans et un maximum de 60 ans, la médiane étant de 41 ans. L'âge moyen chez les hommes est de 39,18 ans (avec un minimum de 19 ans et un maximum de 60 ans), chez les femmes, il est de 42,4 ans (avec un minimum de 18 ans et un maximum de 60 ans).

Nous avons déterminé l'âge moyen de diagnostic de la maladie. Parmi les questionnaires, nous avons eu 471 réponses à cet item. Le diagnostic de schizophrénie le plus précoce a été posé à l'âge de 13 ans et le plus tardif à 59 ans mais il faut préciser que certains médecins ont déterminé cet âge en fonction de leur propre diagnostic même si les patients étaient suivis auparavant par un de leur confrère. L'âge moyen de diagnostic est de 26,34 ans avec, chez les hommes un âge de 25,36 ans et de 28,36 ans chez les femmes. Il existe une corrélation entre l'âge diagnostic et le sexe avec un Pearson inférieur à 0,0001.

E.1.2. Données descriptives par rapport à l'étude.

Une analyse descriptive a été réalisée pour chaque item du questionnaire afin de mieux comprendre la place des différents facteurs médico-sociaux et leur rôle dans l'intégration des schizophrènes dans le monde du travail en Haute-Vienne.

E.1.2.1. Les formes de schizophrénie.

Il y avait sept possibilités de réponses selon la classification CIM 10 pour déterminer la forme de schizophrénie : paranoïde, hétéphrénique, catatonique, indifférenciée, résiduelle, simple et les autres formes.

Près de la moitié des schizophrènes présente une forme paranoïde avec 48,4 % (soit 246 patients) de l'échantillon, puis nous retrouvons la forme résiduelle avec 13,2 % des cas (67 patients) suivie de la forme simple avec 10,8 % (55 cas).

A noter que les formes hétéphréniques et catatoniques ont du être regroupées pour des raisons de méthodologie, le groupe des formes catatoniques étant trop petit (5 patients) et difficilement analysable notamment lors des régressions et des corrélations que nous verrons ultérieurement. Le tableau suivant montre la fréquence des différentes formes dans la population étudiée à savoir 508 patients.

FORMES

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Paranoïde	246	48,4	48,4	48,4
Hétéphrénique et Catatonique	40	7,9	7,9	56,3
Indifférenciée	54	10,6	10,6	66,9
Résiduelle	67	13,2	13,2	80,1
Simple	55	10,8	10,8	90,9
Autres	46	9,1	9,1	100,0
Total	508	100,0	100,0	

Tableau 1 : Fréquence des différentes formes de schizophrénie retrouvées dans la population étudiée

Nous avons également examiné la répartition des différentes formes entre les hommes et les femmes. Le tableau qui suit nous montre cette distribution. Nous verrons dans le chapitre sur les corrélations s'il existe un lien entre la forme et le sexe

Répartition des formes selon le sexe.

Count		Sexe		Total
		HOMME	FEMME	
Forme	Paranoïde	177	69	246
	Hébéphrénique et Catatonique	30	10	40
	Indifférenciée	30	24	54
	Résiduelle	45	22	67
	Simple	35	20	55
	Autre	29	17	46
Total		346	162	508

Tableau 2 : Distribution des différentes formes de schizophrénie en fonction du sexe.

E.1.2.2. Place de l'hospitalisation dans la prise en charge des patients schizophrènes.

Nous avons déterminé la proportion des patients qui, au cours de l'évolution de leur pathologie, étaient hospitalisés au moins une fois en centre spécialisé. Parmi eux, le temps écoulé depuis leur sortie de l'hôpital était à préciser. Le but de ces items était de définir le rôle que pourrait avoir la prise en charge hospitalière d'un patient et son retentissement socioprofessionnel éventuel, comme nous le verrons dans le chapitre suivant.

Parmi l'ensemble des patients, nous constatons que la très grande majorité est au moins hospitalisée une fois au cours de sa vie. Sur les 508 patients de l'étude, 461 ont déjà été hospitalisés une fois en milieu spécialisé soit 90,9 % de l'échantillon, seul 9,1 % des schizophrènes (46 patients) ne l'ont jamais été.

Sur les 461 patients déjà hospitalisés, nous avons eu 437 réponses concernant la durée depuis la dernière hospitalisation. Elle a été exprimée en mois, la plus courte étant de 6 mois et la plus longue de 444 mois (soit 37 ans depuis la dernière hospitalisation), ce qui donne une moyenne sur la population étudiée de 52,49 mois avec une médiane de 24 mois.

E.1.2.3. Le travail et les patients schizophrènes.

Nous allons faire le point sur la place des schizophrènes au travail et leur statut.

E.1.2.3.1. Le statut professionnel des malades.

Sur les 508 patients, 199 soit 39,2 % de l'échantillon ont le statut de travailleur handicapé que nous dénommons RQTH (Reconnaissance en qualité de travailleur handicapé). Les 309 autres patients (60,8 %) ne bénéficient pas de la RQTH. Il est apparu intéressant de déterminer les raisons de l'absence de ce statut. C'est la raison pour laquelle nous proposons dans notre questionnaire cinq possibilités de cause, questionnaire auquel les médecins devaient répondre si leur patient ne bénéficiait pas de la RQTH. Les raisons possibles étaient : dossier en cours, refus de la part du patient, ne sait pas, bonne insertion socioprofessionnelle sans RQTH et enfin les causes autres (âge, invalidité...).

CAUSES DE NON RQTH.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Dossier en cours	17	3,3	5,5	5,5
	Refus du patient	48	9,4	15,5	21,0
	Ne sait pas	56	11,0	18,1	39,2
	Bonne insertion sans RQTH	51	10,0	16,5	55,7
	Autres causes	137	27,0	44,3	100,0
	Total	309	60,8	100,0	
Missing	System	199	39,2		
Total		508	100,0		

Tableau 3 : Causes de l'absence de RQTH dans la population étudiée.

La principale raison avec 44,3 % de réponses à cet item soit 137 patients sur 309 concernés, est la réponse : autres causes. Il est difficile de détailler plus explicitement ces différentes raisons mais parmi elles, nous avons :

- L'âge avancé des patients ne leur permettant pas de postuler pour un travail même en temps que travailleur handicapé ;
- De nombreux patients bénéficient d'une pension d'invalidité d'un emploi précédent.

La seconde cause est tout simplement l'ignorance de la part du médecin de la raison de non reconnaissance du patient comme travailleur handicapé. En effet près de 18,1 % des patients sans RQTH (soit 56) n'ont pas ce statut et leur psychiatre est dans l'incapacité de donner la raison de ce fait.

La troisième cause et non des moindres, est tout simplement que les patients ont une bonne insertion socioprofessionnelle sans la RQTH avec 16,5 % des cas soit 51 patients. Nous verrons ultérieurement ce qu'il en est réellement chez ces patients de l'absence de RQTH pour ce motif et de leur place au sein du monde du travail.

La réponse « refus » arrive en quatrième position avec 15,5 % des patients (soit 48) sans RQTH qui refusent ce statut.

Enfin, soulignons que 5,5 % des patients (soit 17) ont leur dossier de demande de RQTH en cours d'examen par les services concernés.

E.1.2.3.2. Place du travail actuel dans la population étudiée.

Sur 508 schizophrènes du département suivis par des psychiatres, 145 travaillent actuellement soit 28,5 % de l'échantillon étudié contre 363 sans emploi soit 71,5 % du total.

Nous nous sommes intéressés à la répartition de ces travailleurs soit en milieu de travail ordinaire, soit en milieu protégé. Les schizophrènes en milieu ordinaire sont au nombre de 82 soit 56,6 % du groupe des travailleurs actuels et 16,1 % de l'ensemble de l'échantillon. Ceux qui travaillent en milieu protégé sont 63 soit 43,4 % des travailleurs schizophrènes actuels et 12,4 % du total.

Parmi les travailleurs en milieu protégé, nous avons déterminé leur répartition en fonction des structures : ESAT ou EA. Sur 63 patients qui travaillent en milieu protégé, 59 sont dans un ESAT soit 93,7 % des travailleurs protégés, 40,7 % du groupe des travailleurs et 11,6 % de la population totale. Les 4 patients restants travaillent en EA soit 6,3 % des travailleurs protégés, 2,8 % du groupe des travailleurs et 0,8 % du total.

Nous avons déterminé les causes possibles d'absence d'emploi parmi les schizophrènes actuellement sans travail. Le tableau suivant indique la fréquence des différentes causes parmi la population étudiée à savoir 363 patients.

Causes d'absence d'emploi actuel.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pathologie trop lourde	208	40,9	57,3	57,3
	Etudiant	9	1,8	2,5	59,8
	Déni des troubles	20	3,9	5,5	65,3
	En attente ou recherche d'emploi	55	10,8	15,2	80,4
	Refus	17	3,3	4,7	85,1
	Autre	54	10,6	14,9	100,0
	Total	363	71,5	100,0	
Missing	System	145	28,5		
Total		508	100,0		

Tableau 4 : Fréquence des différentes causes d'absence d'emploi actuel dans la population étudiée.

Parmi les différentes raisons de non emploi, la cause principale est tout d'abord liée à la pathologie qui est trop lourde pour permettre au patient de travailler. 208 patients sur 363 sans emploi sont dans ce cas de figure soit 57,3 % des réponses dans le groupe sans emploi et 40,9% de la population totale étudiée.

La seconde cause est l'item « en attente ou recherche d'un emploi » qui concerne 55 patients soit 15,2 % du groupe sans emploi et 10,8 % du total. De très près s'en suit la réponse « autre » sans plus d'explication possible avec 54 patients soit 14,9 % du groupe sans emploi et 10,6 % de la population totale.

Le déni des troubles concerne 20 patients soit 5,5 % du groupe sans travail et 3,9 % de l'ensemble de l'échantillon. Nous pouvons rapprocher cette réponse de la première cause à savoir une pathologie trop lourde. En effet, l'anosognosie peut être considérée comme un des symptômes d'une maladie évoluée avec ses conséquences importantes médicosociales.

Il faut également souligner que 17 patients sur 363 soit 4,7 % refusent tout simplement de travailler.

E.1.2.3.3. Quelle situation professionnelle antérieure chez ces patients ?

Après avoir examiné le statut professionnel actuel des patients de notre étude, il paraissait opportun de connaître leur situation professionnelle dans les années passées. Les patients avaient-ils déjà travaillé ou est-ce une situation chronique ?

L'étude montre que 346 patients sur 508 ont déjà eu un emploi au moins une fois dans leur vie, soit 68,1 % de l'échantillon étudié contre 162 qui n'ont pas eu d'emploi antérieur soit 31,9 % du total de patients. Il apparaît clairement que près de 2,5 fois plus des patients ont déjà travaillé par rapport au nombre de travailleurs actuels.

Nous avons déterminé les causes expliquant la perte d'emploi pour ces patients ayant eu un travail antérieur et ne travaillant plus actuellement. Dans cette description nous avons, parmi les 346 patients ayant déjà eu un emploi, gardé uniquement les patients ayant déjà travaillé et qui ne travaillent plus actuellement (215 patients) ainsi que ceux qui ont changé de travail (20) soit un total de 235 patients. Les différentes causes possibles de perte ou de changement d'emploi sont résumées dans le tableau suivant.

Causes de perte ou de changement d'emploi antérieur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Licenciement	41	8,1	17,4	17,4
	Démission	29	5,7	12,3	29,8
	Arrêt de travail ou congé longue maladie	31	6,1	13,2	43,0
	Pathologie trop lourde	110	21,7	46,8	89,8
	Autres	24	4,7	10,2	100,0
	Total	235	46,3	100,0	
Missing	System	273	53,7		
Total		508	100,0		

Tableau 5 : Causes de perte ou de changement d'emploi antérieur.

L'étude met clairement en avant la principale cause de perte d'emploi à savoir les conséquences trop lourdes de la pathologie. 110 patients sont dans cette situation soit 46,8 % des cas sur 235 et 21,7 % du total. Secondairement nous retrouvons le licenciement comme cause de perte ou de changement d'emploi ce qui représente 17,4 % des patients sur 235 dans cette situation et 8,1 % du total. Par la suite, les arrêts de travail ou les congés longue maladie expliquent la perte d'emploi soit 13,2 % des cas (31 patients sur 235) et 6,1 % du total. Les démissions concernent 12,3 % des situations (29 patients) et 5,7 % du total. Les autres causes expliquent ce cas de figure dans 10,2 % des cas soit 24 patients, ce qui représente 4,7 % des cas dans la population totale.

Nous avons également demandé aux praticiens de préciser le type de travail antérieur dont les patients ont bénéficié, soit en milieu ordinaire soit en milieu protégé. Sur les 346

patients ayant déjà eu un emploi antérieurement, 296 étaient en milieu ordinaire soit 85,5 % de ce groupe contre 50 patients qui étaient en milieu protégé, soit 14,5 %. Les malades qui ont déjà eu un emploi en milieu protégé étaient répartis de la manière suivante : 47 en ESAT soit 94 % de ce sous groupe et 3 en EA soit 6 %.

E.1.2.3.4. Place des structures de réinsertion et de formation professionnelle.

Nous avons souhaité savoir quelle était la prise en charge des patients dans les structures d'accompagnement professionnel parmi notre échantillon. Le questionnaire était composé d'une partie sur les structures de réinsertion et d'une autre sur les structures de formation professionnelle.

E.1.2.3.4.1. Schizophrénie et formation professionnelle en Haute-Vienne.

Parmi nos patients, 25 sont en lien avec une structure de formation professionnelle soit 4,9 % de la population étudiée. Il était demandé aux médecins de préciser la structure dans laquelle leurs patients étaient pris en charge. Nous avons eu 22 réponses sur les 25 patients et sont apparues 10 types différents de formation. Parmi ces dix, l'analyse descriptive met en avant 3 principales structures. L'AFPA s'occupe actuellement de 6 patients schizophrènes, soit 27,3 % de notre échantillon pour lequel nous avons une réponse, et assure une formation. En seconde position vient l'APSAH qui accueille actuellement 5 patients soit 22,7 %. S'en suivent les universités dans lesquelles seulement 4 patients soit 18,2 % reçoivent une formation.

Les autres patients (soit 7) suivent une formation en BTS, en CAP, en Lycée Professionnel, à la Mission-Locale, en APP (Atelier de Pédagogie Personnalisée), à l'UEROS ou au centre de formation du Féret du Longbois, ce qui représente pour chacun 4,5 % de notre sous-groupe.

Il y a 483 patients qui ne suivent pas de formation professionnelle soit 95,1 % de la population étudiée. Nous avons voulu en connaître les raisons. Nous avons proposé 5 items à remplir par le médecin si le cas se présentait. Le tableau suivant résume ces causes.

Raisons d'absence de formation

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Bon niveau	53	10,4	11,0	11,0
Refus	39	7,7	8,1	19,0
Incapacité à suivre une formation	230	45,3	47,6	66,7
En a déjà bénéficié	18	3,5	3,7	70,4
Autres	143	28,1	29,6	100,0
Total	483	95,1	100,0	
Missing System	25	4,9		
Total	508	100,0		

Tableau 6 : Raisons de non formation professionnelle parmi la population étudiée.

- La principale cause avec 47,6 % des cas (230 patients) est leur incapacité à suivre une formation du fait de leur maladie.

- La seconde cause est l'item autre avec 29,6 % (143 patients), il s'agit tout simplement des patients qui travaillent actuellement et qui ne suivent pas de formation en même temps mis à part 2. Rappelons toutefois que la loi prévoit une mise à niveau et des formations pour les handicapés qui travaillent que se soit en milieu ordinaire ou protégé.

- Le bon niveau de formation représente 11 % des cas (53 patients), il s'agit de la troisième explication.

- Le refus à suivre une formation représente 8,1 % des situations (39 patients).

- Et enfin uniquement 3,7 % des cas (18 malades) ne bénéficient pas de formation actuellement car ils en ont déjà eu une auparavant.

E.1.2.3.4.2. Schizophrénie et réinsertion professionnelle en Haute-Vienne.

L'analyse des données montre que 63 patients ont un accompagnement par une structure de réinsertion soit 12,4 % du total. Il apparaissait intéressant de déterminer les causes de non prise en charge pour les 445 autres patients. Le tableau suivant met en avant ces différentes raisons.

Raisons d'absence de prise en charge par une structure de réinsertion professionnelle

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pathologie trop évoluée	196	38,6	44,0	44,0
	Refus	64	12,6	14,4	58,4
	Absence de place	2	,4	,4	58,9
	Autres	183	36,0	41,1	100,0
	Total	445	87,6	100,0	
Missing	System	63	12,4		
Total		508	100,0		

Tableau 7 : Raisons d'absence de prise en charge par une structure de réinsertion professionnelle dans l'échantillon étudiée.

- La principale cause de non prise en charge est la lourdeur de la pathologie avec 44 % des patients (soit 196 schizophrènes) qui ne sont pas dans une filière de réinsertion de ce fait.

- S'en suit la réponse « autre », avec une fréquence de 41,1 % des cas (soit 183 patients).

- En troisième réponse, nous avons le refus avec 14,4 % des cas (soit 64 patients).

- La cause « absence de place » ne se rencontre que dans 0,4 % des cas (soit uniquement 2 patients dans cette situation).

Nous avons voulu savoir dans quel type de structure de réinsertion sont pris en charge les patients qui en bénéficient. Les médecins devaient préciser le nom de la structure. Sur les 63 patients pris en charge, nous avons eu 61 réponses précisant la nature de la structure.

- Le centre le plus fréquemment cité est bien entendu la MDPH avec une fréquence de 29,5 % (soit 18 patients).

- Puis nous retrouvons les ESAT avec 18 % (soit 11 patients). Précisons que beaucoup de médecins n'ont pas répondu à cet item alors qu'ils ont parmi leurs patients un certain nombre qui travaille en ESAT.

- En troisième place nous avons à égalité avec pour chacune, 11,5 % des cas (soit 7 patients) l'ANPE (Agence Nationale Pour l'Emploi) et la Mission Locale.

- La cinquième structure la plus citée est l'AFPA avec 8,2 % des cas (soit 5 patients) même s'il apparaît qu'il s'agit plus d'une structure de formation que de réinsertion.

- Par la suite, il s'agit de la structure Cap Emploi avec 6,6 % de réponse (soit 4 patients).

- Citons les autres structures de réinsertion qui prennent en charge pour chacune 1 patient soit 1,6 % des cas. Il s'agit des agences d'intérim, l'UEROS, l'EREA, le CPCS, l'APP, un atelier de réinsertion et enfin l'APSAH.

E.1.2.3.5. Prise en charge en structure sanitaire des schizophrènes.

Enfin, détaillons la place de la prise en charge en structure sanitaire des patients de notre échantillon. Nous avons demandé aux praticiens de préciser si leurs patients avaient également une prise en charge de ce type et sinon, pour quelle raison.

Sur l'ensemble de l'échantillon étudié, nous avons 34,1 % des cas (soit 173 patients) qui sont dans ces structures. Détaillons les raisons de non prise en charge pour les 65,9 % des malades (soit 335). Le tableau qui suit détermine la fréquence de chacune d'elle.

Causes de non prise en charge en structure sanitaire

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Déjà bénéficié	61	12,0	18,2	18,2
Refus	91	17,9	27,2	45,4
Inadapté pour ces structures	85	16,7	25,4	70,7
En attente d'une place	4	,8	1,2	71,9
Autres	94	18,5	28,1	100,0
Total	335	65,9	100,0	
Missing				
System	173	34,1		
Total	508	100,0		

Tableau 8 : Causes de non prise en charge en structure sanitaire.

La première cause de non prise en charge est l'item « autre » avec 28,1 % des cas (soit 94 patients), il est difficile de préciser plus en détail. Par la suite, nous retrouvons le refus avec 27,2 % de réponse (soit 91 patients). Puis nous avons l'inaptitude pour ces structures avec 27,2 % des cas (85 patients). Le fait d'avoir déjà bénéficié d'une telle prise en charge concerne 18,2 % des réponses (soit 61 patients). Et enfin en dernière réponse, nous avons l'item « en attente d'une place » soit 1,2 % des cas (ce qui correspond à 4 patients).

E.1.3. Analyses comparatives ou corrélations.

Nous allons, dans ce chapitre, évaluer et déterminer les interactions entre les différents facteurs et caractéristiques psychosociaux de chaque patient ainsi que la place du travail et les facteurs qui l'influencent dans notre échantillon.

E.1.3.1. Analyse comparant le sexe aux autres facteurs psychosociaux.

E.1.3.1.1. Sexe et formes.

L'analyse des différents tableaux montre qu'il n'existe pas de corrélation avec un Pearson non significatif entre le sexe et la forme lorsque nous reprenons l'ensemble des formes sans distinction. Mais analysées individuellement, nous retrouvons une influence de sexe sur certaines formes.

- Pour la forme paranoïde, l'analyse retrouve un $p = 0,072$ donc non significatif mais qui s'en approche.

- Les formes hébéphréniques et catatoniques ne sont pas influencées par le sexe ($p = 0,33$).

- Les formes résiduelles, simples et autres ne sont également pas influencées par le sexe avec un p non significatif pour chacune d'entre elles.

- Il existe une corrélation entre la forme indifférenciée et le sexe féminin avec $p = 0,036$ et un Odds Ratio pour la cohorte sexe féminin de 0,684 (pour un intervalle de confiance compris entre 0,492 et 0,950).

E.1.3.1.2. Sexe et hospitalisation.

Nous avons étudié la corrélation entre le sexe et l'hospitalisation. Sur les 461 patients déjà hospitalisés au moins une fois dans leur vie, 315 sont des hommes (soit 68,3 % des cas) et 146 sont des femmes (soit 31,7 % des cas) alors que parmi les malades jamais hospitalisés (47 au total) il y a 31 hommes (soit 66 % des cas) et 16 femmes (soit 34 % des cas). L'analyse crosstab avec le logiciel SPSS ne met pas en avant de corrélation avec un p non significatif égal à 0,74.

E.1.3.1.3. Sexe et statut de travailleur handicapé.

L'étude montre que 199 patients ont la RQTH. Parmi eux, 149 sont des hommes (soit 74,9 % des cas) et 50 sont des femmes (soit 25,1 % des cas). Il existe une corrélation entre le sexe et ce statut avec $p = 0,009$; le sexe joue donc un rôle dans la RQTH. Les Odds Ratio de cette analyse confirment que le sexe masculin facilite l'obtention de ce statut et est donc un facteur protecteur.

Risk Estimate pour la corrélation RQTH-Sexe

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for RQTH (NON / OUI)	,590	,397	,877
For cohort Sexe = HOMME	,851	,758	,957
For cohort Sexe = FEMME	1,443	1,088	1,912
N of Valid Cases	508		

Tableau 9 : Odds Ration RQTH-Sexe dans la population étudiée.

E.1.3.1.4. Sexe et travail actuel.

Nous avons 145 patients sur 508 qui travaillent. 109 sont des hommes (soit 75,2 % de ce groupe) et 36 sont des femmes (soit 24,8 % des cas). Dans le groupe sans emploi soit 363 patients, la répartition est la suivante : 65,3 % d'hommes (soit 237 patients) et 34,7 % de femmes (soit 126 malades). Au sein de chaque groupe selon le sexe, nous avons un taux de 31,5 % de travailleurs chez les hommes et un taux de 22,2 % chez les femmes. Il existe une corrélation entre le sexe et le travail actuel avec un $p = 0,031$. Le sexe masculin favorise donc l'accès au travail actuel.

Crosstab

			Travail actuel		Total
			NON	OUI	
Sexe	HOMME	Count	237	109	346
		% within Sexe	68,5%	31,5%	100,0%
		% within travail actuel	65,3%	75,2%	68,1%
FEMME	FEMME	Count	126	36	162
		% within Sexe	77,8%	22,2%	100,0%
		% within travail actuel	34,7%	24,8%	31,9%
Total	Total	Count	363	145	508
		% within Sexe	71,5%	28,5%	100,0%
		% within travail actuel	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau 10 : Comparaison de moyenne entre les travailleurs et les sans emploi en fonction du sexe dans la population étudiée.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,659	1	,031		
Continuity Correction	4,216	1	,040		
Likelihood Ratio	4,794	1	,029		
Fisher's Exact Test				,035	,019
Linear-by-Linear Association	4,650	1	,031		
N of Valid Cases	508				

Tableau 11 : Chi-Square Tests de la corrélation entre le travail actuel des schizophrènes et le sexe.

Nous avons également évalué la corrélation éventuelle entre le sexe et le type de travail actuel afin de voir s'il joue un rôle non seulement dans l'obtention d'un emploi mais aussi sur le type d'emploi. L'analyse comparative souligne qu'il existe une corrélation, le p étant de 0,029. Si nous reprenons le tableau détaillé, nous constatons que parmi les 145 schizophrènes qui travaillent actuellement, 82 sont en milieu ordinaire (soit 56,6 % du groupe travail actuel) et 63 sont en milieu protégé (soit 43,4 %). Chez les schizophrènes qui travaillent en milieu classique, 56 sont des hommes (soit 68,3 % du groupe travailleurs en milieu ordinaire et 38,8 % de l'ensemble des travailleurs) et 26 sont des femmes (soit 31,7 % du groupe travailleurs en milieu ordinaire et 17,9 % de l'ensemble des travailleurs). En milieu protégé, nous retrouvons 53 hommes (soit 84,1 % de ce groupe et 36,6 % du total des travailleurs) et 10 femmes (soit 15,9 % de ce groupe et 6,9 % de l'ensemble). Si nous analysons la répartition au sein de chaque groupe en fonction du sexe, sur 109 hommes qui travaillent, 56 sont en milieu ordinaire (soit 51,4 % du groupe des hommes qui travaillent) et 53 en milieu protégé (soit 48,6 %) alors que parmi les femmes soit 36 au total, 26 sont en milieu ordinaire (soit 72,2 %) et 10 en milieu protégé (soit 27,8 %). Il apparaît que le fait d'être un homme facilite l'emploi en milieu protégé alors que le travail en milieu ordinaire est plus ouvert aux femmes. Le sexe joue donc un rôle dans l'obtention d'un emploi mais aussi dans le type de travail. Le tableau qui suit résume l'ensemble de ces données.

Type de travail actuel - Sexe : Crosstabulation

			Sexe		Total
			HOMME	FEMME	
Type de travail actuel	ORDINAIRE	Count	56	26	82
		% within travail actuel ou	68,3%	31,7%	100,0%
		% within Sexe	51,4%	72,2%	56,6%
		% of Total	38,6%	17,9%	56,6%
	PROTEGE	Count	53	10	63
		% within travail actuel ou	84,1%	15,9%	100,0%
		% within Sexe	48,6%	27,8%	43,4%
Total	Count	109	36	145	
	% within travail actuel ou	75,2%	24,8%	100,0%	
	% within Sexe	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	75,2%	24,8%	100,0%	

Tableau 12 : Corrélation entre le sexe et le type d'emploi actuel sur notre population étudiée.

Nous avons examiné les causes d'absence d'emploi en fonction du sexe. Après analyse, il apparaît qu'il n'y a pas d'interaction entre le sexe et les causes d'absence d'emploi.

E.1.3.1.5. Sexe et travail antérieur.

L'analyse de corrélation entre le sexe et le travail antérieur ne permet pas de mettre en avant des différences significatives ou des facteurs pronostics. De même il n'y a pas de lien entre le sexe et les différentes causes de perte d'un emploi antérieur.

E.1.3.1.6. Sexe et formation professionnelle.

Il n'y a pas de corrélation entre l'accès à une formation et le sexe ; le χ^2 n'est pas significatif étant de 0,191. Mais précisons que parmi les patients en formation (25), 20 sont des hommes (soit 80 % du groupe qui suit une formation et 5,8 % du groupe hommes), 5 sont des femmes (soit 20 % du groupe formation et 3,1 % du groupe femmes).

E.1.3.1.7. Sexe et réinsertion professionnelle.

Sur 63 patients en lien avec une structure de réinsertion professionnelle, 50 sont des hommes (soit 79,4 % du groupe réinsertion et 14,45 % du groupe des hommes), 13 sont des femmes (soit 20,6 % du groupe réinsertion et 8,02 % du groupe des femmes). L'analyse

montre une corrélation ($p = 0,041$) ; le sexe intervient dans l'accès à ces structures avec le fait d'être un homme comme facteur facilitateur. Nous n'avons pas retrouvé de cause spécifique et significative en fonction du sexe, d'absence de lien avec une structure de réinsertion.

E.1.3.1.8. Sexe et structure sanitaire.

Les données ne mettent pas en avant de corrélation entre le sexe et le fait d'être pris en charge par une structure sanitaire, p étant non significatif. De même, après l'étude des différentes raisons expliquant ce fait, il n'y a pas de lien entre celles-ci et le sexe.

E.1.3.2. Corrélations entre le travail actuel et les facteurs psychosociaux.

L'un des objectifs de notre travail est de déterminer les facteurs qui interviennent dans l'accès au travail parmi un ensemble de critères (médicaux ou sociaux). Nous allons développer les résultats que les analyses statistiques ont démontrés pour chaque facteur.

E.1.3.2.1. Travail actuel et âge catégoriel.

Nous avons réparti la population en 4 groupes d'âges différents (les 18-30 ans, les 31-40 ans, les 41-50 ans et enfin les 51-60ans) ce qui a permis de déterminer s'il existe ou non une corrélation entre l'âge et l'accès au travail. Le tableau qui suit en résume la distribution.

Crosstab

			Travail actuel		Total
			NON	OUI	
Age catégoriel	18-30 ans	Count	89	24	113
		% within Age catégoriel	78,8%	21,2%	100,0%
		% within Travail actuel	24,5%	16,6%	22,2%
	31-40 ans	Count	93	42	135
		% within Age catégoriel	68,9%	31,1%	100,0%
		% within Travail actuel	25,6%	29,0%	26,6%
	41-50 ans	Count	106	59	165
		% within Age catégoriel	64,2%	35,8%	100,0%
		% within Travail actuel	29,2%	40,7%	32,5%
51-60 ans	Count	75	20	95	
	% within Age catégoriel	78,9%	21,1%	100,0%	
	% within Travail actuel	20,7%	13,8%	18,7%	
Total	Count	363	145	508	
	% within Age catégoriel	71,5%	28,5%	100,0%	
	% within Travail actuel	100,0%	100,0%	100,0%	

Tableau 13 : Distribution en fonction des catégories d'âge du travail actuel dans notre population étudiée.

Il existe une plus forte fréquence du travail dans la tranche 41-50 ans avec 35,8 % des personnes qui travaillent. Les catégories 18-30 et 51-60 ans sont celles qui ont le moins accès à l'emploi avec un taux d'emploi de 21 %. Une corrélation existe entre la tranche d'âge et la possibilité de travailler avec un Pearson significatif ($p = 0,017$). Le fait d'être dans la tranche 41-50 ans favorise la possibilité de travailler alors que les patients appartenant aux deux extrémités d'âge, ont moins de chance de travailler.

E.1.3.2.2. Travail actuel et forme de schizophrénie.

Si nous prenons l'ensemble des formes en fonction du travail, nous constatons qu'il existe une répercussion de la forme sur le travail avec un p significatif puisque égal à 0,036. Le tableau suivant représente la distribution du travail selon la forme.

Formes - Travail actuel Crosstabulation

			Travail actuel		Total
			Non	Oui	
Formes	Paranoïde	Count	185	61	246
		% within Forme	75,2%	24,8%	100,0%
		% within travail actuel	51,0%	42,1%	48,4%
		% of Total	36,4%	12,0%	48,4%
	Hébéphrénique et Catatonique	Count	33	7	40
		% within Forme	82,5%	17,5%	100,0%
		% within travail actuel	9,1%	4,8%	7,9%
		% of Total	6,5%	1,4%	7,9%
	Indifférenciée	Count	40	14	54
		% within Forme	74,1%	25,9%	100,0%
		% within travail actuel	11,0%	9,7%	10,6%
		% of Total	7,9%	2,8%	10,6%
	Résiduelle	Count	39	28	67
		% within Forme	58,2%	41,8%	100,0%
		% within travail actuel	10,7%	19,3%	13,2%
		% of Total	7,7%	5,5%	13,2%
	Simple	Count	36	19	55
		% within Forme	65,5%	34,5%	100,0%
		% within travail actuel	9,9%	13,1%	10,8%
		% of Total	7,1%	3,7%	10,8%
	Autres	Count	30	16	46
		% within Forme	65,2%	34,8%	100,0%
		% within travail actuel	8,3%	11,0%	9,1%
		% of Total	5,9%	3,1%	9,1%
Total		Count	363	145	508
		% within Forme	71,5%	28,5%	100,0%
		% within travail actuel	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	71,5%	28,5%	100,0%

Tableau 14 : Distribution en fréquence des différentes formes de schizophrénie en fonction du travail actuel dans notre population étudiées.

Nous avons effectué une analyse individuelle pour chaque forme.

- Pour la forme paranoïde soit 246 patients, 61 travaillent. L'analyse ne montre pas de corrélation avec un p non significatif mais il y tend puisque égal à 0,07.

- Les formes hébéphréniques et catatoniques (40) : 7 travaillent soit 17,5 % de ce groupe et 4,8 % du groupe travailleur, sans corrélation entre ces deux données ($p = 0,107$).

- Nous avons 54 patients avec une forme indifférenciée dont 14 qui travaillent ; cette forme n'intervient pas directement dans la possibilité de travailler, $p = 0,652$.

- S'en suit la forme résiduelle avec 67 patients dont 28 qui travaillent soit 41,8 % de ce groupe et 19,3 % du groupe travailleur actuel avec une significativité ($p = 0,01$). La forme résiduelle facilite donc l'accès au travail.

- Parmi les patients avec une forme simple (55), 19 travaillent soit 34,5 % de ce groupe et 13,1 % du groupe travailleur, sans corrélation entre cette forme et le travail selon nos analyses avec $p = 0,297$.

- Pour les formes autres (46 patients), 16 travaillent soit 34,8 % de ce groupe et 11 % du groupe travailleurs. Il n'y a pas de corrélation entre cette forme et le travail ($p = 0,326$).

E.1.3.2.3. Travail actuel et hospitalisation.

Sur 508 patients, 461 ont été hospitalisés une fois soit 90,7 % du total. Parmi eux, 119 travaillent soit 25,8 %. Dans le groupe jamais hospitalisé (47 patients), 26 travaillent (55,3 % de ce groupe). L'analyse montre une corrélation entre l'hospitalisation et l'accès au travail avec $p < 0,001$. N'avoir jamais été hospitalisé facilite donc l'accès à l'emploi.

Hospitalisation * Travail actuel Crosstabulation

			Travail actuel		Total	
			Non	Oui		
Hospitalisation	NON	Count	21	26	47	
		% within Hospitalisation	44,7%	55,3%	100,0%	
		% within Travail actuel	5,8%	17,9%	9,3%	
		% of Total	4,1%	5,1%	9,3%	
	OUI	Count	342	119	461	
		% within Hospitalisation	74,2%	25,8%	100,0%	
		% within Travail actuel	94,2%	82,1%	90,7%	
		% of Total	67,3%	23,4%	90,7%	
		Total	Count	363	145	508
		% within Hospitalisation	71,5%	28,5%	100,0%	
% within Travail actuel	100,0%	100,0%	100,0%			
% of Total	71,5%	28,5%	100,0%			

Tableau 15 : Distribution en fréquence des travailleurs en fonction de l'hospitalisation dans la population étudiée.

E.1.3.2.4. Travail actuel et RQTH.

L'étude statistique montre que parmi notre population, nous avons 199 schizophrènes avec la RQTH soit 39,2 % de la population totale. Dans ce groupe, 111 travaillent actuellement soit 44,2 % et 60,7 % du groupe travailleur dans son ensemble. Dans le groupe sans RQTH, à savoir 309 patients (soit 60,8 % du total de notre population), 57 travaillent actuellement soit 18,4 % du groupe sans RQTH et 39,3 % du groupe des travailleurs. L'analyse Chi-Square Tests montre une corrélation significative avec $p < 0,001$. La RQTH facilite donc l'obtention d'un emploi chez les schizophrènes.

Nous avons analysé les causes de non RQTH dans la population étudiée et déterminé si une ou plusieurs de ces raisons étaient corrélées au non emploi chez les schizophrènes. Dans le tableau suivant nous avons la fréquence des différentes causes d'absence de RQTH. L'analyse de corrélation met en avant un lien entre le travail et ces causes avec un Pearson inférieur à 0,001 sans pouvoir déterminer quel facteur intervient précisément. Nous avons donc étudié au cas par cas les différentes causes en corrélation avec le travail actuel.

Causes d'absence de RQTH * Travail actuel Crosstabulation

			Travail actuel		Total
			Non	Oui	
Causes d'absence de RQTH	Dossier en cours	Count	15	2	17
		% within sans RQTH	88,2%	11,8%	100,0%
		% within Travail actuel	6,0%	3,5%	5,5%
	Refus	Count	42	6	48
		% within sans RQTH	87,5%	12,5%	100,0%
		% within Travail actuel	16,7%	10,5%	15,5%
	Ne sait pas	Count	52	4	56
		% within sans RQTH	92,9%	7,1%	100,0%
		% within Travail actuel	20,6%	7,0%	18,1%
	Bonne insertion sans RQTH	Count	11	40	51
		% within sans RQTH	21,6%	78,4%	100,0%
		% within Travail actuel	4,4%	70,2%	16,5%
	Autres	Count	132	5	137
		% within sans RQTH	96,4%	3,6%	100,0%
		% within Travail actuel	52,4%	8,8%	44,3%
Total	Count	252	57	309	
	% within sans RQTH	81,6%	18,4%	100,0%	
	% within Travail actuel	100,0%	100,0%	100,0%	

Tableau 16 : Distribution en fréquence des différentes causes d'absence de RQTH en fonction du travail actuel dans notre population étudiée.

- Le fait d'avoir son dossier en cours n'intervient pas comme facteur dans l'obtention d'un emploi avec $p = 0,465$.

- Le refus par le patient de ce statut de travailleur handicapé ne joue pas non plus dans l'accès à l'emploi : $p = 0,248$.

- Nous avons ensuite la réponse « ne sait pas » avec 56 réponses et parmi celles-ci seulement 4 patients travaillent soit 7,1 % de ce groupe. Alors que dans le groupe ne correspondant pas à cet item (253 patients), 53 travaillent soit 20,95 %. Le Pearson est inférieur à 0,001 donc significatif. Le fait de ne pas avoir la RQTH, sans que le praticien puisse dire pourquoi, ne facilite pas l'obtention d'un emploi dans notre population échantillon.

- La bonne insertion socioprofessionnelle sans RQTH concerne 51 patients dont 40 qui travaillent soit 78,4 % de ce groupe. Dans le groupe sans RQTH pour une raison autre (258 patients) seulement 17 travaillent soit 6,6 % de ce sous groupe. L'analyse de corrélation détermine un Pearson $< 0,001$ donc jouant un rôle dans l'obtention ou non d'un travail. La bonne insertion socioprofessionnelle (caractéristique appréciée subjectivement par chaque médecin) sans la RQTH, facilite l'accès à l'emploi.

- Enfin nous avons la réponse « autre » à cette question. Là encore, nous avons une corrélation importante avec $p < 0,001$ qui démontre que le fait de ne pas avoir ce statut, pour cette raison, ne facilite pas l'accès au travail.

E.1.3.2.5. Travail actuel et travail antérieur.

L'analyse statistique entre le travail actuel et le fait d'avoir déjà eu un travail antérieurement, démontre une corrélation avec un Pearson inférieur à 0,001 donc significatif. Si nous reprenons l'examen complet de cette corrélation, nous remarquons que parmi les 145 patients qui travaillent actuellement, 131 ont déjà eu un emploi auparavant soit 90,3 % du groupe travail actuel alors que 9,7 % des patients qui ont actuellement un emploi (soit 14 patients) n'ont jamais travaillé antérieurement. Dans le groupe qui n'a jamais travaillé antérieurement soit 162 patients, seulement 14 travaillent maintenant soit 8,6 % de ce groupe et dans les groupe qui a déjà eu un emploi avant soit 346 patients, 131 travaillent en ce moment soit 37,9 % de ce groupe. Il existe donc une corrélation positive entre le fait d'avoir déjà eu un emploi et la possibilité de travailler actuellement.

Travail antérieur * Travail actuel Crosstabulation

			Travail actuel		Total
			Non	Oui	
Travail antérieur	NON	Count	148	14	162
		% within Travail antérieur	91,4%	8,6%	100,0%
		% within Travail actuel	40,8%	9,7%	31,9%
		% of Total	29,1%	2,8%	31,9%
	OUI	Count	215	131	346
		% within Travail antérieur	62,1%	37,9%	100,0%
		% within Travail actuel	59,2%	90,3%	68,1%
Total	Count	363	145	508	
	% within Travail antérieur	71,5%	28,5%	100,0%	
	% within Travail actuel	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	71,5%	28,5%	100,0%	

Tableau 17 : Corrélation entre le travail actuel et le travail antérieur dans la population de schizophrènes étudiée.

E.1.3.2.6. Travail actuel et formation.

L'analyse statistique entre le travail actuel et le suivi d'une formation professionnelle montre une corrélation négative avec un Pearson (p) égal à 0,02. Sur 25 patients en formation, 2 ont actuellement un emploi soit 8 % du groupe en formation et 1,4 % du groupe qui travaille. Les patients en formation qui ne travaillent pas sont 23 soit 92 % du groupe en formation et 6,3 % du groupe sans emploi.

Nous avons analysé les corrélations possibles entre l'absence de travail actuel et les raisons de non formation professionnelle. Le tableau qui suit nous montre la distribution des différentes causes de non suivi d'une formation professionnelle en fonction du travail actuel.

Causes de non formation professionnelle * Travail actuel Crosstabulation

			Travail actuel		Total
			Non	Oui	
Causes de non formation professionnelle	Bon niveau de formation	Count	14	39	53
		% within causes de non formation	26,4%	73,6%	100,0%
		% within travail actuel	4,1%	27,3%	11,0%
	Refus	Count	35	4	39
		% within causes de non formation	89,7%	10,3%	100,0%
		% within travail actuel	10,3%	2,8%	8,1%
	Incapacité à suivre une formation	Count	199	31	230
		% within causes de non formation	86,5%	13,5%	100,0%
		% within travail actuel	58,5%	21,7%	47,6%
	En a déjà bénéficié	Count	11	7	18
		% within causes de non formation	61,1%	38,9%	100,0%
		% within travail actuel	3,2%	4,9%	3,7%
	Autre	Count	81	62	143
		% within causes de non formation	56,6%	43,4%	100,0%
		% within travail actuel	23,8%	43,4%	29,6%
Total	Count	340	143	483	
	% within causes de non formation	70,4%	29,6%	100,0%	
	% within travail actuel	100,0%	100,0%	100,0%	

Tableau 18 : Distribution des causes de non formation professionnelle en fonction du travail actuel.

Une corrélation existe entre les causes de non formation professionnelle et le travail actuel avec un $p < 0,001$. Il est cependant impossible de donner avec ce tableau la (les) cause(s) qui a (ont) une action prépondérante. L'analyse individuelle de chaque raison détermine des corrélations significatives pour les causes suivantes : bon niveau de formation ($p < 0,001$), refus ($p = 0,006$), autre ($p < 0,001$). Il existe donc un lien entre le travail actuel et ces trois raisons mais avec une différence d'interaction. Il existe une corrélation positive entre le fait d'avoir un bon niveau de formation et l'accès à un emploi actuel c'est-à-dire que les patients qui ont un bon niveau de formation ont plus de chance d'avoir un emploi. Pour les deux autres causes (refus et autre), la corrélation est négative c'est-à-dire que le fait de ne pas avoir de formation pour ces deux raisons, ne permet pas voire entrave l'obtention d'un travail.

E.1.3.2.7. Travail actuel et structures de réinsertion professionnelle.

Dans la population étudiée (508 patients), 63 malades sont en lien avec un centre de réinsertion professionnelle dont 16 qui travaillent soit 25,4 % de ce groupe et 11 % du groupe qui travaille en ce moment. Alors que 129 patients ne sont pas pris en charge par de telles structures et travaillent soit 89 % du groupe des travailleurs. Le Chi-Square Test ne montre pas de corrélation entre ces deux variables avec un p non significatif.

Causes de non réinsertion professionnelle * Travail actuel Crosstabulation

			Travail actuel		Total
			Non	Oui	
Causes d'absence de structure de réinsertion professionnelle	Pathologie trop lourde	Count	165	31	196
		% within causes de non réinsertion	84,2%	15,8%	100%
		% within travail actuel	52,2%	24,0%	44,0%
	Refus	Count	52	12	64
		% within causes de non réinsertion	81,3%	18,8%	100%
		% within travail actuel	16,5%	9,3%	14,4%
	Absence de place	Count	2	0	2
		% within causes de non réinsertion	100,0%	,0%	100%
		% within travail actuel	,6%	,0%	,4%
	Autre	Count	97	86	183
		% within causes de non réinsertion	53,0%	47,0%	100%
		% within travail actuel	30,7%	66,7%	41,1%
Total	Count	316	129	445	
	% within causes de non réinsertion	71,0%	29,0%	100%	
	% within travail actuel	100,0%	100,0%	100%	

Tableau 19 : Corrélation entre les causes de non prise en charge par une structure de réinsertion professionnelle et le travail actuel dans notre population étudiée.

Il existe une corrélation significative entre les causes de non prise en charge par une structure de réinsertion professionnelle et la possibilité de travailler actuellement ($p < 0,0001$). Nous avons étudié chaque cause afin de déterminer celle(s) qui a (ont) le plus d'influence.

- La pathologie trop lourde est un facteur influençant avec une corrélation mais négative ($p < 0,0001$). Il est plus difficile de travailler si à la question « pourquoi pas de prise en charge par une structure de réinsertion ? », la réponse est « pathologie trop lourde ».

- Le refus de prise en charge par de telles structures de réinsertion est un facteur influençant. Sur 64 patients qui refusent, 12 travaillent actuellement soit 18,75 % de ce groupe et 9,3 % du groupe des travailleurs alors qu'ils sont 117 à travailler soit 90,7 % du groupe des travailleurs et qui n'ont pas de prise en charge par une structure de réinsertion pour une autre raison. Le Pearson tend vers une corrélation avec une valeur de 0,051.

- L'absence de place dans une structure de réinsertion professionnelle n'influence pas le travail actuel, $p = 0,365$.

- La réponse « autre » est un facteur influençant le travail actuel avec $p < 0,0001$.

E.1.3.2.8. Travail actuel et structure sanitaire.

L'analyse de corrélation entre la prise en charge par une structure sanitaire et l'accès à un emploi met en avant un lien entre ces deux variables ($p < 0,0001$). Sur 173 patients pris en charge par une structure sanitaire, 13 travaillent soit 7,5 % de ce groupe et 9 % du groupe des travailleurs actuels. Sur les 335 patients non pris en charge, 132 travaillent soit 39,4 % du groupe sans prise en charge et 91 % du groupe des travailleurs. Une corrélation négative existe entre la prise en charge sanitaire et la possibilité de travailler actuellement.

Cause de non prise en charge par une structure sanitaire * Travail actuel Crosstabulation

			Travail actuel		Total
			Non	Oui	
Causes de non prise en charge par une structure sanitaire	En a déjà bénéficié	Count	42	19	61
		% within cause de non prise en charge	68,9%	31,1%	100%
		% within travail actuel	20,7%	14,4%	18,2%
	Refus	Count	85	6	91
		% within cause de non prise en charge	93,4%	6,6%	100%
		% within travail actuel	41,9%	4,5%	27,2%
	Inadapté	Count	36	49	85
		% within cause de non prise en charge	42,4%	57,6%	100%
		% within travail actuel	17,7%	37,1%	25,4%
Attente d'une place	Count	4	0	4	
	% within cause de non prise en charge	100%	,0%	100%	
	% within travail actuel	2,0%	,0%	1,2%	
Autre	Count	36	58	94	
	% within cause de non prise en charge	38,3%	61,7%	100%	
	% within travail actuel	17,7%	43,9%	28,1%	
Total	Count	203	132	335	
	% within cause de non prise en charge	60,6%	39,4%	100%	
	% within travail actuel	100%	100%	100%	

Tableau 20 : Distribution des causes de non prise en charge par une structure sanitaire et le travail actuel dans notre échantillon étudié.

Le Chi-Square Test nous informe qu'il existe une corrélation entre les causes de non prise en charge par une structure sanitaire et le travail actuel avec un $p < 0,0001$, sans possibilité de déterminer quelle(s) est (sont) la (les) raison(s) la (les) plus significative(s). Nous avons donc analysé individuellement chaque cause.

- Le refus d'une prise en charge par ces structures présente une corrélation importante avec le non accès au travail avec $p < 0,0001$.

- Le fait que ces structures soient inadaptées aux patients est également un facteur influant l'accès à l'emploi avec un Pearson inférieur à 0,0001. Mais contrairement au refus, il est plus facile de travailler pour les patients qui répondent à cet item ; la corrélation est donc positive. En effet, 57,6 % des patients qui répondent à l'item (soit 49 sur 85) travaillent contre 42,4 % des patients (soit 36 sur 85) qui ne travaillent pas.

- La réponse « autre » à cette question est également significative avec $p < 0,0001$. Il est difficile de donner plus de signification à cette réponse.

E.1.3.3. Régressions Logistiques : Facteurs influençant le travail actuel.

Les régressions logistiques déterminent les variables qui influencent une constante et leur ordre d'influence, de celle qui est la plus significative à celle qui l'est le moins mais qui reste un facteur influençant. Elles permettent également de prédire la probabilité de survenue d'un phénomène. En utilisant la méthode forward-LR, SPSS procède à une première étape (step1) où il choisit la dimension la plus significative pour prévoir un phénomène puis SPSS procède à une seconde étape (step2) où il choisit la seconde variable la plus significative pour prévoir ce phénomène. Et ainsi de suite, jusqu'à ce que le test statistique qu'il effectue ne soit plus significatif.

Nous avons effectué une régression logistique de l'ensemble de nos variables sur le travail actuel, l'analyse ne garde que 5 variables significatives et dans l'ordre suivant :

- La prise en charge par une structure sanitaire ;
- La reconnaissance en qualité de travailleur handicapé ;
- Le travail antérieur ;
- La formation professionnelle ;
- L'âge diagnostic.

Le tableau qui suit représente cette régression logistique avec l'influence que chaque variable peut avoir sur notre constante, à savoir le travail actuel.

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1	Structure sanitaire	-2,021	,312	42,002	1	,000	,133
	Constant	-,438	,117	14,010	1	,000	,645
Step 2	RQTH	1,368	,229	35,726	1	,000	3,927
	Structure sanitaire	-2,028	,320	40,112	1	,000	,132
	Constant	-1,063	,166	40,847	1	,000	,345
Step 3	RQTH	1,384	,240	33,273	1	,000	3,992
	Travail antérieur	1,701	,334	25,967	1	,000	5,477
	Structure sanitaire	-1,957	,330	35,072	1	,000	,141
	Constant	-2,422	,339	51,038	1	,000	,089
Step 4	RQTH	1,450	,244	35,305	1	,000	4,263
	Travail antérieur	1,629	,337	23,388	1	,000	5,097
	Formation	-1,870	,794	5,549	1	,018	,154
	Structure sanitaire	-2,012	,332	36,660	1	,000	,134
	Constant	-2,313	,342	45,777	1	,000	,099
Step 5	Age diagnostic	-,034	,015	4,756	1	,029	,967
	RQTH	1,372	,247	30,905	1	,000	3,942
	Travail antérieur	1,803	,349	26,645	1	,000	6,071
	Formation	-1,822	,796	5,238	1	,022	,162
	Structure sanitaire	-2,045	,335	37,171	1	,000	,129
	Constant	-1,526	,489	9,760	1	,002	,217

- a. Variable(s) entered on step 1: Structure sanitaire.
- b. Variable(s) entered on step 2: RQTH.
- c. Variable(s) entered on step 3: Travail antérieur.
- d. Variable(s) entered on step 4: Formation.
- e. Variable(s) entered on step 5: Age diagnostic.

Tableau 21 : Régression logistique des données psychosociales sur le travail actuel.

Si nous regardons le Chi-Square de ce modèle de régression (nous n'avons pas inclus le tableau dans notre présentation pour ne pas surcharger ce travail), il apparaît qu'il augmente après chaque étape (step) suite à l'introduction d'une nouvelle variable ce qui signifie que notre modèle est amélioré. De même, la valeur de -2 Log likelihood diminue après chaque étape confirmant la validité de la régression. Nous pouvons regarder dans notre tableau le test de Wald qui peut s'apparenter au Chi-Square ; il a une significativité (sig) si inférieur à 0,05.

La suite de cette analyse nous donne la probabilité que le patient puisse travailler en fonction de chacune des variables de cette régression. La probabilité qu'un patient travaille est de 71,8 % s'il n'est pas pris en charge par une structure sanitaire (step1), puis de 74,3 %

(step2) si la RQTH s'y ajoute. A la troisième étape (step3) à savoir s'il a déjà eu un travail antérieur, la probabilité passe à 76,6 %. Si le patient ne suit pas de formation professionnelle actuellement, il a 77,7 % de chance de travailler (step4). Enfin à la cinquième étape (step5) la probabilité est, là encore, de 77,7 % de travailler si l'âge du diagnostic est la plus précoce possible.

A noter que ces pourcentages sont issus d'un tableau que nous n'avons pas inclus dans ce travail. Mais celui qui précède met en avant cette significativité avec la valeur B qui indique pour chaque variable, à chaque étape, l'impact (positif ou négatif) d'une unité de plus sur le log des chances (ratio des probabilités).

Enfin précisons que la probabilité pour qu'un schizophrène travaille actuellement, est de 29 % indépendamment des différentes variables qui rentrent dans la régression logistique mais en tenant compte de l'ensemble des facteurs (donnée issue de la régression logistique).

E.2. Les psychiatres en Haute Vienne.

Nous avons fait passer un second questionnaire à chaque psychiatre acceptant de participer. Il se présentait sous la forme suivante : cf. annexe 1 et la passation s'est faite sur un mode hétéro-interrogatif. C'est l'investigateur qui a posé les questions ce qui aura une importance dans comme nous le verrons ultérieurement.

Le but de ce questionnaire étant de déterminer le niveau de coopération entre les psychiatres et les différentes structures de réinsertion et de formation professionnelle mais aussi le niveau de connaissance des médecins quant à l'ensemble de ces structures (non pas pour les mettre en défaut mais bien plus pour mettre en avant les difficultés de compréhension liées à l'éventail parfois complexe des possibilités de prise en charge). En dernier lieu nous avons également soumis aux praticiens un ensemble de propositions sur lesquelles ils devaient se prononcer. Il s'agissait d'envisager les possibilités envisageable pour améliorer la prise en charge des schizophrènes entre le médical et le socioprofessionnel.

L'analyse des données de ce questionnaire s'est également faite avec le logiciel SPSS 15.0 for Windows.

E.2.1. Données démographiques.

Nous avons recueilli 55 questionnaires sur l'ensemble des médecins psychiatres du département. Parmi eux, 40 praticiens ont une activité hospitalière soit 72,7 % de l'ensemble et 15 ont une activité libérale soit 27,3 %. Pour des raisons méthodologiques, certains médecins libéraux qui ont également une part de leur activité hospitalière, ont été assimilés au groupe libéral ; leur pratique étant majoritairement libérale. Il faut préciser que sur l'ensemble du département, nous avons 69 psychiatres et 14 assistants ayant une activité de psychiatrie soit un total de 83 médecins mais parmi eux, seuls 67 répondaient aux critères d'inclusion de l'étude. Nous avons donc un taux de réponse de 82,1 % de la part des psychiatres de Haute-Vienne répondant à notre enquête.

E.2.2. Données descriptives par rapport à l'étude comparaison de fréquence entre les psychiatres hospitaliers et les libéraux.

La seconde partie de notre étude concerne le ressenti des psychiatres quant aux différentes structures de formation ou de réinsertion professionnelle. En effet, nous avons voulu déterminer la place occupée par les praticiens dans la prise en charge sociale des schizophrènes et comment les médecins perçoivent le système d'accompagnement existant.

E.2.2.1. Connaissances sur les structures de réinsertion et de formation professionnelles.

Nous avons évalué les connaissances des praticiens sur l'existence des différentes structures de réinsertion et de formation professionnelle. Nous leur avons donc demandé de citer les établissements qu'ils connaissent dans chaque catégorie. Il est difficile de retranscrire les résultats obtenus devant l'étendue des réponses et encore plus de déterminer s'il existe une corrélation entre l'activité médicale et les connaissances. Nous pouvons cependant mettre en avant les grandes réponses que nous avons recueillies. Soulignons avant tout qu'il a été bien précisé aux psychiatres, par l'investigateur, durant la passation de l'hétéro-questionnaire que nous insistions fortement sur la différence entre les structures de réinsertion professionnelle et celles pour la formation (durant même la passation, il est arrivé de demander aux psychiatres s'ils étaient certains de leur réponses).

Parmi le groupe des médecins libéraux, les réponses sont relativement adaptées et complètes. Les praticiens ont cité dans l'ensemble les grandes réponses attendues. Dans la catégorie réinsertion professionnelle, nous avons comme réponses les plus souvent citées : l'ANPE, la MDPH, les structures professionnelles protégées avec les ESAT et les EA mais aussi des centres comme Cap Emploi, le CPCS, ou encore la Mission Locale. Nous avons par contre eu des réponses inappropriées pour cette catégorie comme l'école du Ferret du Longbois, les foyers occupationnels mais aussi le Foyer des Papillons Blancs. Par contre, dans la catégorie formation professionnelle nous avons eu un taux de réponses beaucoup moins exhaustif, avec dans l'ensemble les centres de l'AFPA et l'APSAH qui ont été cités. Hormis ces deux réponses, les médecins ont eu plus de difficultés à répondre. Certes quelques praticiens ont cité le centre du Ferret du Longbois ou encore les APP ainsi que le

réseau GRETA mais dans l'ensemble il existe un déficit de connaissances des différentes structures de formation professionnelle.

Parmi le groupe des médecins hospitaliers, nous pouvons faire le même constat. En effet, la quasi-totalité des praticiens ont cité les structures classiques comme la MDPH, les structures protégées (ESAT et EA) ainsi que l'ANPE, le centre Cap Emploi et la Mission Locale. Nous avons cependant quelques réponses que nous ne retrouvons pas parmi le groupe des médecins libéraux comme les EPSR (Equipe de Préparation et de Suite au Reclassement), l'AGEFIPH ainsi que le CREAHL (Centre Régional d'Etudes et d'Actions pour les Handicaps et Inadaptations en Limousin). Cependant, ces réponses qui sont justifiées et appropriées restent ponctuelles sur l'ensemble de notre échantillon. De même pour les structures de formation professionnelle, les grandes réponses sont l'AFPAH et l'APSA ainsi que l'école du Ferret du Longbois et le CPCS mais là encore, les réponses sont ponctuelles et non exhaustives d'autant qu'il existe également des erreurs tout comme parmi les médecins libéraux avec une confusion entre la formation et la réinsertion professionnelle.

Nous ne sommes pas aptes à développer davantage cette partie. Il faut préciser que lors de la passation du questionnaire les médecins, libéraux ou hospitaliers, ont été surpris pour ne pas dire confus avec un sentiment de mise en défaut. Après explication du but de cette question, l'ensemble des praticiens (comme nous le verrons dans les paragraphes suivants) ont mis en avant un défaut de leurs connaissances quant à l'éventail de structures existantes et ont reconnu leurs « lacunes » ou les difficultés qu'ils rencontrent pour pouvoir proposer une orientation adaptée à leurs patients tout en précisant qu'ils essayent de travailler au maximum avec les assistantes sociales pour une meilleure prise en charge de leurs patients.

E.2.2.2. Comparaison du partenariat entre les médecins et les différentes structures.

Nous nous sommes intéressés à la place du partenariat entre les psychiatres et les structures de réinsertion et/ou de formation professionnelle en Haute-Vienne. L'analyse des résultats met en avant que sur les 55 praticiens qui ont répondu à l'étude, 39 d'entre eux ont déjà travaillé ou travaillent avec ce type de structures soit 70,9 % du groupe. Parmi ces 39 médecins, 30 sont des praticiens hospitaliers ce qui représente 75 % du groupe des médecins hospitaliers et 76,9 % du groupe des médecins travaillant en partenariat avec ces structures

alors que les médecins libéraux sont 9 soit 60 % du groupe libéral et 23,1 % du groupe des médecins travaillant en partenariat sans distinction d'activité. L'analyse de corrélation ne met pas en avant de significativité entre le groupe hospitalier et le groupe libéral ($p = 0,275$).

E.2.2.3. Place des structures hors département.

Dans le même esprit, nous nous sommes posés la question du partenariat des médecins avec des structures de ce type en dehors du département. Sur les 55 médecins, 24 ont déjà travaillé avec des structures de ce type en dehors du département soit 43,6 % de l'ensemble des réponses. Si nous détaillons l'activité des médecins ayant collaboré avec ces structures, 19 sont des praticiens hospitaliers soit 79,2 % de ce groupe, ce qui représente 47,5 % de l'ensemble des hospitaliers alors que nous avons 5 médecins libéraux soit 20,8 % du groupe ayant une collaboration extra-départementale et 33,33 % du groupe qui a une activité libérale. L'analyse statistique ne met pas en avant de corrélation avec $p = 0,345$.

Nous avons demandé aux médecins de préciser avec quel type de structure ils ont eu l'occasion de travailler en dehors du département. Sur l'ensemble des réponses, nous avons eu 12 types d'établissements cités.

Parmi les hospitaliers, 4 ont travaillé avec des ESAT, 3 avec La Tour de Gassies, 3 avec une structure de formation en photographie et 2 avec la Fondation des Etudiants de France. Les autres structures ne sont citées qu'une seule fois : la MDPH, le Réseau Croix Marine, la structure Promofam, un Foyer, un EPDA, et enfin un EREA.

Dans le groupe des médecins libéraux, 3 praticiens ont travaillé en partenariat avec une MDPH, 1 seul praticien avec un ESAT et enfin 1 avec un Lycée Thérapeutique.

Après avoir vu les différentes structures que nous venons de citer, il paraissait intéressant de déterminer les causes de ce rapprochement entre les praticiens et les établissements en dehors du département. Nous avons demandé aux médecins de préciser ces raisons parmi quatre items proposés : le déménagement du patient, le manque de structure en Haute-Vienne, le travail difficile avec les établissements du département et enfin la raison « autre ». Nous avons procédé à une analyse de corrélation entre les psychiatres libéraux et les hospitaliers pour mettre en avant une éventuelle corrélation.

Premièrement, le déménagement comme cause est cité 3 fois, avec la répartition suivante : une fois par un médecin hospitalier et deux fois par le groupe des psychiatres libéraux. Le Chi-Square Test montre une corrélation avec un Pearson égale à 0,037. Mais comme il y a moins de 5 réponses par cellule, nous devons analyser le Fischer pour affiner la précision. La corrélation n'est plus probante avec une valeur de 0,099 donc non significative.

Le manque de structures en Haute-Vienne, comme raison de cette coopération, est cité 14 fois avec la distribution suivante : 13 fois chez les hospitaliers et 1 fois chez les libéraux. Le Pearson de 0,051 met en avant l'existence d'une corrélation. Le fait d'être un praticien hospitalier favorise le travail avec des structures extra-départementales, dans le cas où le manque de structures en Haute-Vienne est ressenti comme existant.

La troisième cause de coopération à savoir le travail difficile avec les structures existantes sur le département est citée à une seule reprise par un praticien hospitalier. L'analyse de corrélation n'est pas significative avec un $p = 0,6$.

Enfin la réponse « autre » à cette question est donnée à 13 reprises, 9 fois chez les hospitaliers et 4 fois chez les libéraux. Il n'y pas de corrélation à cet item avec un Pearson qui est de 0,193 et une probabilité exacte du Fischer qui n'est pas significative (0,327).

E.2.2.4. Place des S.A.M.S.A.H et des S.A.V.S.

Notre questionnaire comportait par la suite une question sur les connaissances des psychiatres quant à l'existence et le rôle de deux structures à savoir les SAVS et le SAMSAH. Celles-ci ont pour but de faciliter l'accompagnement médico-social vers une réinsertion professionnelle des patients ayant un handicap et dans notre cas les schizophrènes. Il était demandé à l'ensemble des praticiens de préciser s'ils connaissaient ces structures et si c'était le cas, d'en préciser leur origine et leurs fonctions (à noter que par souci de méthodologie, aux questions : quelle est leur origine et quel est leur but, la cotation a été faite sous la forme oui ou non, si les praticiens pouvaient répondre à ces questions). Sur l'ensemble des médecins, 24 ont déclaré connaître ces deux types de structures soit 43,6 % de notre échantillon. Nous constatons que 22 (soit 91,7 % de ce groupe) ont une activité hospitalière et 2 sont des médecins libéraux (soit 8,7 % de ce groupe). L'analyse statistique met en avant une corrélation entre le type d'activité et la connaissance de ces structures avec un Pearson égal à

0,006 et un Fischer de 0,006 également. Lorsque nous regardons la proportion au sein de chaque groupe, nous avons 55 % des médecins hospitaliers qui connaissent ces structures et chez les libéraux la proportion est de 13,3 %. Nous pouvons donc dire que le fait d'être un praticien hospitalier facilite la connaissance de ces structures.

Pour les médecins ayant répondu positivement à cette première question, nous leur avons demandé de préciser l'origine de ces structures et leurs objectifs. Nous avons eu sur les 24 réponses positives uniquement 4 praticiens qui ont pu nous dire l'origine des SAMSAH et des SAVS, soit uniquement 16,7 % du groupe connaissant ces structures. Il faut préciser que seuls des médecins hospitaliers ont donné la bonne réponse. Il n'y a pas de corrélation entre l'activité médicale et la connaissance de l'origine de ces structures. Pour ce qui est de leurs objectifs, nous avons eu 19 praticiens sur 24 qui ont su répondre, soit 79,2 % de ce groupe, ce qui représente 34,5 % de l'ensemble des médecins. Parmi les 19 praticiens, 17 sont hospitaliers soit 89,5 % du groupe qui connaît les objectifs, ce qui correspond à 70,9 % du groupe qui dit connaître sans précision ces structures et 42,5 % de l'ensemble des hospitaliers. Les 2 autres sont des libéraux, soit 10,5 % de ceux qui connaissent effectivement les objectifs, 8,3 % du groupe qui dit connaître ces structures et 13,3 % du groupe des libéraux. Il existe une corrélation entre l'activité médicale et la connaissance des objectifs de ces structures avec un Pearson significatif ($p = 0,043$). Le fait d'être un médecin hospitalier facilite la connaissance des objectifs des SAMSAH et des SAVS.

E.2.2.5. Ressenti des psychiatres.

Dans le chapitre qui suit, nous nous sommes intéressés au ressenti des praticiens quant aux différentes structures qui existent, tant sur le plan de leur efficacité que sur la coopération possible avec elles. Nous avons également déterminé le niveau d'information que les psychiatres ont sur les différentes aides possibles d'accompagnement professionnel.

E.2.2.5.1. Efficacités des différentes structures.

Sur les 55 médecins interrogés, à la question « êtes-vous satisfaits quant à l'efficacité des structures de formation ou de réinsertion ? », 44 ont répondu positivement soit 80 %. Sur les 44 réponses positives, 32 provenaient de praticiens hospitaliers soit 72,7 % du groupe réponse positive et 80 % du groupe hospitalier. Les autres réponses proviennent de 12

médecins libéraux soit 27,3 % du groupe réponse positive et 80 % du groupe médecins libéraux. Il existe une équivalence exacte entre les deux groupes ; l'analyse ne met pas en avant de corrélation, le Pearson étant de 1. Il n'y a pas de facteur de prédiction entre le niveau de satisfaction et le fait de travailler comme médecin hospitalier ou libéral.

E.2.2.5.2. Coopération entre les médecins et les différents organismes.

Nous avons demandé aux praticiens s'ils sont satisfaits du niveau de coopération entre eux-mêmes et les différentes structures. Parmi les 55 praticiens, 27 ont répondu favorablement soit un taux de satisfaction de 49,1 % de l'ensemble. Si nous détaillons la répartition, 19 sont des médecins hospitaliers soit 70,4 % du groupe satisfait et 47,5 % du groupe hospitalier. Les autres réponses positives soit 8 sont celles de médecins libéraux ce qui représente 29,6 % du groupe satisfait et 53,3 % du groupe libéral. Il n'y a pas de corrélation ($p = 0,7$) entre l'activité et le ressenti sur la coopération avec les structures d'aide à la formation ou à la réinsertion professionnelle.

E.2.2.5.3. Niveau d'information des médecins.

Le questionnaire s'est intéressé au ressenti des psychiatres quant à leur niveau d'information sur l'existence et au travail des différentes structures de formation ou de réinsertion professionnelle. Là encore, nous leur avons demandé sous forme d'une question fermée (oui ou non) s'ils considèrent être bien informés. Sur l'ensemble des médecins, 17 disent être bien informés soit 30,9 % du total. Au niveau de la répartition, nous avons 13 médecins hospitaliers qui ont répondu positivement soit 76,5 % du groupe bien informé et 32,5 % du groupe hospitalier. Les libéraux sont 4 à considérer être suffisamment informés soit 23,5 % du groupe bien informé et 26,7 % du groupe médecins libéraux. L'analyse Chi-Square ne met pas en avant de corrélation entre l'activité et le niveau d'information sur l'existence des différentes structures ($p = 0,667$).

E.2.2.6. Quelles propositions possibles pour améliorer l'intégration des schizophrènes dans le monde du travail.

Notre questionnaire proposait aux praticiens 6 items auxquels ils pouvaient répondre positivement ou négativement concernant des mesures qui pourraient ou non, selon eux,

améliorer ou tout au moins faciliter l'intégration des patients schizophrènes dans le monde du travail. Ils pouvaient répondre positivement à autant de mesure qu'ils le souhaitaient.

A la proposition « développer les structures d'accompagnement telles qu'elles sont prévues par la loi », sur les 55 praticiens, 43 ont répondu favorablement soit 78,2 % du total. Si nous regardons en détail, nous avons 32 médecins hospitaliers soit 74,4 % du groupe favorable et 80 % du groupe hospitalier. Les libéraux sont 11 à avoir répondu favorablement soit 25,6 % du groupe favorable et 73,3 % du groupe des médecins libéraux. Le Pearson ne montre pas de corrélation avec $p = 0,594$. Il n'y a donc pas de corrélation significative.

La seconde proposition était de créer des structures d'évaluation et de mise en situation professionnelle pour les schizophrènes. Au total nous avons eu 40 réponses favorables soit 72,7 % de l'ensemble. Parmi ces réponses, 28 étaient de médecins hospitaliers soit 70 % du groupe favorable et 70 % du groupe hospitalier. Les libéraux ont été 12 à répondre favorablement soit 30 % du groupe favorable et 80 % du groupe libéral. Là encore il n'y a pas de corrélation entre l'activité et cette proposition avec un Pearson qui est de 0,458.

La troisième proposition était de créer de nouveaux ESAT. 39 praticiens sont favorables soit 70,9 % du total. Parmi eux, nous avons 26 hospitaliers soit 66,7 % de ce groupe et 65 % du groupe des médecins hospitaliers ; les autres étant des médecins libéraux (13 praticiens) soit 33,3 % du groupe favorable et 86,7 % du groupe des libéraux. Là non plus, il n'y a pas de corrélation entre l'activité et cette proposition avec un Pearson qui est égal à 0,115.

Puis il était proposé de développer les structures de type Entreprise Adaptée. Nous avons eu 43 réponses positives soit 78,2 % du total. Parmi elles, 29 médecins travaillent à l'hôpital soit 67,4 % du groupe favorable et 72,5 % du groupe hospitalier. Les 14 autres sont des médecins libéraux soit 32,6 % du groupe favorable et 93,3 % du groupe libéral. L'analyse statistique ne retrouve pas de corrélation avec $p = 0,096$ donc, non significatif.

La cinquième proposition était d'améliorer la communication entre la MDPH et les médecins. Nous avons eu 35 réponses favorables soit 63,6 % du total. Les praticiens hospitaliers sont 28 à approuver cette proposition soit 80 % du groupe favorable et 70 % du groupe des hospitaliers. Les libéraux sont 7 à avoir répondu oui ce qui représente 20 % du groupe favorable et 46,7 % du groupe des libéraux. Il n'y a pas non plus de corrélation entre l'activité et cette proposition avec un Pearson qui est de 0,109.

Enfin, la dernière proposition était d'approfondir les connaissances des médecins par un livret qui leur serait remis afin de mieux comprendre l'organigramme et le rôle des différents intervenants. 52 médecins souhaiteraient voir appliquer cette proposition soit 94,5 % du total ; parmi eux, 38 praticiens hospitaliers soit 73,1 % du groupe favorable et 95 % de l'ensemble des médecins hospitaliers, les 14 autres étant des médecins libéraux soit 26,9 % du groupe favorable et 93,3 % du groupe des libéraux. Le Chi-Square Test ne met pas en avant de corrélation avec un Pearson de 0,808.

III. TROISIEME PARTIE :
DISCUSSION ET
PERSPECTIVES.

A. Les limites de l'étude et ses problèmes méthodologiques.

Notre étude pose plusieurs problèmes méthodologiques. Comme nous l'avons souligné, pour des raisons pratiques nous avons dû regrouper dans les formes de schizophrénie deux sous-groupes à savoir les formes hébéphréniques et les formes catatoniques du fait de la sous représentation de ces dernières. Lors de l'analyse de nos données, nous avons retrouvé 5 formes catatoniques ce qui est un nombre peu exploitable. Il est apparu que le regroupement le plus logique avec une autre forme devait se faire avec le sous-groupe hébéphrénique devant les symptômes négatifs prépondérant pour ces deux types.

Un autre problème qui se présente est le risque de biais de recrutement des patients du fait des critères diagnostics et du risque d'avoir, parmi notre population en plus des schizophrènes, des troubles schizotypiques. Il était cependant précisé aux praticiens de ne pas tenir compte de ces troubles et de se baser uniquement sur la CIM 10 pour l'inclusion de leurs patients.

Soulignons également que pour des raisons de faisabilité de l'enquête, celle-ci s'est déroulée sur une période de 6 mois mais que chaque praticien bénéficiait de 3 mois pour remplir les questionnaires individuels pour chaque patient. Certains patients ont pu échapper au recrutement s'ils n'ont pas été vus durant cette période. Dans l'ensemble nous pouvons espérer une bonne représentativité de la population des schizophrènes en Haute-Vienne. Comme nous l'avons souligné nous avons un taux de réponse compris entre 49 % et 100 % si nous reprenons les chiffres de prévalence.

Un autre problème qui s'est posé est l'absence de réponse à la question concernant la prise en charge des patients par des structures de réinsertion professionnelle. Plusieurs praticiens n'ont pas répondu positivement à cette question alors qu'ils ont certains de leurs patients qui sont pris en charge par la MDPH (structure de réinsertion). C'est pourquoi nous n'avons pas plus détaillé les résultats de cette question.

Soulignons que certains praticiens nous ont dit avoir un certain nombre de schizophrènes mais qu'ils n'ont pas rempli autant de questionnaires. Est-ce une surestimation de leur part (il était difficile pour les médecins de répondre à cette question lors de la passation de l'hétéro-questionnaire) ou un défaut de remplissage pour diverses raisons ? Il est impossible de savoir.

Une autre limite de cette enquête est le manque de recul quant aux patients sur leur prise en charge sociale. Il est apparu que de nombreux patients sont dans une démarche de prise en charge sociale sans que les praticiens soient totalement informés. Ceci est dû essentiellement au travail effectué par les assistantes sociales (de l'hôpital ou de secteur). Il perdure un cloisonnement entre le médical et le social avec peut être un manque de coordination ou tout au moins de communication entre les différents intervenants.

Enfin il est apparu un autre problème méthodologique lors de l'analyse statistique. Nous nous sommes rendus compte que nous avons omis un item, et non des moindres, à la question sur les raisons d'absence de RQTH. En effet, nous aurions dû proposer comme choix de réponse la gravité de la maladie qui souvent est une cause de non RQTH. Le médecin ne demande pas ce statut devant tout simplement l'impossibilité pour le patient de travailler.

B. Interprétation et discussion des résultats.

B.1. Eléments de discussion apportés par la population recrutée.

Nous avons vu un ensemble de résultats qui nous permet d'apprécier l'état des lieux en Haute-Vienne de la place des schizophrènes au sein de la société et notamment dans le monde du travail.

Nous avons obtenu 508 questionnaires, chacun concernant un patient schizophrène en Haute-Vienne. Parmi cette population nous avons 346 hommes soit 68,1 % de notre étude et 162 femmes soit 31,9 %. Si nous reprenons le chiffre de prévalence de la schizophrénie à savoir entre 2,5 et 5,3 pour mille, sur la population du département qui est de 360664 habitants (toutes tranches d'âge incluses au 1^{er} Janvier 2004) et d'environ 193000 habitants dans notre tranche d'âge étudiée (18-60 ans), nous devrions avoir entre 482 et 1023 personnes qui souffriraient de schizophrénie en Haute-Vienne. Nous avons donc un taux de représentativité compris entre 49,7 % et 100 %.

Parmi cette population de schizophrènes, la forme la plus fréquente est la forme paranoïde avec 48,4 % du total, s'en suit la forme résiduelle avec 13,2 % puis les formes simples (10,8 %) et les formes indifférenciées (10,6 %). Les formes hébéphréniques et catatoniques sont les moins fréquentes avec 7,9 % du total (soit 40 patients). Nous constatons

que ces deux dernières formes qui sont les plus déficitaires sur le plan cognitif, sont les moins fréquentes de notre échantillon. La découverte et l'utilisation des nouveaux antipsychotiques de seconde génération (beaucoup moins délétères sur le plan neurocognitif) peut nous faire espérer une poursuite de la diminution de la fréquence de ces formes. L'analyse statistique entre la forme et le sexe ne mettait pas en avant de corrélation ($p = 0,183$) mais l'étude au cas par cas de chaque forme en fonction du sexe montre que pour la forme résiduelle nous avons une corrélation négative entre cette forme et le sexe masculin ($p = 0,036$). Les hommes ont moins de probabilité de présenter cette forme que les femmes. Nous avons en ce qui concerne la forme paranoïde un résultat qui tend vers une significativité avec $p = 0,072$. Le fait d'être un homme tendrait à prédisposer le développement d'une forme paranoïde de schizophrénie.

Notre population, entre 18 et 60 ans, a un âge moyen de 40,2 ans sans distinction de sexe. Chez les hommes l'âge moyen est de 39,18 ans et chez les femmes de 42,4 ans. Nous avons donc une population masculine plus jeune avec une significativité marquée par un Pearson inférieur à 0.001. Nous constatons également que l'âge moyen de diagnostic est de 26,34 ans sans distinction de sexe mais si nous reprenons chacune des catégories, nous avons un âge moyen diagnostic pour les hommes de 25,36 ans alors que chez les femmes, il est de 28,36 ans. Il existe donc une différence marquée dans l'âge diagnostic avec une possibilité chez les hommes de bénéficier d'un diagnostic plus précoce que les femmes. Le Pearson est significatif puisque inférieur à 0,001 avec toutes les conséquences qui s'en suivent notamment sur les prises en charge plus précoces et donc un meilleur pronostic tant sur le plan médical que social. Nous pouvons aussi penser que cette différence marquée de l'âge diagnostic entre les hommes et les femmes peut également être due à une gravité plus tardive de la schizophrénie chez les femmes alors que les conséquences médico-sociales sont plus précoces chez les hommes, d'où une prise en charge plus tôt. Soulignons que ces résultats en Haute-Vienne sont retrouvés dans les études mondiales comme nous l'avons vu dans la première partie avec des diagnostics ou tout au moins des âges d'apparition plus précoces chez les hommes (24 ans chez les hommes et entre 25 et 34 ans chez les femmes).

Il existe également une différence significative entre les hommes et les femmes sur la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH). En effet 43,1 % des hommes ont la RQTH alors que parmi les femmes seules 30,8 % ont ce statut. Il existe donc une valeur prédictive positive chez les hommes de bénéficier de la RQTH alors que le fait d'être une femme dans notre population est un facteur de mauvais pronostic. Le Pearson confirme ce

fait ($p = 0,009$). Il s'en suit toutes les conséquences positives ou négatives de cette reconnaissance. Si nous reprenons les taux de travailleurs dans notre population étudiée, nous constatons que 75,2 % des schizophrènes qui travaillent actuellement sont des hommes et 24,8 % des femmes. Mais au sein de chaque groupe, le taux de travailleur est de 31,5 % chez les hommes alors qu'il est de 22,22 % chez les femmes. Le fait d'être un homme facilite donc l'accès au travail alors que dans notre population le fait d'être une femme est facteur de mauvais pronostic ($p = 0,031$). Si nous comparons avec la RQTH, nous constatons qu'il existe un double facteur de bon pronostic de travailler à savoir non seulement être un homme mais aussi avoir la reconnaissance en qualité de travailleur handicapé.

Parmi nos résultats, nous constatons que le fait d'avoir été hospitalisé au moins une fois au cours de sa vie est également un facteur de mauvais pronostic. Sur notre population étudiée, 55,3 % des patients qui n'ont jamais été hospitalisés travaillent actuellement contre 25,8 % qui ont bénéficié au moins une fois d'une hospitalisation, le Pearson étant inférieur à 0,0001.

Il apparaît donc que le fait d'être un homme avec le statut de travailleur handicapé et qui n'a jamais été hospitalisé est un facteur de bon pronostic pour pouvoir travailler actuellement.

Si nous reprenons les autres caractéristiques psychosociales de notre population nous constatons que d'autres déterminants interviennent dans l'accessibilité à l'emploi chez les schizophrènes. Dans nos résultats décrits auparavant, nous avons constaté qu'il existe un facteur pronostic d'accès au travail en fonction de la tranche d'âge à laquelle le patient appartient. Les sujets âgés entre 41 et 50 ans ont plus de chance de travailler avec un taux de travailleurs dans cette tranche d'âge de 35,8 % alors que dans les tranches 18-30 et 51-60 nous avons un taux d'emploi de 21 % ($p = 0,017$). Rappelons que la probabilité de travailler est de 29 % sur l'ensemble de notre échantillon. Là encore, il existe une corrélation qui s'ajoute au sexe et au statut de travailleur handicapé.

Nous avons également vu que le fait d'avoir eu un emploi antérieurement est un facteur prédictif positif de travailler actuellement. Sur l'ensemble de notre échantillon, nous avons 145 personnes qui travaillent à ce jour et parmi elles, 131 ont déjà eu un emploi différent de l'actuel. Uniquement 14 personnes ont trouvé un emploi sans jamais avoir travaillé auparavant. Il apparaît qu'il reste plus facile de conserver un emploi que d'en trouver un,

pour les schizophrènes de notre population. Si nous reprenons le Chi-Square Test, la corrélation du travail antérieur sur l'accès au travail actuel est importante avec un $p < 0,0001$. Par contre, nous devons mettre en avant un autre fait important quant à l'emploi des schizophrènes. Les résultats démontrent une précarisation de l'accès à l'emploi. En effet sur les 508 schizophrènes, 346 patients ont déjà eu un emploi et parmi eux seulement 131 travaillent toujours, soit une forte diminution de la fréquence d'emploi. 68,1 % de notre population a déjà travaillé alors qu'actuellement 28,5 % travaillent. Si nous reprenons les causes de pertes d'emploi nous constatons que la principale raison est l'évolution délétère de la maladie. Ne pouvons-nous pas suspecter une aggravation des conditions d'embauche et de la demande qui est faite aux travailleurs handicapés ? Les politiques de rentabilité et de rendement sont de plus en plus fortes sans que les personnes souffrant de handicap puissent bénéficier de conditions adaptées et ceci, malgré la législation qui préconise des adaptations personnalisées. Nous constatons de plus que sur 145 patients qui travaillent actuellement, nous avons une majorité des patients qui sont en milieu ordinaire avec 82 personnes soit 56,6 % du groupe qui travaille alors que 63 patients sont en milieu protégé (43,4 %) avec une quasi exclusivité en ESAT avec 59 patients (soit 40,7 % du total) et 4 patients en EA (soit 2,8 % du total). De cet état de fait, nous constatons que l'emploi en milieu ordinaire n'est pas fermé aux patients schizophrènes. Les mesures de prises en charge permettent donc à certains patients d'être incérés professionnellement comme tout un chacun. Mais la sous représentativité de l'emploi des schizophrènes en milieu protégé doit nous interroger. Sur 508 patients, uniquement 63 travaillent en milieu protégé alors que ces structures sont là pour accueillir ce type de pathologie d'autant que si nous reprenons les causes de non emploi, la principale est le fait d'une pathologie trop lourde avec une fréquence de réponse de 57,3 % ce qui nous permet de comprendre le non emploi en milieu ordinaire.

Si nous reprenons la place de l'accompagnement des patients dans une démarche de resocialisation par le travail, nous constatons qu'il existe des lacunes importantes. Parmi notre population étudiée, nous avons uniquement 25 patients qui suivent actuellement une formation professionnelle soit 4,9 % du total. Certes, nous avons vu qu'il existe une corrélation négative entre le suivi d'une formation et l'accès au travail actuel avec un Pearson significatif puisque égal à 0,02. Cependant, il est logique que les personnes qui travaillent actuellement ne suivent pas de formation, tout en précisant que normalement les différentes entreprises se doivent de proposer des remises à niveau et des formations continues comme le

préconise la loi de février 2005 sur le handicap et l'égalité des chances. Là encore il semble que la loi ne soit pas respectée ou tout au moins qu'il ne soit pas proposé aux patients toutes les possibilités qui leurs sont dues. Les résultats mettent en avant l'impossibilité de suivre une formation devant la lourdeur de la pathologie dans 47,6 % des raisons, soit 230 patients dont 31 qui travaillent ce qui paraît paradoxal mais de nombreux programmes adaptés au handicap psychique sont proposés.

Si nous regardons la place des patients dans les structures de réinsertion professionnelle, nous avons 63 malades qui en bénéficient (soit 12,4 % de notre échantillon). Il faut préciser cependant qu'il y a sûrement un biais dans cette réponse. Certains médecins non pas répondu à cette question considérant que leurs patients ne bénéficient pas de cet accompagnement alors que si nous reprenons nos définitions, le fait de travailler en milieu protégé ou de bénéficier de la RQTH doit être considéré comme être en lien avec une structure de réinsertion puisque l'accessibilité à ce type d'établissement ou cette reconnaissance nécessite une orientation par la MDPH (structure de réinsertion professionnelle). Il est donc difficile d'interpréter plus amplement ces résultats.

Revenons sur la prise en charge des patients dans des structures sanitaires. 173 bénéficient d'une telle prise en charge soit 34,1 % de notre échantillon. Parmi eux, nous en avons 13 qui travaillent simultanément soit 9 % des travailleurs et 7,5 % du groupe en structure sanitaire alors que dans le groupe non pris en charge par de tels établissements à savoir 335 patients, 132 travaillent actuellement ce qui représente 91 % des travailleurs et 39,4 % du groupe non pris en charge. Il existe une corrélation négative entre le fait d'être pris en charge par de tels établissements et la possibilité de travailler avec $p < 0,0001$. Ce résultat semble relativement compréhensible et logique puisque nous pouvons supposer que si ces patients ont toujours un lien étroit avec ces établissements, c'est que leurs troubles psychiques les rendent encore très fragiles. Précisons que la principale cause de non prise en charge par ces structures est le refus du patient avec 27,2 % des raisons.

Si nous reprenons la régression logistique qui a permis de déterminer l'ensemble des principaux facteurs les plus influents sur l'accès à l'emploi, nous avons vu que le fait de ne pas être pris en charge par une structure sanitaire est de bon pronostic ($p < 0,0001$). S'en suit le fait de bénéficier de la RQTH qui facilite l'emploi et est un facteur prédictif de travailler. Dans un troisième temps le fait d'avoir eu un emploi auparavant, optimise les chances d'avoir

un emploi. Par la suite, le fait de ne pas suivre une formation professionnelle facilite l'emploi (pour les raisons que nous avons vues antérieurement). En dernier lieu intervient l'âge diagnostic ; plus celui-ci est précoce plus les chances d'avoir un emploi sont grandes.

Pour résumer simplement, notre étude montre que les facteurs donnant le plus de chances aux patients de travailler, sont :

- Les hommes ;
- Un diagnostic le plus précoce possible ;
- Jamais hospitalisé ;
- Plutôt une forme paranoïde ;
- Avec la RQTH ;
- Ayant déjà travaillé ;
- Sans prise en charge par une structure de formation professionnelle ni une structure sanitaire.

B.2. Eléments de discussion apportés par les résultats obtenus avec le questionnaire concernant les psychiatres.

La seconde partie de notre étude s'est intéressée à la place des praticiens dans l'accompagnement social de leurs patients, à leur niveau de participation à cette prise en charge mais aussi à l'évaluation d'une éventuelle différence entre les médecins hospitaliers et libéraux.

Tout d'abord nous constatons qu'il n'y a pas de différence significative entre les praticiens en fonction de l'activité médicale, sur les connaissances des différentes structures existantes de formation ou de réinsertion professionnelle. En effet, dans les deux groupes nous avons eu dans l'ensemble des réponses cohérentes et adaptées même si nous pouvons souligner qu'il existe quelques défauts de connaissance dans les deux groupes. Il est clair, et cela nous a été précisé par les médecins, que le schéma d'organisation et surtout que le panel des outils existants pour accompagner les schizophrènes reste flou ou tout au moins incomplet pour l'ensemble des médecins. Si nous reprenons les réponses obtenues à la question sur le niveau d'information, nous retrouvons ces conclusions. Près de 69,1 % des psychiatres reconnaissent être mal informés sur les outils existants et uniquement 30,9 % disent être bien

informés. Au sein de chaque groupe (hospitalier et libéral), nous ne retrouvons pas de corrélation entre le niveau d'information et l'activité médicale. Ces résultats sont confirmés par les propositions faites pour améliorer la prise en charge des schizophrènes. À la proposition « transmettre un livret résumant l'organigramme et le rôle des différents intervenants », un taux de réponse favorable de 94,5 % met en avant une envie des médecins d'être mieux informés. Par contre, nous pouvons souligner une différence importante en fonction de l'activité et la connaissance des SAVS et SAMSAH. Les praticiens hospitaliers sont plus informés que les libéraux quant à l'existence de ces structures avec une corrélation significative, le Pearson étant significatif ($p = 0,006$). Cependant, si nous examinons les résultats obtenus aux questions « origine et objectifs de ces structures », nous constatons qu'il existe un défaut de connaissance quant à l'origine de ces centres avec uniquement 4 praticiens (tous hospitaliers) qui ont su répondre à cette question soit 7,3 % du total alors que 24 nous ont dit connaître ces structures. Il n'y a pas de corrélation entre l'activité et les réponses à cette question sur l'origine mais nous constatons que les psychiatres hospitaliers sont mieux informés quant à l'objectif de ces structures : 17 hospitaliers ont su répondre soit 42,5 % du groupe hospitalier et 89,5 % du groupe ayant bien répondu à cette question ; les libéraux n'ont été que 2 à pouvoir répondre à cet item soit 13,3 % de ce groupe et 10,5 % du groupe ayant bien répondu. L'analyse Chi-Square confirme cette corrélation avec $p = 0,043$. Le fait d'être un psychiatre hospitalier favorise la connaissance de ces structures ainsi que leurs objectifs. Nous pouvons supposer que le niveau d'information est plus important à l'hôpital avec peut être en toile de fond le travail des assistantes sociales.

Revenons sur les niveaux de coopération et d'efficacité des structures de réinsertion ou de formation professionnelle selon le ressenti des psychiatres. Pour 80 % des médecins (sans distinction), les structures d'interface entre le médical et le social sont efficaces sans différence entre les hospitaliers et les libéraux. Et 49,1 % des psychiatres considèrent que la coopération de ces structures avec eux est bonne, là encore sans que nous puissions mettre en avant une corrélation en fonction de l'activité ($p = 0,7$).

À la question sur le travail avec des structures de formation ou de réinsertion, 70,9 % des médecins ont déjà collaboré avec des structures de ce type sur le département sans qu'il y ait de corrélation avec l'activité ($p = 0,275$) et 43,6 % ont travaillé avec des structures en dehors du département sans non plus de corrélation en fonction de l'activité ($p = 0,345$). Par contre si nous reprenons les différentes causes de travail avec des structures extra-départementales,

nous retrouvons des différences significatives entre les médecins hospitaliers et les libéraux. Nous constatons que les médecins hospitaliers, collaborant avec des structures en dehors du département, sont dans cette situation du fait du manque de structures en Haute-Vienne. Il existe une corrélation entre l'activité et cet item avec $p = 0,051$ alors que les praticiens libéraux ne ressentent pas ou ne sont pas confrontés à ce déficit. Mise à part cette réponse, il n'y a pas d'autre corrélation entre l'activité et les raisons de partenariat extra-départemental.

Pour résumer, il apparaît que les psychiatres considèrent travailler efficacement et avec une bonne coopération avec l'ensemble des structures de réinsertion et de formation professionnelle du département. Néanmoins, ils considèrent être sous informés avec des lacunes du fait d'une trop grande complexité de compréhension du schéma d'organisation des aides, d'où des difficultés de prises en charge sociale de leurs patients schizophrènes. Si nous reprenons les différentes propositions faites pour améliorer cette prise en charge, nous ne retrouvons pas de corrélation entre l'activité médicale et les projets d'amélioration. Précisons toutefois les différentes propositions ; 94,5 % des médecins considèrent qu'un livret résumant l'organigramme de soins pourrait les aider. Dans notre population de médecins, 78,2 % pensent qu'il faut développer les structures d'accompagnement telles qu'elles sont prévues par la loi. Pour ce qui est de créer de nouvelles entreprises adaptées, nous avons 78,2 % des médecins qui pensent que cette proposition faciliterait l'intégration des schizophrènes dans le monde du travail et 70,9 % souhaitent que de nouveaux ESAT soient créés. Nous avons 72,7 % des psychiatres qui souhaitent la création d'un centre d'évaluation et de mise en situation des patients schizophrènes (précisons comme nous l'avons vu qu'il existe le CPCS mais qu'il ne permet pas de mettre en situation les patients avec la réalité du travail même si l'évaluation est effectivement faite par cette structure). Enfin, précisons que 63,6 % des praticiens souhaiteraient une meilleure communication entre les psychiatres et la MDPH, non pas que celle-ci est inexistante mais elle devrait se développer. Les médecins ne remettent pas en cause le travail de la MDPH bien au contraire mais ils se sentent parfois un peu à part dans l'accompagnement social de leurs patients. Plus qu'un problème de communication, il s'agit d'un cloisonnement des activités et des pratiques avec encore des difficultés de liens entre le médical et le social ; cloisonnement qui devrait s'estomper avec la loi de 2005.

C. Comparaison des résultats avec d'autres études et les chiffres officiels.

Nous n'avons pas retrouvé d'enquête similaire à la nôtre. Il semble qu'il n'y ait pas eu jusqu'alors d'étude comparable sur un département spécifique en France. Il est donc difficile de comparer le bilan social des schizophrènes de Haute-Vienne et celui d'autre département.

Dans notre étude, la représentativité des schizophrènes dans le monde du travail, avec un taux de 29 % de patients employés en Haute-Vienne, est sensiblement comparable aux chiffres que nous avons retrouvés dans certains articles : 2/3 des patients qui ne peuvent ou n'ont pas la capacité d'accéder à une activité professionnelle (Demily & Thibaut, 2007). Notre enquête retrouve une proportion sensiblement plus faible mais proche de ces chiffres. Cependant nous avons retrouvé dans la littérature d'autres taux. En France, seulement 12 % des schizophrènes auraient une activité salariée (Casadebaig, 1997) et moins de 10 % exerceraient en milieu ordinaire (Casadebaig, 2000). Si nous reprenons nos résultats, nous avons d'après cette étude un taux de travail nettement supérieur à celui de la moyenne nationale. Parmi ces travailleurs, 56,55 % sont en milieu ordinaire ce qui représente 16,14 % de notre population étudiée, là encore taux nettement supérieur au chiffre national.

Pour l'âge de diagnostic des schizophrènes, nous avons une population masculine qui est diagnostiquée plus précocement que les femmes. Dans notre étude nous retrouvons un âge diagnostic moyen de 26,34 ans sans distinction de sexe. Il est de 25,36 ans chez les hommes et 28,36 ans chez les femmes. Les chiffres retrouvés dans la revue de littérature sont chez les hommes moins de 25 ans et entre 25 et 34 ans chez les femmes.

Concernant la loi de 2005, nous avons vu que de nombreuses structures et applications ont été mises en place ou sont en cours de réalisation mais il n'est pas possible pour le moment de comparer avec d'autres départements. Les dispositifs de soutien et d'accompagnement aux handicapés psychiques sont variés. Il existe des différences interdépartementales importantes quant aux besoins mais aussi au niveau d'implication des différents acteurs médico-sociaux et politiques rendant toute comparaison très délicate. Nous pouvons cependant souligner qu'en Haute-Vienne de nombreux projets ont vu le jour depuis 2005 et d'autres sont en cours de création. La modernisation des prises en charges mais surtout des mentalités se ressent à tous les niveaux avec notamment un accès développé sur le devenir du patient au sein de la cité pour une amélioration de son intégration sociale.

Conclusions.

En Haute-Vienne, nous avons recensé 508 patients âgés entre 18 et 60 ans souffrant de schizophrénie. Parmi ce groupe, nous avons 346 hommes et 162 femmes, avec une moyenne d'âge de 40,20 ans (39,18 ans chez les hommes et 42,40 ans chez les femmes). L'âge moyen de diagnostic est de 26,34 ans pour l'ensemble avec un diagnostic plus précoce chez les hommes (25,36 ans) par rapport aux femmes (28,36 ans). Sur cette population, nous avons une prépondérance de la forme paranoïde représentant 48,4 % du groupe (soit 246 patients). Nous avons retrouvé une corrélation entre cette forme qui tend à être influencée par le sexe masculin alors que le sexe féminin prédispose à développer une forme indifférenciée.

Parmi cet échantillon, 145 patients travaillent actuellement, soit 28,5 %, ce qui est un taux nettement supérieur à celui de certaines études comme celle de Casadebaig. Cependant, si nous reprenons les chiffres de Demily et Thibaut, ce taux est sensiblement identique aux chiffres retrouvés (1/3 des patients aurait une activité salariée). Nous avons 68,1 % des patients qui ont déjà eu un emploi antérieur et 46,3 % qui ont perdu leur travail ou ont dû en changer pour différentes raisons notamment la gravité de la maladie. Parmi les patients qui travaillent actuellement, 56,6 % sont en milieu ordinaire ce qui est un chiffre nettement supérieur à la moyenne nationale qui est de 10 %. Nous avons 63 patients en milieu protégé (43,4 % des travailleurs) dont 59 en ESAT et 4 en EA. Dans le groupe qui travaille, nous avons 75,2 % d'hommes (soit 109 patients dont 56 en milieu ordinaire et 53 en milieu protégé) et 24,8 % de femmes (soit 36 patientes dont 26 en milieu ordinaire et 10 en milieu protégé).

Dans notre population, 90,7 % des patients ont déjà été hospitalisés au moins une fois au cours de leur vie et seulement 119 travaillent soit 25,8 % du groupe hospitalisé et 82,1 % du groupe des travailleurs. Il existe un lien entre le fait d'avoir déjà eu un emploi et la possibilité de travailler actuellement. En effet, parmi les 346 patients qui ont déjà eu un emploi (68,1 % du total), 131 travaillent toujours au même endroit sans avoir dû en changer. La principale cause de perte d'emploi est là encore, la gravité de la pathologie avec 110 patients dans cette situation, soit 21,7 % du groupe ayant changé ou perdu son emploi.

Si nous reprenons la RQTH, nous constatons que sur les 199 patients qui ont ce statut (39,2 % du total), 88 travaillent (soit 44 % du groupe avec la RQTH et 60,7 % du groupe des travailleurs) alors que parmi ceux qui ne l'ont pas, à savoir 309 patients (soit 60,8 % du total),

uniquement 18,4 % travaillent. Un lien entre le fait d'avoir ce statut et la possibilité d'accéder à un emploi est certain. Parmi les différentes raisons expliquant le non emploi actuel des patients, nous retrouvons en premier la gravité de la pathologie avec 208 patients qui ne travaillent pas pour cette raison, soit 40,9 % de notre population et 57,3 % du groupe sans emploi.

Actuellement en Haute-Vienne, 25 schizophrènes suivent une formation professionnelle soit 4,9 % de notre population et 63 sont dans une filière de réinsertion soit 12,4 % de l'échantillon. Notre enquête met en avant la gravité de la pathologie comme facteur expliquant cette absence de prise en charge.

Sur les 508 patients de notre enquête, 173 sont en structure sanitaire soit 34,1 % du total dont 13 qui travaillent (2,6 % du total et 9 % des travailleurs actuels).

Ainsi, les différentes analyses ont mis en avant différents facteurs influençant l'accès au travail chez les schizophrènes : la prise en charge ou non en structure sanitaire, le statut de travailleur handicapé, le travail antérieur, le suivi d'une formation et enfin l'âge diagnostic. Il apparaît que les meilleures chances pour qu'un patient puisse travailler sont le fait qu'il ne soit pas pris en charge par une structure sanitaire mais qu'il bénéficie de la RQTH et qu'il ait déjà eu un travail antérieurement sans qu'il ne suive de formation actuellement, le tout si le diagnostic de la maladie a été précoce.

L'analyse de nos résultats souligne également que le fait d'être un homme facilite l'obtention d'un travail alors qu'être une femme schizophrène en Haute-Vienne est un facteur péjoratif pour trouver un emploi. Les hommes sont de plus privilégiés pour travailler en milieu ordinaire alors que les femmes ont plus de probabilités de travailler en milieu protégé. Nous avons vu que la forme joue un rôle dans la possibilité de travailler. Il existe une corrélation positive entre la forme résiduelle et la possibilité d'exercer un emploi.

Mais il devient difficile pour les patients de trouver un emploi du fait d'une précarisation du travail avec des politiques de rentabilité de plus en plus importantes malgré les lois et notamment celle de 2005 sur le handicap, proposant un meilleur accompagnement médico-social pour la réinsertion socioprofessionnelle. Il apparaît également que le fait de suivre une formation professionnelle ou d'être pris en charge par une structure sanitaire ne facilite pas

voire empêche l'obtention d'un emploi. Mais comme nous l'avons dit, ceci semble cohérent d'autant que les causes de non formation et de suivi sanitaire sont dues à la pathologie qui reste trop lourde. Il s'agit d'ailleurs de la cause principale retrouvée dans notre étude d'absence d'emploi actuel, de perte d'emploi ou d'absence de prise en charge par une structure de réinsertion ou de formation. La schizophrénie reste une pathologie invalidante et handicapante au sens de la loi de 2005 (la maladie en elle-même mais aussi en l'absence de réponse adaptée).

Mais malgré les difficultés qui existent pour les schizophrènes, ne minimisons pas le travail effectué par les différents partenaires médico-sociaux. En effet, si nous reprenons les résultats de l'hétéro-questionnaire posé aux psychiatres, ceux-ci dans l'ensemble sont satisfaits du travail et de la coopération avec les structures de réinsertion et de formation professionnelle. Que se soient les praticiens libéraux ou les hospitaliers, notre étude n'a pas retrouvé de corrélation entre l'activité et le ressenti des psychiatres, sur l'information, l'efficacité et la coopération entre eux et les structures de réinsertion et/ou de formation professionnelle. Nous avons 44 médecins (32 hospitaliers et 12 libéraux) qui sont satisfaits de l'efficacité de ces structures, 27 (19 hospitaliers et 8 libéraux) estiment pouvoir bien travailler avec elles mais seulement 17 (13 hospitaliers et 4 libéraux) pensent être suffisamment informés quant à leurs existences et leurs rôles.

Cependant, les psychiatres soulignent et reconnaissent leurs lacunes ou tout au moins les difficultés de compréhension dans le schéma de soin et l'organigramme existants sur l'ensemble des outils qui peuvent être proposés aux patients. Rappelons qu'il n'y a pas de différence significative entre les psychiatres libéraux et les hospitaliers quant à leur ressenti. Le seul point distinctif est la connaissance des SAVS ET SAMSAH plus étendue chez les psychiatres hospitaliers du fait sans doute de l'action des assistantes sociales.

Si nous reprenons les différentes propositions faites pour améliorer l'intégration des schizophrènes dans le monde du travail, il n'apparaît pas de corrélation entre l'activité et le choix des propositions. Nous avons 43 médecins qui souhaitent le développement des structures tel que cela est prévu par la loi ; 40 pensent qu'il faudrait créer une structure d'évaluation et de mise en situation professionnelle adaptée aux schizophrènes. Nous retrouvons 39 praticiens qui pensent qu'il serait nécessaire de créer de nouveaux ESAT et 43 de nouvelles entreprises adaptées. Pour ce qui est de la communication entre les médecins et

la MDPH, 35 souhaitent qu'elle soit plus simple et plus ouverte même s'ils reconnaissent son efficacité. Par contre, près de la totalité des médecins psychiatres (52 sur 55 médecins soit 94,5 %) espèrent vivement la création d'un livret qui serait remis à jour régulièrement expliquant l'organigramme et le rôle des différents intervenants.

De nos deux questionnaires, l'une des principales conclusions que nous devons souligner est la volonté marquée des psychiatres de participer activement à la prise en charge médico-sociale de leurs patients schizophrènes notamment depuis ces dernières décennies, avec le développement des prises en charge cognitivo-comportementales. Mais il faut absolument permettre aux psychiatres d'avoir les moyens non seulement en termes de structures, de temps mais aussi tout simplement en termes de connaissances. C'est pourquoi il semble vraiment opportun d'envisager avec les services de tutelles (DRASS, DDASS et MDPH entre autres) le développement de la communication, de la formation et surtout de l'information, sur l'ensemble des structures existantes (chacune avec ses spécificités et ses orientations propres). La proposition de la création d'un livret résumant ces informations nous semble vraiment indiqué et être un outil (certains dirons un de plus...) approprié.

Parmi les autres propositions faites aux psychiatres pour améliorer l'intégration des schizophrènes, il faudra que les pouvoirs sociaux envisagent peut-être de développer les centres professionnels de type ESAT et EA (notamment ces dernières) devant le manque manifeste de place pour nos patients, d'autant que les conditions de travail en milieu ordinaire sont de plus en plus oppressantes.

Ce travail a permis de réaliser la photographie sociale d'une population donnée (les schizophrènes), sur un temps donné (en 2008) et un lieu donné (la Haute-Vienne). Il paraîtrait intéressant de renouveler cette étude dans quelques années afin, d'évaluer l'évolution des mentalités des psychiatres et de voir l'évolution de la place des schizophrènes dans le monde du travail.

ANNEXES

Annexe 1.

Questionnaire individuel pour chaque patient schizophrène (entre 18 et 60 ans).

Nom (3 premières lettres) _ _ _ Prénom (2 premières lettres) _ _ Date de naissance _ _ / _ _ / _ _

Sexe : M F

• **Forme de schizophrénie (selon la classification CIM 10) :**

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Paranoïde. | <input type="checkbox"/> Hébéphrénique. | <input type="checkbox"/> Catatonique. |
| <input type="checkbox"/> Indifférenciée. | <input type="checkbox"/> Résiduelle. | <input type="checkbox"/> Simple. |
| <input type="checkbox"/> Autre Forme. | | |

• **Année de diagnostic de la maladie (ou âge de début de la maladie) :**

1. **Le patient a-t-il déjà été hospitalisé en psychiatrie ?** Oui Non

Si oui, date de la dernière hospitalisation ?

2. **Le patient a-t-il le statut de travailleur handicapé ?** Oui Non

Si non, pourquoi ?

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dossier en cours. | <input type="checkbox"/> Refus du patient. | <input type="checkbox"/> Ne sait pas. |
| <input type="checkbox"/> Bonne insertion socioprofessionnelle sans RQTH. | | |
| <input type="checkbox"/> Autre (invalidité, âge...). | | |

3. **Le patient travaille-t-il actuellement ?** Oui Non

Si oui, dans quel type de structure ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Milieu ordinaire. | <input type="checkbox"/> Milieu protégé. |
|--|--|

Si milieu protégé, lequel ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> E.S.A.T (ex CAT). | <input type="checkbox"/> Entreprise adaptée. |
|--|--|

Si non, pourquoi ?

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Pathologie trop lourde. | <input type="checkbox"/> Etudiant. | <input type="checkbox"/> Déni des troubles et de leurs conséquences. |
| <input type="checkbox"/> En attente ou recherche d'un emploi (et si oui, depuis combien de temps ? _____) | | |
| <input type="checkbox"/> Refus. | <input type="checkbox"/> Autre. | |

4. **A-t-il déjà eu un emploi ?** Oui Non

Si oui, pourquoi ne travaille-t-il plus actuellement ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Licenciement. | <input type="checkbox"/> Démission. |
| <input type="checkbox"/> En arrêt de travail ou congé longue maladie. | <input type="checkbox"/> Pathologie trop évoluée. |
| <input type="checkbox"/> Autre (retraité, formation en cours...). | |

Et si oui, dans quel type de structure ? Milieu ordinaire Milieu protégé

Si milieu protégé, lequel ? E.S.A.T Entreprise adaptée

5. Le patient suit-il actuellement une formation professionnelle ? Oui Non

Si oui, dans quelle structure ?

Si non, pourquoi ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bon niveau de formation. | <input type="checkbox"/> Refus. |
| <input type="checkbox"/> Incapacité à suivre une formation. | <input type="checkbox"/> A déjà bénéficié d'une aide. |
| <input type="checkbox"/> Autre. | |

6. Le patient a-t-il des liens avec des structures de réinsertion professionnelle ?

Oui Non

Si oui, la ou lesquelles ?

Si non, pourquoi ?

- | | | |
|--|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Pathologie trop évoluée. | <input type="checkbox"/> Refus. | <input type="checkbox"/> Absence de place. |
| <input type="checkbox"/> Autre (âge, retraité, démarches en cours...). | | |

7. Le patient est-il pris en charge par une structure sanitaire (CATTP, HDJ, CPCS...)?

Oui Non

Si non, pourquoi ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> En a déjà bénéficié. | <input type="checkbox"/> Refus. |
| <input type="checkbox"/> Inadapté pour ces structures. | <input type="checkbox"/> En attente d'une place. |
| <input type="checkbox"/> Autre. | |

Annexe 2.

Hétéro-questionnaire auprès des psychiatres sur l'intégration des schizophrènes dans le monde du travail en 2008.

1. Parmi les patients que vous suivez, approximativement, combien sont schizophrènes ?

- 0-10 10-20 20-30 30-40 40-50 50-60
60-70 70-80 80-90 90-100 >100

2. Parmi ceux-ci, combien sont en contact avec une structure de réinsertion professionnelle ?

- 0-10 10-20 20-30 30-40 40-50 50-60
60-70 70-80 80-90 90-100 >100

3. Quelles structures connaissez-vous ?

a) Pour l'aide à la réinsertion professionnelle.

-
-
-

b) Pour l'aide à la formation professionnelle.

-
-
-

4. Avez-vous déjà travaillé en partenariat avec des structures d'aide à la formation et/ou à la réinsertion professionnelle pour vos patients en Haute-Vienne?

- Oui Non

5. Travaillez-vous avec des structures de ce type en dehors du département ?

- Oui Non

Si oui, lesquelles ?

Si c'est le cas, pour quelle raison ?

- Déménagement du patient. Manque de structures en Haute Vienne.
 Travail difficile avec celles du département. Autre.

6. Connaissez-vous ces deux nouvelles organisations S.A.M.S.A.H et S.A.V.S ?

- Oui Non

Si oui, en connaissez-vous :

- leur origine ?

- leur objectif ?

7. Êtes-vous satisfait quant à l'efficacité des structures que vous connaissez ?

Oui

Non

8. Pour vous, le niveau de coopération entre vous même et ces organismes est-il suffisant et adapté ?

Oui

Non

9. Selon vous, votre niveau d'information quant à l'existence et au travail des structures de formation et de réinsertion professionnelle est-il suffisant et adapté aux besoins ?

Oui

Non

10. Parmi ces propositions, lesquelles vous semblent les plus adaptées pour améliorer l'insertion des patients schizophrènes dans le monde du travail ?

Développer les structures d'accompagnement telles qu'elles sont prévues par la loi.

Créer des structures d'évaluation et de mise en situation des patients schizophrènes.

Créer de nouveaux établissements de type ESAT.

Développer les structures de type ateliers protégés.

Améliorer la communication entre la MDPH et les psychiatres.

Approfondir vos connaissances sur ces structures par un livret qui vous serait adressé afin de mieux comprendre l'organigramme et le rôle des différents intervenants.

**RÉFÉRENCES
BIBLIOGRAPHIQUES.**

Agefiph. Rapport annuel 2006, ouvrir l'emploi aux personnes handicapées. DG : Bagneux ; 2006.

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes : <http://www.anaes.fr>). Guides d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. Paris, janvier, 2000.

Andreasen N.C et coll. Remission in schizophrenia : proposed criteria and relationale for consensus. American Journal of Psychiatry, 2005 ; 162 : 441-449.

Angel S sous la coordination de Widlöcher D. Les thérapies familiales. In : Guelfi J-D, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson S.A.S, 2007 ; 777, p 583-589.

Anthony WA, Liberman RP. The practice of psychiatric rehabilitation : historical, conceptual and research base. Schizophrenia Bulletin, 1986 ; 12 : 542-559.

APA. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, 2nd edition. American Journal of Psychiatry, 2004 ; 161 (2) : 1-56.

Azorin J.M. Les schizophrénies ; la prévention à-t-elle un sens dans la schizophrénie. Paris : Edition PIL, 2005 ; 72, p 39-44.

Azorin J.M. Les schizophrénies ; la prévention à-t-elle un sens dans la schizophrénie. Paris : Edition PIL, 2005 ; 72, p 45-51.

Azorin J.M. Traitements antipsychotiques au long cours : nouvelles données fondamentales et conséquences pratiques. In : Les carnets de l'observatoire des schizophrénies : schizophrénies et outcome ; vers un meilleur pronostic. Ed Interligne, 2006 ; 28, p 24-28

Bellack A.S, Dickinson D, Morris S.E, Tenhula W.N. The development of a computer-assisted cognitive remediation program for patients with schizophrenia. The Israel journal of psychiatry and related sciences, 2005 ; 42 (1) : 5-14.

Bickenbach J-E, Chatterji S, Badley E.M, Ustün TB. Models of disablement, universalism and the International classification of impairments, disabilities and handicaps. *Social Science & medicine*, 1999 ; 48:1173-87.

Boardman J, Grove B, Perkins R, Sheppherd G. Work and employment for people with psychiatric disabilities. *British Journal of Psychiatry*, 2003 ; 182, 467-468.

Bottéro A. Traitement d'un premier épisode de schizophrénie : les recommandations actuelles. In : *Les carnets de l'observatoire des schizophrénies ; Guidelines*. Ed Interligne ; 2001 ; 55, p 21-31.

Bourdet C, Césaro P. Bases neuroanatomiques et fonctionnelles de la psychiatrie : cortex préfrontal, schizophrénie. *Encyclopédie Médico-Chirurgicales (Paris-France), Psychiatrie*, 37-033-A-10, 1995, 11p.

Boydell J, Van Os J, McKenzie K, Murray R.M. The association of inequality with the incidence of schizophrenia – an ecological study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2004 ; 39 (8) : 597-9.

Brown A.S, Begg M.D, Gravenstein S et coll. Serologic evidence of prenatal influenza in the etiology of schizophrenia. *Archives General of Psychiatry*, 2004 ; 61(8) : 774-80.

Brunet E. Un modèle neurocognitif des troubles de la communication dans la schizophrénie : conception de nouveaux outils de recherche. In : *Les carnets de l'observatoire des schizophrénies ; schizophrénie et outcome : vers un meilleur pronostic* (Edition Interligne), Issy les Moulineaux, 2006 ; 28, p 18-23.

Bustillo J.R et coll. The psychosocial treatment of schizophrenia : an update. *American Journal of Psychiatry*, 2001 ; 163-175.

Caria A sous la coordination de Caroli F : La place des usagers en psychiatrie : Récentes évolutions. In : Guelfi J-D, Rouillon F. *Manuel de psychiatrie*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson S.A.S, 2007, 777, p 662-668.

Carpenter W.T, Gold J.M. Another view of therapy for cognition in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 2002 ; 51 (12) : 969-71.

Casadebaig F et coll. Schizophrénie et exclusion sociale. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 1997 ; 9 : 25-29.

Casadebaig F et coll. Morbidité et mortalité chez les patients schizophrènes. In : Vidon G. Schizophrénie en France. Paris : Frison Roche Ed, 2000.

Chambon O, Marie-Cardine M. Place des thérapies comportementales et de la psychothérapie cognitive dans le traitement au long cours des psychoses chroniques. Encyclopédies Médico-Chirurgicales (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 1997 ; 37-295-D-50.

Chapireau F. Handicap psychique : confirmation ou mutation du handicap à la française ? Encyclopédies Médico-Chirurgicales (Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie, 2006 ; 37-910-A-10.

Chapireau F. Révision de la classification internationale des handicaps : enquête auprès de 183 psychiatres francophones. Annales Médico-Psychologiques (Paris) 1996 ; 154 : 557-60.

Circulaire DGAS/3B n° 2005-418 du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques. Bulletin Officiel N°2005-10 : Annonce N°27, 2005.

Corcoran C, Malaspina D, Hercher L. Prodromal interventions for schizophrenia vulnerability : the risks of being "at risk". Schizophrenia Research, 2005 Mar 1 ; 73 (2-3) : 173-84.

Daléry J. Conduite à tenir. In : Guelfi J-D, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson S.A.S, 2007, 777, p 681-732.

Demily C, Thibaut F sous la coordination de Daléry J. Facteurs étiopathogéniques de la schizophrénie. In : Guelfi J-D, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson S.A.S, 2007, 777, p 242-254.

Der G, Gupta S, Murray R. Is schizophrenia disappearing ? Lancet, 1990 ; 335 : 513-516.

Dumas P sous la coordination de Guelfi J.D. Personnalités schizotypique et schizoïde. In : Guelfi J-D, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson S.A.S, 2007, 777, p 325-331.

El Khazen C, Chauchot F, Canceil O, Krebs M-O, Baylé F-J. Les symptômes prodromiques de la schizophrénie. *L'Encéphale*, 2003 ; 29 (6) : 469-77.

Finkelstein C, Canneva J. Les personnes handicapées psychiques : point de vue des usagers et de leurs familles. *Actual Dossier Santé Publique*, 2004 ; 49 : 60-3.

Fish B, Marcus J, Hans S.L et coll. Infants and risk for schizophrenia : sequelae of a genetic neuro-integrative defect ; a review and replication analysis of pancytopenia in the Jerusalem Infant Development Study. *Archives of General Psychiatry*, 1992 ; 49, 221-235.

Fiszdon J.M, Bell M.D. Remédiation cognitive et thérapie occupationnelle dans le traitement ambulatoire de patients souffrant de schizophrénie. *Santé Mentale au Québec*, 2004 ; 29 (2) : 117-142.

French P et coll. Effects of cognitive therapy on the longitudinal development of psychotic experiences in people at high risk of developing psychosis. *The British Journal of Psychiatry, Supplement*, 2007 Dec ; 51 : s : 82-87.

Frommann N, Streit M, Wolwer W. Remediation of facial affect recognition impairments in patients with schizophrenia : a new training program. *Psychiatry Research*, 2003 ; 117 (3) : 281.

Gilmore J.H et coll. Mild ventriculomegaly detected in utero with ultrasound : clinical associations and implications for schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 1998 ; 33 (3) : 133-140.

Giraud-Baro E. Réhabilitation psychosociale en France. *Annales Médico Psychologiques* 165 (éditions Elsevier Masson), 2007, p191-194.

Giraud Baro E, Duprez M sous la coordination de Vidon G. Traitements Psychosociaux. In : Guelfi J-D, Rouillon F. *Manuel de psychiatrie*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson S.A.S, 2007, 777, p 611-616.

Guelfi J-D, Boyer P, Consoli S, Olivier-Martin R. *Psychiatrie*. Paris : Puf (Fondamental), 2002, 932p, p 190-225.

Guelfi J-D, Boyer P, Consoli S, Olivier-Martin R. *Psychiatrie*. Paris : Puf (Fondamental), 2002, 932p, p 685-742.

Guide de la loi du handicap. Loi handicap : mettons-là en place pour que chacun trouve sa place. Paris : Sicom ; 2006.

Gohet P. Bilan de la mise en œuvre de la loi du 11 février 2005 et de la mise en place des Maisons Départementales des Personnes Handicapées. Rapport au Ministre du travail, des Relations Sociales et de la Solidarité et à la Secrétaire d'Etat en charge de la solidarité. Paris : La Documentation Française ; 2007.

Granholm E, Asarnow R.F, Verney S.P et coll. Span of apprehension, deficits in older outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 1996 ; 20(1-2) : 119-36.

Haro J.M et coll. SOHO Study Group. Remission and relapse in the outpatients care of schizophrenia : three-years results from the Schizophrenia Outpatient Health Outcomes study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2006 ; 26 (6) : 571-578.

Helldin L et coll. Remission and cognitive ability in a cohort of patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 2006 ; 40 (8) : 738-745.

Henriksson K.M, McNeil T.F. Health and development in the first 4 years of life in offspring of women with schizophrenia and affective psychoses : Wall-Baby Clinic information. *Schizophrenia Research*, 2004 ; 70 (1) : 39-48.

Hogarty G.E et coll. Cognitive enhancement therapy for schizophrenia : effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior. *Archives of General Psychiatry*, 2004 ; 61 (9) : 866-876.

Isohanni M et coll. Early developmental milestons in adult schizophrenia and other psychoses ; A 31-year follow-up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Schizophrenia Research*, 2001 ; 52 (1-2) : 1-19.

Jablenski A. Epidemiology of schizophrenia: an European perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 1986 : 52-73.

Kapsambelis V et Bonnet C. Mesures sociales et réhabilitation dans le traitement des patients psychotiques. Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Edition Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, tous droits réservés), Psychiatrie, 2002 ; 37-295-E-10, 11 p.

Karayiorgou M et Gogos J.A. The molecular genetics of the 22q11- associated schizophrenia. Brain Research, Molecular Brain Research, 2004 ; 132 (2) : 95-104.

Kristeva J. Lettre au président de la République sur les citoyens en situation de handicap, à l'usage de ceux qui le sont et de ceux qui ne le sont pas. Paris : Fayard ; 2003.

Kuipers et coll. London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. I : effects of the treatment phase. The British Journal of Psychiatry, 1997 Oct ; 171 : 319-327.

Kurtz M.M, Moberg P.J, Gur R.C, Gur R.E. Approaches to cognitive remediation of neuropsychological deficits in schizophrenia : a review and meta-analysis. Neuropsychology Revue, 2001 ; 11 (4) : 197-210.

Kurtz M.M. Neurocognitive rehabilitation for schizophrenia. Current Psychiatry Report, 2003 Aout ; 5 (4) : 303-10.

Lalonde P, Morin C, Briand C. De la symptomatologie à la résolution de problème. Santé Mentale, 2004 ; 88 : 48-57.

Lasry C, Gagneux M. Bilan de la politique en direction des personnes handicapées. Rapport au ministre de la solidarité nationale. Paris : La Documentation Française ; 1983.

Leguay D. Les pratiques françaises de réadaptation sociale. L'Information Psychiatrique, 2001 ; 77: 259-263.

Leutch S, Heres S. Epidemiology, clinical consequences, and psychosocial treatment of nonadherence in schizophrenia. Journal Clinical of Psychiatry, 2006 ; 67 (suppl 5) : 3-8.

Liberman R.P et coll. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. International Review of Psychiatry, 2002 ; 14 : 256-272.

Limosin F sous la coordination de Verdoux H. Facteurs de vulnérabilité environnementaux. In : Guelfi J-D, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson S.A.S, 2007, 777, p 86-90.

Llorca P-M sous la coordination de Olié J-P. Les antipsychotiques. In : Guelfi J-D, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson S.A.S, 2007, 777, p 524-535.

Lombertie E.R. SROS 3, plan santé mentale et loi du 11 février : cohérence et/ou ambiguïtés ? In : Les dossiers Croix-Marine, Réinsertion au travail et aménagement raisonnable. Fédération d'aide à la Santé Mentale Croix-Marines. Paris, Dossier Bleu, 2006 ; 27, p 6-8.

Lyon-Pagès I, Philippoz R, Audenis-Cardis C, Bovet P. Les groupes psychoéducatifs destinés aux proches et aux patients souffrant de schizophrénie : l'expérience lausannoise. Médecine et Hygiène, 2002 ; 60 : 1711-1714.

Mari (de) JJ, Steiner DL. An overview of family intervention and relapse on schizophrenia : meta-analysis of research findings. Psychological Medicine, 1994 ; 24 (3) : 565-578.

Mayot-Eppling I. La réinsertion professionnelle des schizophrènes. Bibliothèque Médecine Nancy 1, 1999, 121 p.

Miermont J. Thérapies familiales et schizophrénies. Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Elsevier SAS, Paris) Psychiatrie, 2004 ; 37-295-D-10, 6p.

Miermont J. Thérapies en couple et en famille. Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie, 2005 ; 37-819-F-10.

Miller M.B, Chapman L.J, Chapman J.P, Barney E.M. Schizophrenic deficit in span of apprehension. Journal of Abnormal Psychology, 1990 ; 99 (3) : 313-6.

Mirabel-Sarron C sous la coordination de Widlöcher D. Les thérapies comportementales et cognitives. In : Guelfi J-D, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson S.A.S, 2007, 777, p 572-578.

McGrath J, Saha S, Welham J et coll. A systematic review of the incidence of schizophrenia : the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Medicine* ; 2004 ; 2 (13) : 1-22.

Moller P, Husby R. The initial prodrome in schizophrenia : searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. *Schizophrenia Bulletin* ; 2000 ; 26 (1) : 217-232.

Niemi L.T, Suvisaari J.M, Tuulio-Henriksson A, Lonnqvist J.K. Childhood development abnormalities in schizophrenia : evidence from high-risk studies. *Schizophrenia Research*, 2003 ; 60 (2-3) : 239-258.

Organisation mondiale de la santé. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Genève : OMS ; 2001.

Ösby U, Correia N, Brandt L, Ekblom A, Sparén P. Time trends in schizophrenia mortality in Stockholm County, Sweden : cohort study. *British Medical Journal* 2000; 321 : 483-484.

Ösby U, Hammar N, Brandt L et coll. Times trends in first admissions for schizophrenia and paranoid psychosis in Stockholm County, Sweden. *Schizophrenia Research*, 2001 ; 47 (2-3) : 247-54.

Palmer B. W, Heaton R.K, Paulsen J.S et coll. Is it possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal ? *Neuropsychology*, 1997 ; 11 (3) : 437-46.

Piel E, Roeland J.L. De la psychiatrie vers la santé mentale. Rapport rédigé à la demande du ministre de la santé, 2001.

Pilling S et coll. Psychological treatments in schizophrenia : II ; Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine*, 2002 ; 32 : 783-791.

Pitschel-Walz G, Leucht S, Baumj J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia : a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 2001 ; 27 (1) : 73-92.

Saoud M, D'Amato T. La schizophrénie de l'adulte : Des causes aux traitements. Issy-les-Moulineaux : Masson Editeur, 2006 ; 234, p 17-39 (Collection : Les âges de la vie).

Saoud M, D'Amato T. La schizophrénie de l'adulte : Des causes aux traitements. Issy-les-Moulineaux : Masson Editeur, 2006 ; 234, p 183-230 (Collection : Les âges de la vie).

Sartorius N. Schizophrénie : résultats des recherches épidémiologiques et transculturelles. Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Editions Techniques), Psychiatrie : 37290 A 30. Paris.

Sénat. Débats, Séances du 3 avril 1975. Journal Officiel 1975 : 286-94.

Simonet M, Brazo P. Modèle cognitivocomportemental de la schizophrénie. Encyclopédie Médico-Chirurgicales (Editions Elsevier Masson), Psychiatrie, 2005 : 37-290-A-10.

Simonnot A.-L et coll. Actualité des données sur les modalités évolutives de la schizophrénie. Encyclopédie Médico-Chirurgicales (Editions Elsevier Masson), Psychiatrie, 2005 : 37-282-A-10, Paris.

Smith G.N, Flynn S.W, McCARTHY N et coll. Low birthweight in schizophrenia : prematurity or poor fetal growth ? Schizophrenia Research, 2001 ; 47 (2-3) : 177-84.

STATISS 2006 Les Régions françaises. Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social : Ed La Contemporaine, 2006, 68 ; p39.

STATISS 2006 Limousin. Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social : Ed Lavauzelle Graphic, 2006, 32 ; p 16.

Stip E, Rialle V. Environmental cognitive remediation in schizophrenia : ethical implications of "smart home" technology. Canadian Journal of Psychiatry, 2005 ; 50 (5) : 281-291.

Tessier L, Clément M. La réadaptation psychosociale en psychiatrie : défi des années 90. Québec : Gaétant Morin édition, 1992.

Thibaut F. Données génétiques de la schizophrénie. Encyclopédie Médico-Chirurgicales (Editions Elsevier Masson), Psychiatrie : 37-285-A-16, Paris.

Thurin J-M, Darcourt G sous la coordination de Widlöcher. Les thérapies psychanalytiques. . In : Guelfi J-D, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson S.A.S, 2007, 777, p 557-571.

UNAPEI. Entreprises adaptées : les réponses aux questions posées par la loi 2005-102 ; Message aux administrateurs de l'Union, aux membres du Conseil Consultatif National et aux Présidents d'Associations. Les Messages de l'Union- N° 88 spécial « Les entreprises adaptées », 2005, 12 ; p1.

Vidailhet P. Mise à jour des recommandations internationales à propose du traitement des troubles schizophréniques. In : La lettre de l'observatoire des schizophrénies, N° 3 (Ed Interligne), Janvier 2008, 8, p 2.

Vidon G. La réhabilitation psychosociale en psychiatrie. Paris : Ed Frison-Roche, 1995 : 27-62.

Waintraub L sous la coordination de Daléry J. Clinique et orientations thérapeutiques. In : Guelfi J-D, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson S.A.S, 2007, 777, p 223-234.

Waxler B.E, Bell M.D. Cognitive remediation and vocational rehabilitation for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 2005 Octobre ; 31 (4) : 931-41.

Wykes T, Reeder C, Corner J, Williams C, Everitt B. The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 1999 ; 25 (2) : 291-307.

Wykes T et coll. Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis-cognitive remediation therapy (CRT). Clinical Psychology Revue, 2001 ; 21 (8) : 1227-1256.

Zaarour Z. The place of cognitive-behavioral therapy in schizophrenia : a review of the literature. Revue Médicale de Bruxelles, 2008 Mar-Apr ; 29 (2) : 95-101.

Table des matières.

REMERCIEMENTS.....	8
SOMMAIRE.....	19
INTRODUCTION.....	25
I. PREMIÈRE PARTIE : RAPPELS THÉORIQUES SUR LA SCHIZOPHRÉNIE, LE HANDICAP ET L'ASPECT LÉGISLATIF DU TRAVAIL.....	28
A. LA SCHIZOPHRÉNIE.....	29
A.1. ÉPIDEMIOLOGIE.....	29
A.2. DEFINITIONS.....	30
A.2.1. RAPPELS HISTORIQUES.....	30
A.2.2. DEFINITION FRANÇAISE.....	33
A.2.3. DEFINITION DANS LES CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES.....	34
A.3. PSYCHOPATHOLOGIE.....	35
A.4. ÉTIOPATHOGÉNIE, PHYSIOPATHOLOGIE.....	36
A.4.1. UNE ANOMALIE NEURODEVELOPPEMENTALE.....	36
A.4.2. DES MODELES DE VULNERABILITES DIFFERENTS.....	38
A.4.2.1. L'hypothèse génétique.....	38
A.4.2.2. L'hypothèse environnementale.....	39
A.4.2.2.1. Facteurs environnementaux biologiques.....	39
A.4.2.2.1.1. Les agents infectieux.....	39
A.4.2.2.1.2. Les causes nutritionnelles.....	40
A.4.2.2.1.3. Les facteurs immunologiques.....	40
A.4.2.2.1.4. Les causes obstétricales.....	40
A.4.2.2.1.5. Les agents chimiques et physiques.....	41
A.4.2.2.2. Facteurs environnementaux sociodémographiques.....	41
A.4.2.2.3. Rôle du stress comme facteur déclenchant.....	42
A.4.2.3. L'hypothèse neurobiochimique.....	42

A.4.2.3.1. Système dopaminergique.....	42
A.4.2.3.2. Système sérotoninergique.....	43
A.4.2.3.3. Système glutamatergique.....	43
A.4.2.3.4. Système GABAergique.....	43
A.4.2.3.5. Système noradrénergique.....	44
A.4.2.3.6. Système cholinergique.....	44
A.4.2.3.7. Système histaminergique.....	44
A.4.2.4. Synthèse des modèles de vulnérabilité dans la schizophrénie.....	45
A.5. LA MALADIE ET SON EVOLUTION NATURELLE.	45
A.5.1. PHASE PREMORBIDE.	45
A.5.2. PHASE PRODROMIQUE.	47
A.5.3. PHASE D'ETAT.	48
A.5.3.1. La dimension négative.....	48
A.5.3.2. La dimension de désorganisation.	49
A.5.3.3. La dimension positive.	50
A.5.4. LE DEVENIR DU MALADE.	50
A.5.4.1. Evolution longitudinale de la schizophrénie.	50
A.5.4.2. La rémission.	51
A.6. UN HANDICAP COGNITIF ET SES TRAITEMENTS.	53
A.6.1. LES MEDICAMENTS : LES PSYCHOTROPES ET LEUR EVOLUTION.	53
A.6.1.1. Historique.	53
A.6.1.2. Les neuroleptiques ou antipsychotiques de première génération.....	54
A.6.1.3. Les antipsychotiques de seconde génération.....	54
A.6.1.4. Les actions pharmacologiques.....	54
A.6.1.5. Les effets des antipsychotiques de seconde génération.....	55
A.6.1.5.1. Effet sédatif.....	55
A.6.1.5.2. Effet antipsychotique.....	55
A.6.1.5.3. Effet antidéficitaire.....	55
A.6.1.5.4. Effet cognitif.....	55
A.6.1.5.5. Les recommandations.....	56
A.6.1.5.6. Conduite à tenir lors du premier accès de schizophrénie (Daléry, 2007).....	57
A.6.1.5.6.1.A la phase initiale.....	57
A.6.1.5.6.2.Ultérieurement.....	57

A.6.1.5.7. Conduite à tenir lors d'une forme déficitaire (Daléry, 2007).....	57
A.6.1.5.7.1. Initialement.....	58
A.6.1.5.7.2. Ultérieurement.....	58
A.6.1.5.8. Conduite à tenir lors d'une forme productive (Daléry, 2007).....	58
A.6.1.5.8.1. A la phase initiale.....	58
A.6.1.5.8.2. A distance.....	58
A.6.2. LES PSYCHOTHERAPIES.....	59
A.6.2.1. Les thérapies analytiques.....	59
A.6.2.2. Les thérapies cognitivo-comportementales.....	59
A.6.2.2.1. Définition.....	59
A.6.2.2.2. Leur intérêt sur les hallucinations et le délire.....	60
A.6.2.2.3. Leur action sur la gestion de la vie quotidienne.....	60
A.6.2.2.4. Psychoéducation familiale.....	61
A.6.2.3. Les thérapies familiales.....	61
A.6.2.3.1. Définition.....	61
A.6.2.3.2. Principes.....	62
A.6.2.3.3. Quelques techniques de thérapies familiales.....	62
A.6.2.3.4. Le cadre thérapeutique.....	63
A.6.2.3.5. Intérêt dans la prise en charge des patients schizophrènes.....	64
A.6.2.4. Place des différentes thérapies dans la schizophrénie.....	64
A.6.3. LA REMEDIATION COGNITIVE.....	65
A.6.3.1. Définition.....	65
A.6.3.2. Principe.....	65
A.6.3.3. Quelques techniques.....	65
A.6.3.4. Les résultats.....	66
A.6.4. LE TRAITEMENT PSYCHOSOCIAL.....	66
B. ASPECTS RÉGLEMENTAIRES DU TRAVAIL ET DE L'ACCÈS DES PERSONNES HANDICAPÉES À CELUI-CI.....	70
B.1. RECONNAISSANCE DU HANDICAP PSYCHIQUE.....	70
B.1.1. ASPECT HISTORIQUE.....	70
B.1.2. DES DIFFICULTES MAJEURES QUANT A L'EVALUATION DU HANDICAP.....	73
B.1.2.1. Rappels.....	73
B.1.2.2. Les échelles d'évaluation.....	74

B.1.3. LES OUTILS DE LA LOI SUR LE HANDICAP DE FEVRIER 2005.....	75
B.1.3.1. Le décret.....	75
B.1.3.2. Ses objectifs.....	76
B.1.3.3. Ses moyens.....	77
B.1.3.4. Les projets qui en résultent.....	77
B.1.3.4.1. Les SAVS.....	78
B.1.3.4.2. Les S.A.M.S.A.H.....	80
B.1.3.4.2.1.Définition.....	80
B.1.3.4.2.2.Objectifs.....	80
B.1.3.4.2.3.Principes de fonctionnement.....	81
B.1.3.4.2.4.En Haute-Vienne.....	81
B.1.3.4.3. Les G.E.M (Groupes d'entraide mutuelle).....	81
B.1.3.4.3.1.Leur origine.....	81
B.1.3.4.3.2.Leurs objectifs.....	82
B.1.3.4.3.3.En Haute-Vienne, qu'en est-il ?.....	84
B.2. PLAN DE SANTE MENTALE ET SROS 3.....	85
B.2.1. DEFINITION.....	85
B.2.2. EN LIMOUSIN.....	85
B.2.3. QU'EN EST-IL POUR LES PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP ?	86
B.2.4. QUELLE PLACE POUR LE PLAN SANTE MENTALE DE 2005-2008 ?.....	86
B.3. STRUCTURES EXISTANTES POUR L'AIDE A LA FORMATION ET LA REINSERTION SOCIOPROFESSIONNELLES.....	87
B.3.1. LES STRUCTURES D'INTERFACE ENTRE LE MEDICAL ET LE SOCIAL.....	88
B.3.1.1. Les organisations sous couvert de l'Etat.....	88
B.3.1.2. Les structures d'interface et d'accompagnement.....	89
B.3.2. TRAVAIL ET SCHIZOPHRENIE.....	92
B.3.2.1. La valeur travail.....	92
B.3.2.2. Quelques chiffres.....	93
B.3.2.3. Le travail en milieu ordinaire.....	94
B.3.2.4. Le travail en milieu protégé.....	94
B.3.2.4.1. Les E.S.A.T.....	94
B.3.2.4.1.1.Définition.....	94
B.3.2.4.1.2.Rôle.....	95

B.3.2.4.1.3. Les personnes accueillies en E.S.A.T.....	96
B.3.2.4.1.4. En Haute-Vienne, qu'en est-il ?.....	97
B.3.2.4.2. Les établissements et services de réinsertion professionnelle.....	98
B.3.2.4.2.1. Les entreprises adaptées (ex ateliers protégés).....	98
B.3.2.4.2.1.1. Définition.....	98
B.3.2.4.2.1.2. Rôle.....	99
B.3.2.4.2.1.3. L'accès à ces entreprises, pour qui ?.....	99
B.3.2.4.2.1.4. Recensement sur la Haute-Vienne.....	100
B.3.2.4.2.2. Les centres de rééducation professionnelle (CRP).....	102
B.3.2.4.2.2.1. Définition.....	102
B.3.2.4.2.2.2. Objectifs.....	102
B.3.2.4.2.2.3. En 87, quels sont-ils ?.....	103

II. DEUXIEME PARTIE : ÉTUDE DESCRIPTIVE AUPRÈS DES MÉDECINS PSYCHIATRES.....104

A. PRINCIPE DE L'ÉTUDE.....	105
A.1. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	105
A.2. CARACTERISTIQUES DE L'ÉTUDE.....	106
B. METHODOLOGIE.....	106
B.1. POPULATION DES SCHIZOPHRENES.....	106
B.1.1. RECRUTEMENT.....	106
B.1.2. CRITERES D'INCLUSION.....	107
B.1.3. CRITERES D'EXCLUSION.....	108
B.2. POPULATION DES PSYCHIATRES.....	108
B.2.1. RECRUTEMENT.....	108
B.2.2. CRITERES D'INCLUSION.....	108
B.2.3. CRITERES D'EXCLUSION.....	109
C. DEROULEMENT PRATIQUE DE L'ÉTUDE.....	110
D. ANALYSE DES DONNEES.....	110
E. RESULTATS.....	112
E.1. LA POPULATION SCHIZOPHRENE EN HAUTE-VIENNE.....	112
E.1.1. DONNEES DEMOGRAPHIQUES.....	112
E.1.2. DONNEES DESCRIPTIVES PAR RAPPORT A L'ÉTUDE.....	113

E.1.2.1. Les formes de schizophrénie.....	113
E.1.2.2. Place de l'hospitalisation dans la prise en charge des patients schizophrènes.....	114
E.1.2.3. Le travail et les patients schizophrènes.....	115
E.1.2.3.1. Le statut professionnel des malades.....	115
E.1.2.3.2. Place du travail actuel dans la population étudiée.....	116
E.1.2.3.3. Quelle situation professionnelle antérieure chez ces patients ?.....	117
E.1.2.3.4. Place des structures de réinsertion et de formation professionnelle.....	119
E.1.2.3.4.1.Schizophrénie et formation professionnelle en Haute-Vienne.....	119
E.1.2.3.4.2.Schizophrénie et réinsertion professionnelle en Haute-Vienne.....	120
E.1.2.3.5. Prise en charge en structure sanitaire des schizophrènes.....	122
E.1.3. ANALYSES COMPARATIVES OU CORRELATIONS.....	123
E.1.3.1. Analyse comparant le sexe aux autres facteurs psychosociaux.....	123
E.1.3.1.1. Sexe et formes.....	123
E.1.3.1.2. Sexe et hospitalisation.....	123
E.1.3.1.3. Sexe et statut de travailleur handicapé.....	124
E.1.3.1.4. Sexe et travail actuel.....	124
E.1.3.1.5. Sexe et travail antérieur.....	126
E.1.3.1.6. Sexe et formation professionnelle.....	126
E.1.3.1.7. Sexe et réinsertion professionnelle.....	126
E.1.3.1.8. Sexe et structure sanitaire.....	127
E.1.3.2. Corrélations entre le travail actuel et les facteurs psychosociaux.....	127
E.1.3.2.1. Travail actuel et âge catégoriel.....	127
E.1.3.2.2. Travail actuel et forme de schizophrénie.....	128
E.1.3.2.3. Travail actuel et hospitalisation.....	129
E.1.3.2.4. Travail actuel et RQTH.....	130
E.1.3.2.5. Travail actuel et travail antérieur.....	131
E.1.3.2.6. Travail actuel et formation.....	132
E.1.3.2.7. Travail actuel et structures de réinsertion professionnelle.....	134
E.1.3.2.8. Travail actuel et structure sanitaire.....	135
E.1.3.3. Régressions Logistiques : Facteurs influençant le travail actuel.....	136
E.2. LES PSYCHIATRES EN HAUTE VIENNE.....	139
E.2.1. DONNEES DEMOGRAPHIQUES.....	139

E.2.2. DONNEES DESCRIPTIVES PAR RAPPORT A L'ETUDE COMPARAISON DE FREQUENCE ENTRE LES PSYCHIATRES HOSPITALIERS ET LES LIBERAUX.....	140
E.2.2.1. Connaissances sur les structures de réinsertion et de formation professionnelles. .	140
E.2.2.2. Comparaison du partenariat entre les médecins et les différentes structures.	141
E.2.2.3. Place des structures hors département.	142
E.2.2.4. Place des S.A.M.S.A.H et des S.A.V.S.	143
E.2.2.5. Ressenti des psychiatres.	144
E.2.2.5.1. Efficacités des différentes structures.	144
E.2.2.5.2. Coopération entre les médecins et les différents organismes.	145
E.2.2.5.3. Niveau d'information des médecins.	145
E.2.2.6. Quelles propositions possibles pour améliorer l'intégration des schizophrènes dans le monde du travail.	145

III. TROISIEME PARTIE : DISCUSSION ET PERSPECTIVES.....148

A. LES LIMITES DE L'ETUDE ET SES PROBLEMES METHODOLOGIQUES.	149
B. INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS.	150
B.1. ELEMENTS DE DISCUSSION APPORTES PAR LA POPULATION RECRUTEE.	150
B.2. ELEMENTS DE DISCUSSION APPORTES PAR LES RESULTATS OBTENUS AVEC LE QUESTIONNAIRE CONCERNANT LES PSYCHIATRES.....	155
C. COMPARAISON DES RESULTATS AVEC D'AUTRES ETUDES ET LES CHIFFRES OFFICIELS.....	158

CONCLUSIONS.....159

ANNEXES.....164

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....169

TABLE DES MATIERES.....180

SERMENT D'HIPPOCRATE.....187

SERMENT D'HIPPOCRATE.

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 3160

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VE ET PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

RÉSUMÉ

La schizophrénie est une maladie invalidante, responsable d'un handicap psychique du à des troubles cognitifs, ne permettant pas une insertion sociale sans aménagements. L'apparition de nouvelles thérapeutiques médicamenteuses, médicosociales et la prise de conscience des pouvoirs publics, ont permis d'éclaircir l'avenir de ces patients. Devant ces avancées, il est apparu opportun de déterminer le niveau d'intégration socioprofessionnel des schizophrènes en Haute-Vienne en 2008 mais aussi, d'évaluer la place des psychiatres dans la prise en charge sociale de leurs patients et leur ressenti quant aux outils dont ils disposent pour leur proposer un projet de vie adapté.

L'étude s'est composée de deux parties. Tout d'abord, nous avons déterminé les caractéristiques médicosociales de 508 schizophrènes suivis par 55 psychiatres en Haute-Vienne. Puis, nous avons taché d'évaluer le niveau des connaissances des psychiatres et leur opinion sur les structures d'accompagnement professionnel et les solutions qu'ils envisageraient pour améliorer l'intégration des schizophrènes dans le monde du travail.

Les résultats soulignent que 145 schizophrènes travaillent en 2008 en Haute-Vienne. Il existe une corrélation entre le sexe, l'âge diagnostic, la forme, l'hospitalisation, la prise en charge par des structures sanitaires ou de formation professionnelle et l'accès à l'emploi. Concernant les psychiatres, il existe des défauts de connaissances sur les outils de réinsertion et certaines mesures sont souhaitées afin améliorer l'intégration des patients dans le monde du travail comme un livret résumant le panel d'outils de réinsertion et de formation professionnelle.

INTEGRATION OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS IN THE WORLD OF WORK: STATE OF PLAY IN HAUTE-VIENNE IN 2008. SURVEY OF PSYCHIATRISTS.

Schizophrenia is a crippling disease, responsible for a mental disability due to cognitive impairments, does not allow social inclusion without facilities. The emergences of new therapeutics drugs, medico-socials and awareness of government, have shed light on the future of these patients. Given these advances, it seemed appropriate to determine the level of the social integration of schizophrenia in Haute-Vienne in 2008, but also to assess the role of psychiatrists in the social care of their patients and their feelings about the tools available to them a life suitable.

The study consisted of two parts. We first determined the characteristics medico-socials of 508 schizophrenics, followed by 55 psychiatrists in Haute-Vienne. Then we tried to assess the level of knowledge of psychiatrists and their opinion about the professional structures and the solutions they consider to improve the integration of schizophrenics in the world of work.

The results highlight that 145 schizophrenics work in 2008 in Haute-Vienne. There is a correlation between genders, the age of diagnosis, form, hospitalization, the assumption by health facilities or training and access to employment. Regarding the psychiatrists, there are defects in knowledge about tools reintegration and measures are desired to improve the integration of patients in the world of work as a booklet summarizing the panel of tools for rehabilitation and vocational training.

Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en Médecine

Mots-clés : Schizophrénie / Troubles cognitifs / Handicap psychique / Intégration socioprofessionnelle / Psychiatres / Haute-Vienne

UNIVERSITÉ DE LIMOGES - FACULTÉ DE MÉDECINE

2, rue du Docteur Marcland 87025 LIMOGES CEDEX