

Repères sur la déficience psychique

SOMMAIRE

- *Quelques définitions*
 - La santé mentale
 - La souffrance psychique
 - La déficience psychique
 - Le handicap psychique
- *A l'origine*
- *La maladie mentale*
- *Classification*
 - Les symptômes
 - Les grands types de pathologies
 - A propos des troubles des conduites sociales
- *Ce qui caractérise le handicap psychique et pour comprendre le vécu de la personne*
- *Méthodologie générale des prises en charge*
- *Les points de vigilance en formation et au travail*
- *Les bonnes questions à poser pour mieux comprendre ce qui est nécessaire à la personne*

■ *Quelques définitions*

• La santé mentale

Il ne s'agit pas d'une absence de maladie mais d'un état complet de bien-être physique, mental et social.

La santé mentale est sous-tendue par le « modèle bio-psycho-social » qui implique 3 dimensions :

- Une dimension biologique à la fois génétique et physiologique ;
- Une dimension psychologique ou psychodéveloppementale, qui comprend les aspects affectifs, cognitifs et relationnels ;
- Une dimension sociale ou contextuelle qui fait référence à l'insertion de l'individu dans son milieu, sa culture et aux relations qu'il entretient avec celui-ci, qu'il s'agisse d'un niveau micro- ou macroscopique.

On admet généralement que la santé mentale est en quelque sorte le résultat d'une interaction entre l'environnement, la société et les individus qui la composent.

• La souffrance psychique

La souffrance psychique peut être définie comme visant à rendre compte des difficultés manifestes vécues par certaines personnes sans que pour autant une maladie mentale soit identifiable.

La souffrance psychique peut précéder ou succéder une incapacité ou bien une dégradation sociale.

Selon la classification internationale des handicaps

• La déficience psychique

ou altération des fonctions psychiques.

Les critères de **déficience** psychique sont énumérés dans le « Guide-Barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées » :

Troubles de la volition (impossibilité d'agir par incapacité à vouloir et décider, négativisme, ou au contraire incapacité à s'empêcher d'agir, compulsions obsessionnelles)

Troubles de la pensée (idées obsessionnelles, fuite ou incohérence des idées, lenteur ou appauvrissement de la pensée, délire)

Troubles de la perception (hallucinations, déréalisation)

Troubles de la communication et du langage, repli autistique

Troubles du comportement (agitation, agressivité contre soi et contre les autres, rites obsessionnels, phobies)

Troubles de l'humeur (troubles dépressifs ou états maniaques, c'est-à-dire états d'excitation et d'agitation psychomotrice)

Troubles de la conscience et de la vigilance

Troubles intellectuels (difficultés de conceptualisation et d'abstraction, troubles de la mémoire, de l'attention, du jugement, de l'orientation temporelle et spatiale)

Troubles de la vie émotionnelle et affective (anxiété, angoisse, indifférence, discordance ou instabilité affective, troubles du caractère)

Expressions somatiques (somatisations, plaintes, altérations de l'état général).

Ces déficiences entraînent de nombreuses **incapacités** dans la vie quotidienne (toilette, habillement, courses, cuisine, entretien, déplacements...), ainsi que dans les relations sociales et le travail. Elles peuvent être plus ou moins compensées par la personne, avec l'aide de son entourage, et affecter à des degrés divers la vie sociale et professionnelle, et l'autonomie personnelle.

- **Le handicap psychique**

Le handicap n'est pas la maladie en tant que telle mais ce qui en résulte dans un contexte précis.

L'usage en France, réserve le terme de « handicap mental » aux handicaps résultant de la déficience intellectuelle.

Pour désigner les handicaps résultant de déficiences des fonctions psychiques ou fonctions mentales, il est proposé le terme de « handicap psychique ».

■ **A l'origine**

La défaillance des fonctions psychiques a **de multiples causes**. Elle peut résulter d'une maladie mentale, mais aussi d'une maladie neurologique, d'un traumatisme cérébral, d'une intoxication chronique (par l'alcool, les drogues ou les médicaments), d'une détérioration mentale liée à l'âge ou d'une anomalie génétique...Elle peut compliquer d'autres déficiences, motrices, sensorielles ou intellectuelles.

■ **La maladie mentale**

« La maladie mentale est un trouble de l'intégration de la personnalité et du monde. »

IL n'est pas possible de donner une définition exhaustive de la maladie mentale (terme générique lorsqu'il y a **troubles psychiques caractérisés**) néanmoins on peut retenir que les personnes souffrent et leur malaise peut se traduire par des comportements déroutants pour les autres parce qu'éloignés des conduites convenues et habituelles.

IL faut considérer la maladie mentale comme un **trouble au long court**. Il n'y a pas un commencement et une fin déterminable à l'avance.

■ **Classification**

- **Les symptômes**

Les symptômes nous donnent des indications sur l'état de souffrance de la personne.

IL s'agit d'observer ou de repérer ce qui chez la personne relève d'un fonctionnement qui apparaît en décalage avec des éléments naturels *d'hygiène de vie*, ou de comportements et d'ajustements relationnels sociaux habituels.

C'est dans le cadre du récit de l'organisation des journées qu'une vigilance particulière doit être accordée à certains signaux comme :

- La gestion des temps de sommeil : une hypersomnie ou son contraire l'insomnie, sont

souvent le signe d'une problématique psychologique ou psychique qui émerge ou réémerge.

- La gestion des conduites alimentaires. La manière dont la personne gère son hygiène alimentaire, équilibre son fonctionnement personnel autour des prises de repas, y compris le plaisir ou le déplaisir que la personne y perçoit elle-même, peuvent donner des indications précieuses sur l'état du fonctionnement mental de la personne.
- La gestion des conduites vestimentaires . La façon dont la personne porte un soin aigu ou au contraire manifeste un « laisser-aller » certain dans ses comportements vestimentaires, sont des indicateurs potentiels de son état de souffrance. Notons aussi le décalage des conduites vestimentaires soit vis-à-vis du contexte relationnel, soit vis-à-vis du climat saisonnier.
- L'examen des conduites cognitives, comme la capacité à maintenir son attention ou non, la persistance des processus mnésiques, ainsi que les capacités à transposer dans un univers de réalité les processus intellectuels, sont également autant d'indices sur la performance ou la difficulté du fonctionnement psychique d'une personne.

Plus particulièrement, et de façon non exhaustive, peuvent s'observer des comportements et des signes évocateurs d'une souffrance psychique. Ces signes doivent alerter l'attention s'ils apparaissent excessifs, répétitifs, chroniques. Ce sont :

- Des troubles de la perception des réalités. La personne est en difficulté dans la perception de son entourage. Elle ne peut toujours y donner du sens, ni accéder à des processus d'anticipation adaptés.

- Des décalages importants en ce qui concerne des manifestations comportementales et leur connexion avec des éléments du contexte environnemental. La personne donne parfois, un sentiment *d'étrangeté*.
- Des difficultés à développer des processus d'introspection. La personne est en difficulté pour s'envisager comme acteur dans la relation aux autres. La personne ne peut tirer profit ni véritable enseignement de ses expériences passées. Les effets d'apprentissage sont dès lors très diminués.
- Une tendance aux surestimations des capacités sociales et professionnelles. Ceci amène la personne à formuler des projets professionnels irréalistes ou infaisables dans un contexte de surévaluation des aptitudes et compétences.
- Des *comportements compulsifs*, qui conduisent à des actions inadaptées, voire très décalées par rapport au contexte existant.
- Des hyper kinesthésies. La personne ne peut tenir en place, et se trouve très vite en grande difficulté lorsqu'on lui propose un travail ou des actions qui vont mobiliser une plus grande attention.
- Des « rythmes de vie » qui sont souvent excessifs. Ceci concerne l'hyper agitation maniaque où les processus de pensées sont très fréquemment absents. La personne ne se trouve plus en capacité de hiérarchiser ses propres actions. Elle devient extrêmement réactive à son entourage sans qu'elle soit en réelle capacité de prise de distance et de recul vis à vis des évènements, des situations ou des relations avec autrui.
- Des *sentiments de persécutions*. La personne évoque son sentiment d'être constamment observée. Ainsi chaque mot, chaque geste, chaque regard vont alors être interprétés comme autant de signes inquiétants pour elle-même.
- Des manifestations de replis massifs et non discriminés, des processus relationnels. La locution est très limitée, (ce qui n'empêche par ailleurs et pour d'autres une très grande logorrhée). Ceci vient mettre en évidence un retrait important vis-à-vis du monde environnant. Ici, quasi mutisme ou

logorrhée poursuivent d'une certaine manière le même objectif. IL en est de même pour les processus de *sidération*. La personne reste immobile, le regard fixe et intense sur un objet ou une personne. C'est parfois le cas dans un travail qui demande à la personne une prise de décision ou une interprétation vis à vis d'une information.

- Des impossibilités à asseoir de façon construite et argumentée une décision , avec à ce niveau de grandes manifestations d'*ambivalence*.
- Une mise à distance des affects et leur banalisation. Cet élément peut être mis en lien avec des processus de dépersonnalisation (sentiment de ne plus être dans son corps, de ne plus ressentir les choses dans le vécu de l'instant). Les événements pourront alors avoir tendance à être rationalisés. Chaque chose aura son explication construite, rationnelle comme pour mieux la maîtriser et la maintenir à distance.

Le symptôme doit se comprendre dans une dynamique relationnelle et psychologique.

Il n'y a pas de stricte correspondance entre un symptôme, une interprétation et une psychopathologie.

De plus un symptôme est individualisé. Il ne désigne pas obligatoirement la même chose pour deux personnes différentes, il prendra sens dans le vécu de chacune d'entre elles.

- **Les grands types de pathologies**

Dans l'exposé qui suit, il s'agit de proposer une approche accessible de ce que les psychiatres désignent cliniquement sous le terme de maladies mentales ou troubles psychiques.

Mais quand il s'agit de réinsertion, il convient d'éviter la terminologie psychiatrique : névrose, psychose... ce sont des termes que seuls les psychiatres maîtrisent Afin d'éviter des idées préconçues parasites.

Maladies	Définition et symptômes
<p>Les psychoses « Trouble psychique grave atteignant globalement la personnalité (trouble de l'identité) avec perturbation profonde de la relation du sujet à la réalité ». Le délire et les hallucinations sont les symptômes spécifiques de la psychose</p>	
<p>Troubles affectifs bipolaires ou psychose maniaco-dépressive</p>	<p>Le patient alterne les épisodes d'exaltation et d'hyperactivité (manie) et d'humeur dépressive et de baisse d'énergie (dépression).</p> <ul style="list-style-type: none"> - La manie peut être accompagnée d'idées délirantes ou d'hallucinations (auditives ou visuelles), d'une excitation incontrôlable, de logorrhée, d'insomnies et d'une perte des inhibitions sociales normales. - La dépression : tristesse inexplicable, perte des plaisirs habituels de la vie quotidienne, variations pondérales, troubles du sommeil, fatigue, sentiment de dévalorisation et culpabilité, baisse de concentration et indécision. La dépression chronique se caractérise par la persistance de ces symptômes pendant plusieurs années.
<p>Schizophrénie</p>	<p>Regroupe toute une série d'affections psychiatriques sévères qui commencent généralement vers la fin de l'adolescence ou le début de la vie adulte et deviennent souvent chroniques et incapacitantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Symptômes positifs : Idées délirantes, hallucinations, pensées incohérentes ou confuses, perturbation de la perception de soi avec une humeur ne correspondant pas à ces pensées, car le sujet n'a pas conscience d'être malade. - Symptômes négatifs : manque d'énergie et de motivation, émoussement affectif, retrait social, pauvreté de la pensée. <p>Le risque de suicide est plus important que dans la population générale.</p>
<p>Psychose délirante chronique Exemple : la paranoïa</p>	<p>Apparition de délires qui présentent la particularité de donner l'apparence d'une construction logique : délire de revendication, délire passionnel, délire d'interprétation, délire sensitif de relation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Symptômes : l'orgueil, la méfiance, l'agressivité, la psychorigidité, la fausseté du jugement, le dogmatisme. Sentiment d'être persécuté par autrui.

Maladies	Définition et symptômes
<p>Les névroses « Trouble de la personnalité liés à des conflits intra-psychiques et inhibant des conduites sociales » : Troubles psychopathologiques mineurs maintenant le contact avec la réalité où le malade a conscience de son trouble, où ses troubles sont compréhensibles et centrés autour de l'angoisse.</p>	
<p>Les troubles anxieux</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Troubles paniques ▪ Phobies ▪ Troubles obsessionnels-compulsifs ▪ État de stress post-traumatique 	<p>Se caractérisent par des symptômes d'anxiété et un comportement d'évitement</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se caractérisent par des épisodes imprévisibles de crainte ou gêne intense, pouvant durer plusieurs minutes ou plusieurs heures, et s'accompagnant de difficultés respiratoires, d'étourdissements, de palpitations, de tremblements, de transpiration et souvent de la peur de mourir ou de devenir fou. ▪ Se caractérisent par une crainte persistante et incontrôlée de certaines situations (rue, place vide, ascenseur.) ou d'un stimulus particulier (chiens, serpents, sang, etc.), phobie d'impulsion (crainte de blesser quelqu'un, de se jeter dans le vide), dysmorphophobies (crainte d'une difformité), nosophobie (crainte d'une maladie) et des conduites d'évitement (être accompagné-restreindre les sorties) et de fuites. ▪ Se distinguent par des pensées obsédantes, désagréables et absurdes et par des comportements illogiques et répétitifs, censés protéger d'un danger, comme par exemple le fait de se laver les mains sans arrêt de façon incontrôlée. ▪ Se manifestent après une expérience de caractère inhabituel ou catastrophique et persistent longtemps après l'événement, entravant dans certains cas le fonctionnement normal de l'individu. Les symptômes caractéristiques sont : reviviscences (« flash-back ») et rêves de l'événement traumatisant, insomnies, engourdissement et détachement par rapport aux autres, évitement d'activités ou de situations susceptibles de réveiller des souvenirs douloureux.
<p>Hystérie</p>	<p>Conversion hystérique : expression somatique de l'angoisse psychique, égocentrisme, théâtralisme, labilité émotionnelle, érotisation des relations, suggestibilité, dépendance affective.</p>

Autres pathologies en dehors des psychoses et des névroses

- États limites ou borderline : type de personnalité marquée par une instabilité triple : celle de l'humeur, de l'image de soi et des relations interpersonnelles.
- Perversion
- Conduites addictives : regroupent diverses conduites pathologiques de dépendance telles que les toxicomanies, la maladie alcoolique.
- Psychopathies : ou troubles des conduites sociales et qui se manifestent par de l'agressivité, de la violence, une délinquance, une incapacité à se conformer aux usages reçus, à s'intégrer à un groupe, un non-respect des limites et des lois de la société.
- Troubles des conduites alimentaires : sont considérés comme addictifs (perte du contrôle du comportement et répétition) : anorexie mentale et boulimie
- Troubles de la personnalité
- Troubles psychosomatiques

• A propos des troubles des conduites sociales

Les troubles des conduites sociales introduisent les notions de *violence*, d'agressivité, de dangerosité.

Cette violence latente et parfois manifeste, est préoccupante pour nombre d'acteurs de la formation et de l'insertion socioprofessionnelle.

IL n'y a pas de réponses toutes prêtes, idéales, mais il y a peut-être des attitudes appropriées, des attitudes de vigilance, d'attention particulières au degré de **tolérance à la frustration** de la personne accueillie.

L'agressivité est mobilisée lorsque des circonstances déclenchantes sont réunies. Ce peut être un très long temps d'attente auquel vient s'ajouter une réponse insatisfaisante, une absence de possibilité de réalisation souhaitée, ne répondant évidemment pas aux attentes de la personne et précisément ressentie comme injustifiée.

La frustration, c'est ce qui déçoit l'attente, prive notre désir, blesse notre narcissisme...

Les signes précurseurs de l'agressivité sont relativement identifiables : agitation, expression verbale d'excitation (élévation du ton de la voix, augmentation du débit de la parole), rougeur excessive ou pâleur remarquable du visage, serrement des poings, des mâchoires.

A ce stade, l'intuition propre de l'accueillant, associé à «*l'instinct de survie* », devrait déceler en quoi, dans le dialogue, dans l'échange, dans la situation, il est important de ne pas donner à la personne *le sentiment d'être frustrée* ; en évitant de la placer dans une situation d'échec, de trop lui demander pour ce qu'elle peut accomplir (évaluation) et surtout ménager son image d'elle-même.

À propos des **contre-attitudes**, le professionnel de la formation ou de l'insertion, face à des personnes présentant des troubles des conduites, à intérêt à (ré) évaluer son propre comportement en se souvenant que l'accueilli réagit sensiblement (fortement), à notre anxiété, à notre propre frustration (dont le degré de tolérance est supposé plus élevé en tant que professionnel), à notre lassitude et donc aux signes (signaux) de notre **exaspération**.

Détourner (canaliser) l'agressivité peut être ainsi constitué en un temps relationnel qui met l'accent sur les rituels d'apaisement : qualité de l'accueil, prise en compte de la demande, marque de politesse, disponibilité,... prolongé par les explications sur : la définition par le professionnel de sa fonction, de son rôle de ses limites ; sur l'institution et son fonctionnement, sur les modes et lieux décisionnels en vigueur. Dès lors, il est recommandé de parler le moins possible en son nom personnel et ainsi favoriser la prise de conscience par la personne qu'elle parle à la fonction représentée et non à l'individu.

Il est recommandé de s'abstenir de toucher une personne agressive qui ne nous est pas familière sans l'en avertir ou sans lui demander la permission. Elle risque évidemment de *se sentir agressée par ce toucher et ainsi de réagir*.

■ ***Ce qui caractérise le handicap psychique et pour comprendre le vécu de la personne***

De l'ensemble des difficultés vécues dans leur vie quotidienne par les personnes souffrant de troubles psychiques, malgré la **diversité de l'expression de ces troubles** et la **variété** de leurs **causes**, il est des constantes qui caractérisent le handicap psychique.

Stigmatisation, méconnaissance, crainte :

La méconnaissance des caractéristiques de ce handicap provoque presque obligatoirement des réactions d'incompréhension qui favorisent incontestablement la stigmatisation et la crainte.

La stigmatisation des maladies mentales est liée à la forme inquiétante et déroutante, des symptômes mais aussi à leur cause supposée.

Les causes génétiques, ou biologiques, supposées ou démontrées, rendent les symptômes plus acceptables, même si, dans les faits, ils ont des conséquences du même ordre que ceux dont on ne connaît pas la genèse.

Souffrance de la personne :

Le trouble psychique blesse la personne au plus profond d'elle-même, dans sa pensée, sa mémoire, son estime de soi, son rapport au monde et sa communication avec les autres...

La souffrance qui en résulte est d'autant plus terrible qu'il est difficile pour la personne, et pour son entourage, d'en comprendre la nature psychique.

Une non demande de soin de la part d'une personne qui souffre manifestement de troubles psychiques ne saurait être interprétée comme une attitude déterminée de refus de soin car elle fait partie intégrante du trouble psychique. Ce n'est pas un refus de soin, c'est une non compréhension du trouble et de sa nature par la personne **à ce moment là et dans ce contexte là.**

La personne qui souffre de troubles psychiques court avant tout un danger pour elle-même : en raison d'idée de mort et de suicide, mais aussi du fait de l'indifférence de la personne pour sa propre vie, ou du sentiment de dévalorisation, des troubles de l'alimentation ou du

sommeil, de la dégradation de l'état physique. Elle se met fréquemment en danger socialement, par exemple par une soudaine démission au travail, ou des dépenses inconsidérées...

Fragilité, vulnérabilité

Toute situation aggravant les difficultés de l'existence, pour une personne qui doit réaliser un grand effort sur elle-même et sa souffrance pour « être au monde », peut provoquer une rechute.

La vulnérabilité s'entend aussi à l'égard des maltraitements et manipulations dont elles peuvent d'autant plus facilement être victimes que les difficultés relationnelles et la perte d'estime de soi les rend dépendantes d'autrui.

Isolement, rupture du lien social

L'apragmatisme (c'est-à-dire l'incapacité à décider et à agir, pouvant entraîner l'inactivité et le confinement chez soi), l'enfermement dans le délire, le repli autistique, la dépression, les troubles de la communication aboutissent généralement à l'isolement de la personne.

Variabilité, imprévisibilité

Le contraste entre les potentialités de la personne (son niveau de qualification avant sa maladie, éventuellement), et son activité réelle, son apragmatisme, sa fatigabilité ou sa lenteur, déconcertent les personnes non averties, les employeurs, notamment, de telle façon qu'elles peuvent être amenées à un jugement très négatif sur la bonne volonté de la personne handicapée par des troubles psychiques...

Les changements brusques d'attitude, les variations de rythme d'activité selon les moments de la journée et selon les jours, qui semblent imprévisibles, sont également très déconcertants, et perturbateurs pour les activités sociales et professionnelles.

Durabilité, évolutivité

Les troubles psychiques résultant de processus pathologiques au long cours, par définition, s'inscrivent

dans la durée, mais généralement avec des variations importantes dans le temps. Le parcours des personnes est souvent jalonné de phases de rémission des troubles et de phases de soins plus intensifs, comme dans la plupart des maladies chroniques.

Poids des traitements

Les médicaments permettent la sédation des troubles. Cependant leurs effets secondaires restent souvent importants et gênants dans la vie quotidienne : raideur et tremblements, somnolence...

Des hospitalisations répétées, plus ou moins espacées, plus ou moins longues sont parfois inévitables : il faut les considérer aussi comme facteur de handicap (risque de stigmatisation, d'exclusion sociale ou même familiale, problèmes matériels liés à la retenue de l'AAH après un temps d'hospitalisation...)

■ Méthodologie générale des prises en charge

Les traitements :

Les techniques de relaxation :

La personne est abordée à travers son corps, lieu privilégié de la symptomatologie.

De nombreuses techniques existent. La plupart des techniques actuelles sont dérivé du training autogène de Shultz, s'inspirant de l'hypnose. Cette technique trouve ses principales indications dans les états d'inhibition, les manifestations fonctionnelles des névroses.

Les techniques verbales :

- La cure psychanalytique : s'attache en profondeur, à la compréhension des processus de fonctionnement psychique. Elle trouve ses limites dans la prise en charge des patients psychotiques.
- Les psychothérapies : la prise en charge du patient et le travail qui l'accompagne s'effectue à partir du vécu de la personne dans son environnement.
- Le psychodrame : pratiqué en groupe, chaque personne peut *rejouer* ses difficultés personnelles et les scènes de son passé, portée par la fonction de catharsis du jeu

dramatique (le faire-semblant), la présence des thérapeutes et du groupe.

Les soins de réadaptation :

- Les prises en charges de type socio-thérapeutique :
- Elles peuvent être définies comme l'ensemble des mesures prises pour favoriser une resocialisation progressive des personnes souffrant de maladie mentale.
- Elles concernent tout autant l'organisation du système de soin (sectorisation), que les techniques thérapeutiques utilisées et les mesures sociales permettant une réadaptation à la vie quotidienne et au travail.
- Actuellement, cette orientation de la médecine psychiatrique se développe, au travers de la mise en place de structures et de relais entre les secteurs de la santé mentale et les secteurs de l'insertion socioprofessionnelle.
- Ces dispositifs sont majoritairement axés sur la prise en charge de patients psychotiques, schizophrènes, ayant parfois bénéficié d'une longue prise en charge hospitalière.
- L'approche comportementale : correspond à un vaste courant théorique et repose sur la notion d'apprentissage qui modifie le comportement humain. L'objectif est d'aboutir à un déconditionnement du patient, pour transformer un comportement pathologique acquis, en une conduite adaptée.

L'approche systémique :

L'idée centrale de cette approche est que les troubles psychologiques d'un individu sont la résultante d'un contexte perturbé. Ce sont moins les individus qui sont malades que certaines formes de relation et de communication qui auraient une influence pathogène. A partir de quoi, l'action va moins porter sur la personnalité d'un individu que sur le **système de communication** dans lequel il est inséré, la famille jouant le rôle de matrice originelle.

Les traitements médicamenteux :

liste (non exhaustive) des principaux employés dans le cadre de la prise en charge des troubles psychiques.

- **Les Antidépresseurs**

Sont employés dans le traitement des syndromes dépressifs.

Certains sont également employés dans le traitement de l'anxiété généralisée et des troubles obsessionnels compulsifs.

Les principaux effets secondaires sont : troubles digestifs (nausées, vomissements, diarrhée), troubles du sommeil et somnolence.

- **Les Neuroleptiques**

Sont employés dans les psychoses aiguës, chroniques et schizophrénie, les états d'agitation et d'agressivité.

Les effets secondaires sont surtout neurologiques (mouvements buccaux, tremblements, rigidité) et peuvent également occasionner une prise de poids ou encore un assèchement de la bouche.

- **Les Anxiolytiques**

Sont indiqués dans le traitement de l'anxiété, les états névrotiques et les désintoxications alcooliques.

Ils peuvent entraîner une somnolence et sont à prescrire avec prudence chez les conducteurs et les utilisateurs de machines.

- **Les Normothymiques**

Sont indiqués dans la prévention des rechutes de psychoses maniaco-dépressives.

■ **Les points de vigilance en formation et au travail**

- ✓ Il est bon d'être averti des caractéristiques les plus fréquentes, mais il faudra sans cesse s'astreindre à considérer la personne en particulier et pas la maladie mentale en générale.
- ✓ La stabilisation constitue une condition pour entrer dans un processus d'insertion, à plus forte raison pour entrer dans l'emploi.
Stabilisé veut dire que les manifestations de la maladie sont *habituellement régulées*. Stabilisé ne veut pas dire manifestations impossibles ni même improbables.

IL est bon d'analyser avant d'agir la capacité de la personne à gérer elle-même, plus ou moins sa maladie, (prise du traitement, respect des consultations...). IL est important de vérifier si la personne bénéficie d'une prise en charge médicale. Il est bon également d'analyser l'environnement direct de la personne (familial, social, professionnel) qui tantôt peut se révéler contenant ou au contraire déstabilisant.

- ✓ La confidentialité : faut-il dire ou ne pas dire ?

Il semble qu'il faille retenir deux principes contradictoires.

Le premier principe :

C'est le droit pour une personne de garder secret des aspects privés ou intimes de son existence.

La législation a édicté une loi de non-discrimination, depuis 1990, qui interdit le refus d'un emploi en raison du sexe, de l'appartenance ethnique, du handicap ou de la maladie, toute chose égale par ailleurs.

Le deuxième principe :

L'entreprise (ou la structure d'accueil en formation) ne saurait être abusée. Il y a à inviter systématiquement les personnes à informer le Médecin du travail.

La bonne attitude : dire quelque chose d'exact et surtout quelque chose d'utile.

Avertir des situations résultant des caractéristiques spécifiques à chaque personne et auxquelles l'entreprise peut se trouver confrontée.

Une fois les choses utiles dites, il est bon d'inciter l'entreprise à s'en tenir au droit du travail sans se laisser déborder par la compassion ou la peur.

- ✓ La reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé est à présenter comme un atout pour l'emploi et non pas comme une étiquette.

En ce sens, il est impératif de sensibiliser les partenaires médico-sociaux à la nécessité de clarifier et éventuellement régulariser la situation administrative des personnes dès lors qu'elles s'inscrivent dans une démarche d'insertion.

- ✓ L'entreprise ou le centre de formation ne sont pas spontanément disposés à l'accueil, ni même au maintien dans l'entreprise, d'un personnel handicapé par la maladie mentale. La maladie mentale est plutôt facteur de rejet. De plus les exigences de polyvalence, d'adaptabilité, les qualités relationnelles paraissent incompatibles avec les comportements les plus fréquents des personnes handicapées par la maladie mentale.

Cependant il existe un sens de solidarité chez nombre de salariés et de responsables, de plus en plus avertis, et rendant l'acceptation d'abord, et la prise en compte ensuite, possibles.

(L'effort de sensibilisation et d'ouverture demandé à l'entreprise peut être relayé par les hommes et les femmes qui la composent.)

- ✓ Cette prise en compte dépend des représentations : en premier lieu, il faut faire tomber les peurs. Une relation de confiance est nécessaire : entre les personnes et ceux qui les accompagnent, entre les structures médiatrices et l'entreprise.
- ✓ L'insertion professionnelle de ces personnes est un long processus qui peut et doit commencer très tôt, n'excluant pas les aller-retours et les pauses parfois nécessaires. Les ré-hospitalisations, les arrêts maladie ne sont pas systématiquement des échecs. Il peut s'agir, à condition de les accompagner, de temps de pause et d'élaboration, *d'intégration* nécessaires des difficultés, pour permettre à terme, une évolution. Il est nécessaire de respecter le rythme des personnes et de compter avec le temps. Il faut partir de là où en est la personne. IL n'est pas opérant de proposer des objectifs à trop longue échéance (par exemple : une entrée en formation dans 10 mois).
- ✓ La collaboration entre les organismes spécialisés et les organismes généralistes (dans l'approche de tout handicap) est éminemment souhaitable.
- ✓ La nécessité d'un parcours, d'un processus d'intervention rend indispensable la fonction de référent pour contribuer à :
 - Individualiser le parcours
 - Permettre à la personne d'avoir quelqu'un à qui recourir, en cas de besoin ou simplement pour parler.
 - Assurer une cohérence dans un parcours où plusieurs structures peuvent intervenir.
 - Permettre de ne pas laisser de vides néfastes, contribuer à une continuité et au maintien de la motivation ;
 - Faire l'écho des difficultés psychiques de la personne auprès des professionnels partenaires, engagés dans le processus de soin
- ✓ Étudier avec précision la situation de travail afin d'éviter un environnement qui ramène la personne à ses difficultés psychiques : démarche « d'ergonomie de la santé mentale », au travers d'une approche cognitive, relationnelle,

contextuelle (taille de l'entreprise, tâches à accomplir, rythme, ambiance sonore, visuelle...) du poste de travail

- ✓ Ne pas craindre de confronter la personne avec des éléments concrets et pragmatiques concernant l'environnement de travail, sous condition de se donner un certain nombre de garanties, notamment par l'information et la concertation avec les référents médicaux.
- ✓ Former les personnels de l'entreprise (ou de l'établissement de formation) au handicap par maladie mentale.
- ✓ Transmettre de médecin traitant à médecin du travail les renseignements importants. Établir des relations et des échanges d'information chaque fois que cela est possible. Transmettre notamment l'information sur les éventuels signaux d'alarme évocateurs d'une réactivation de la pathologie.
- ✓ Mettre en place une synergie interne en constituant un tutorat. C'est alors au tuteur que revient le contact avec le référent extérieur.

■ Les bonnes questions à poser pour mieux comprendre ce qui est nécessaire à la personne

Domaines de la CIF	Questions pour une investigation des capacités et des limites	Investigation des limitations en lien avec la nouveau contexte
Apprentissage et application des connaissances Tâches et exigences générales	Pouvez-vous définir vos capacités de charge mentale ? Pouvez-vous définir vos limites de charge mentale ? (attention/concentration/mémorisation) Quels sont les effets de vos traitements sur vos capacités cognitives ? Pouvez-vous travailler à temps complet ? à temps partiel ? Comment réagissez-vous face au stress ? Parlez-vous de votre handicap avec les personnes que vous rencontrez ?	Quels sont vos besoins pour comprendre et apprendre ? Quels sont pour vous les facteurs de stress ?
Relation et interaction avec autrui et dans un groupe	Comment vous intégrez-vous dans un groupe ? Manifestez-vous de la tolérance dans les relations ? Comment réagissez-vous face aux critiques ? Face à la frustration ? Avez-vous des difficultés à maîtriser vos émotions, votre agressivité, dans vos relations avec autrui ? Comment faites-vous des demandes ?	Quels sont vos besoins ? Quelles sont pour vous les conditions d'une bonne relation, pour que vous vous sentiez en confiance ?
Entretien personnel	Quelle est votre hygiène de vie ? plutôt excessive ou avez-vous tendance à vous laisser aller ? (gestion du temps de sommeil / conduite alimentaire / conduite vestimentaire / hygiène corporelle)	
Vie communautaire sociale et civique	Est-ce facile pour vous de partager les temps de vie collective ? (manger au restaurant, sorties, pauses, réunions....)	Si non comment résoudre les difficultés de cet ordre ?