

Fonds Social Européen
PIC EQUAL 2004-08
Axe 1 -thème A



equal
2004-2008

Combattre
les discriminations,
réduire les inégalités,
pour une meilleure
cohésion sociale

Partenariat ORESTE
(Orientation Evaluation Stage et Emploi)

Projet EQUAL 2004-MDP-43103
Améliorer l'employabilité des personnes handicapées
suite à la maladie mentale

Risques professionnels et Santé Mentale

CRP Consulting
janvier 2007

Rappel du contexte de l'étude

L'insertion, la ré-insertion et la prévention de la désinsertion professionnelle des personnes handicapées psychiques est la problématique principale du projet ORESTE.

Notre partenariat a choisi de travailler sur l'amélioration de l'employabilité des personnes handicapées suite à la maladie mentale (psychoses, névroses, dépressions,...).

En effet, ces publics, fortement victimes de discrimination, cumulent de nombreuses difficultés, dont certaines pourraient être levées par :

- une meilleure connaissance des caractéristiques de la maladie mentale et des dispositifs existants par l'ensemble des acteurs (soignants, acteurs de l'insertion, employeurs)
- une meilleure méthodologie d'insertion et de maintien dans l'emploi.

L'enjeu est donc de mettre en place les méthodologies spécifiques d'insertion et de maintien dans l'emploi (outils, cadre de mise au travail) permettant d'améliorer l'intégration professionnelle des personnes handicapées psychiques.

Notre hypothèse est que l'insertion, la ré-insertion professionnelle, le maintien dans l'emploi ne peuvent être réussis qu'en mettant en perspective :

- une évaluation des capacités professionnelles par la qualification des troubles résiduels et la quantification de ces symptômes en fonction d'un seuil handicapant
- une analyse de l'environnement professionnel (prévention des risques professionnels, analyse du poste de travail).

Ainsi, l'employabilité effective et ce dans la durée peut être améliorée.

En 2005, nous avons essentiellement travaillé sur les conditions de structuration d'une offre d'insertion. Les outils d'évaluation des capacités professionnelles existent en Bretagne et nous travaillons à l'expérimentation de la démarche d'évaluation du CEPPEM en Midi Pyrénées.

En 2006, nous abordons la question de la prévention de la désinsertion professionnelle de ces publics ce qui nous a conduit à entamer une réflexion sur :

- les actions de santé au travail à mettre en œuvre pour éviter la rupture du contrat de travail
- et quand cette rupture n'a pu être évitée, la mobilisation des dispositifs existants (service de santé au travail, mission maintien,...) qui pourront utiliser des outils spécifiques à l'orientation et l'accompagnement de ces publics.

Eviter la situation de rupture c'est à la fois :

- **Evaluer et prévenir les risques professionnels**

Les risques psychosociaux ont des conséquences sur la santé mentale des salariés. Pour certains salariés, les situations de travail favorisant l'apparition de troubles psychosociaux (stress, mal-être, souffrance au travail, épuisement professionnel) vont avoir des répercussions directes sur leur santé mentale, pouvant entraîner, par exemple, des décompensations.

- **Favoriser la coordination des acteurs autour de l'évaluation des situations de handicap**

Le repérage d'indicateurs comme signaux d'alerte permet d'initier une démarche d'accompagnement spécifique et l'implication des acteurs pertinents qui pourront mettre en place les actions de prévention adéquates (actions de santé au travail, définition d'un cadre de remise au travail).

- **Favoriser la transformation de la situation de travail pour prévenir la rupture du contrat de travail ou initier le retour à l'emploi**

Le repérage des facteurs de risques psychosociaux et la définition des transformations nécessaires de la situation de travail sont essentiels pour que les acteurs de la santé au travail, du maintien et l'environnement professionnel du salarié se coordonnent dans la mise en place d'actions de prévention ou de retour en emploi

Ainsi, permettre un repérage de ces facteurs de risques que cela soit en amont d'une situation de crise ou dans le cadre d'un maintien dans l'emploi d'une personne handicapée suite à la maladie mentale, c'est favoriser l'amélioration des conditions de travail des salariés et l'employabilité des salariés en situation de handicap psychique.

Compte tenu de la nécessité de mettre en place des actions spécifiques de santé au travail qui permettent de prévenir la désinsertion professionnelle des personnes fragilisées par la maladie mentale, de mobiliser l'ensemble des acteurs de santé (psychiatres, médecins traitants, médecins conseil, médecins du travail,...) sur l'échange de connaissances et d'information, la mise en place de relais, il nous paraît important de conduire l'étude « Risques professionnelles et Santé mentale » décrite ci-après.

Objectifs de l'action

L'étude « Risques professionnels et santé mentale » vise à **créer une connaissance partagée** par l'ensemble des acteurs intervenant dans la prévention de la désinsertion sociale et professionnelle des personnes handicapées suite à la maladie mentale (psychiatres, médecins traitants, médecins conseil, médecins du travail,... assistantes sociales CRAM, commission des droits et de l'autonomie de la MDPH,...) pour une meilleure représentation :

- des caractéristiques de la maladie mentale et de ses incidences dans le monde du travail
- des rôles et missions de chaque acteur, des possibilités de relais existants et à créer.

Il s'agira donc de réaliser un diagnostic partagé qui permettra de :

- Repérer les facteurs des risques psychosociaux : quelles situations de travail ont des répercussions sur la santé mentale du salarié ?
- Repérer les difficultés et les facteurs de réussites constatés par les acteurs concernant les situations de maintien dans l'emploi des salariés handicapés psychiques
- Partager une connaissance et définir des axes d'amélioration
- Définir les actions à mettre en œuvre en 2007 en terme de prévention des risques professionnels et de mobilisation des différents acteurs autour de la problématique « Santé mentale et travail ».

Données de cadrage

L'état des lieux quantitatif et réglementaire nous renseigne sur une évolution à deux niveaux :

- réglementaire qui reconnaît d'une part le handicap psychique et d'autre part qui renforce les dispositifs liés à la santé mentale au travail,
- sur les pathologies mentales et les conséquences sur le travail.

A. Contexte réglementaire

On constate une évolution du dispositif législatif en faveur d'une reconnaissance de la maladie mentale d'une part et de la souffrance psychique au travail d'autre part.

Ces deux problématiques connexes méritent cependant un traitement séparé, comme nous le verrons à travers les diagnostics aux niveaux départementaux, elles ne recouvrent ni les mêmes vocables, ni les mêmes actions à mettre en œuvre et sont de natures différentes.

Il est cependant indiqué dans certains cas que :

- la souffrance psychique peut être une des causes du développement ou de la survenue d'une maladie mentale, telle la dépression réactionnelle,
- la situation de handicap psychique demande des actions de santé au travail pour éviter la désinsertion professionnelle.

Il nous semble donc utile de rappeler dans le contexte légal les textes afférents aux deux problématiques.

1. Une reconnaissance du risque psychosocial

La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002

Cette loi reconnaît explicitement la responsabilité de l'employeur sur la santé incluant la notion de santé mentale.

Art. L 230-2 « *Le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique **et mentale** des travailleurs de l'établissement, y compris les travailleurs temporaires.*

Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. Il veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes. »

En second, elle apporte une reconnaissance du harcèlement moral comme cause possible de la dégradation physique et mentale d'un salarié.

« *les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte aux droits du salarié et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel* » (articles L.122-49 à L.122-54).

Ces dispositions précisent qu'aucun salarié ne doit subir de tels agissements, ni être sanctionné pour en avoir témoigné ou les avoir relatés. Il appartient au chef d'établissement de prendre toutes les mesures nécessaires à la prévention du harcèlement moral.

La réforme de la médecine du travail (décret du 28 juillet 2004 – circulaire n°3 du 7 avril 2005)

Induite par une directive-cadre européenne du 12 juin 1989, l'accord interprofessionnel du 13 septembre 2000 sur la santé au travail et la loi de Modernisation sociale de 2002, la réforme vise essentiellement trois objectifs :

1. Renforcer la présence et l'action du médecin du travail en entreprise
2. Recentrer le suivi médical sur les salariés exposés à des risques particuliers,
3. Décloisonner la prévention par l'obligation de pluridisciplinarité dans les services de santé au travail.

Cette réforme renforce le rôle préventif des services de santé au travail et permet aux équipes de se doter de compétences complémentaires en ergonomie, en psychologie ...

Le risque professionnel sur la santé mentale : une prise en compte des pouvoirs publics

*« Il est reconnu que ce vocable recouvre les risques professionnels qui portent atteinte à l'intégrité physique **mais surtout à la santé mentale des salariés** : le stress, le harcèlement moral, la violence au travail...*

Ces risques sont à l'origine de pathologies professionnelles telles que : les dépressions professionnelles, maladies psychosomatiques, problème de sommeil, mais aussi des pathologies concernant plus la santé physique (TMS).

Le développement de l'intensification du travail (...) est une des sources d'accroissement des risques psychosociaux : (...) le travail sous contrainte de temps, les cadences élevées, le manque de maîtrise des tâches, de difficiles relations hiérarchiques... »¹

Cette définition donnée par le Ministère du travail est importante dans le sens où :

- elle reconnaît les risques psychosociaux dans le cadre du travail et leurs effets possibles sur la santé mentale et physique des salariés
- elle reconnaît comme pathologies professionnelles les conséquences de ses risques
- elle admet une causalité explicite de l'organisation du travail et des relations sociales dans l'entreprise comme source de risques psychosociaux.

2. Une reconnaissance du handicap psychique

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Cette loi apporte pour la première fois une définition du handicap qui prend en compte la fonction psychique même si cette reconnaissance existait auparavant notamment à travers les décisions des anciennes COTOREP.

*« Constitue un handicap 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. »*

¹ Source www.travail.gouv.fr

Elle apporte également des leviers pour favoriser l'intégration professionnelle des personnes handicapées :

- La non-discrimination renforcée
- Des bénéficiaires plus nombreux : les titulaires de la carte d'invalidité et de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) peuvent désormais bénéficier du statut de travailleur handicapé sans démarche supplémentaire auprès de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
- L'introduction d'une négociation collective obligatoire sur ce thème.

La précision « subie dans son environnement » relative à la limitation d'activité constituant le handicap introduit l'idée d'adaptation de celui-ci.

En ce qui concerne le handicap psychique, la problématique posée se situe donc à deux niveaux :

- de la compensation du désavantage conséquence de la déficience
- de l'adaptation de l'environnement.

B. Approche quantitative de la maladie mentale et ses conséquences sur le travail

1. Données nationales

La maladie mentale : un phénomène en augmentation²

Le Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche en Santé mentale a mené une recherche action internationale sur la population générale. Selon les résultats de l'étude, 20 à 25% de personnes auront un trouble mental au cours de leur vie, et à l'horizon 2020, la dépression sera la deuxième cause de maladie et d'incapacité.

En France 36 000 personnes de plus de 18 ans ont été interrogées entre 1999 et 2003 sur la présence de troubles actuels ou passés, les recours thérapeutiques éventuels.

Cette représentation donne des indications sur la part de la population concernée par la maladie mentale et par pathologie :

▪ La dépression

11% des personnes interrogées

ont eu un épisode dépressif dans les 2 semaines précédant l'enquête dont 5,6% ont un trouble dépressif récurrent

Une prévalence vie entière de

- 22,4% chez les femmes
- 10,7% chez les hommes

L'âge moyen de survenue de la dépression est de 40 ans.

▪ Les troubles maniaques

2% chez les hommes et 1,2% chez les femmes en vie entière

▪ Le trouble bipolaire toucherait 4 à 5% de la population générale

² Source : *Maladies psychiques et vie sociale « Réflexions sur l'emploi » (Études DREES octobre 2004)*

- **L'anxiété généralisée**

13% de la population adulte. Les plus exposés étant les femmes, les personnes séparées ou divorcées, les demandeurs d'emploi

- **Les syndromes d'allure psychotique**

2,8% de la population adulte dont :

- 2% souffre d'un syndrome psychotique récurrent
- Dont 0,8% d'un syndrome psychotique isolé

Les hommes sont les plus touchés.

- 1 adulte sur 100 souffrirait d'une schizophrénie (prévalence entre 0,2 et 2%)
- Le délire paranoïaque aurait une prévalence de 0,03%

La relation entre travail et maladie mentale

De façon générale, il existe peu de données sur la prévalence en milieu de travail.

Les données existantes s'appuient essentiellement sur les statistiques annuelles du Ministère du Travail délivrées par les anciennes COTOREP et sur les études réalisées par la DARES³.

Les enquêtes DARES sur l'emploi des personnes handicapées dans les établissements de plus de 19 salariés assujettis à l'obligation d'emploi, sur le chômage et la recherche d'emploi des personnes handicapées : âge, sexe, PCS, type de handicap et niveaux de diplôme et de qualification.

En France, 13% des personnes hospitalisées en soins psychiatriques travaillent⁴

Une personne hospitalisée sur 8 exerce une activité professionnelle. Près de 2 patients hospitalisés sur 3 ont une incapacité reconnue par une administration et plus d'un sur 2 touche une allocation, une pension ou un autre revenu en raison d'un problème de santé (61% des hommes et 48% des femmes).

4 personnes sur 10 déclarent toucher l'AAH. (45% des hommes et 36% des femmes).

En France, 25.9 % des invalidités ont pour origine des troubles psychiatriques⁵

Selon une étude publiée en 2001 par la CNAM, parmi les principales pathologies à l'origine de l'invalidité, les troubles psychiatriques concernaient **25.9 %** des pathologies principales à l'origine de l'invalidité.

En outre, en prenant en compte les pathologies associées à la principale pathologie, les troubles psychiatriques affectaient **32.8 %** des pensionnés de première catégorie de l'Assurance Maladie (invalides capables d'exercer une activité rémunérée).

³ Les enquêtes DARES sur l'emploi des personnes handicapées dans les établissements de plus de 19 salariés assujettis à l'obligation d'emploi et sur le chômage et la recherche d'emploi des personnes handicapées

⁴ Source : Chapireau F. (2002). Les personnes hospitalisées en psychiatrie en 1998 et en 2000, Etude et Résultats n°206, décembre.

⁵ Source CNAM : G.JOHANET, H. ALLEMAND, P.FENDER et Coll « les causes médicales des pensions d'invalidité nouvellement attribuées en 1998 ». Ed. Avril 2001.

2. Pathologies mentales et activité professionnelle en Midi-Pyrénées

L'étude sur les conséquences d'un avis restreignant l'aptitude de la DRTEFP⁶ établit que

- **18.7% des inaptitudes prononcées par les médecins du travail ont pour cause une pathologie liée à la psychiatrie**
- Les polyopathologies (2.8% des cas d'inaptitude) présentent très fréquemment une composante psychosociale. Ces polyopathologies ont une forte propension à induire un licenciement 86 % contre 63% en moyenne.

Une analyse des conséquences des inaptitudes montre que :

- lorsqu'il y a arrêt maladie, licenciement et temps partiel thérapeutique, les inaptitudes ont pour principale cause une pathologie liée à la psychiatrie
- alors que, par exemple, pour les aménagements de poste et les mutations, sont généralement concernés des inaptitudes ayant pour cause une pathologie liée au rachis.

Enfin, l'analyse des causes d'inaptitudes par classe d'âge montre que la pathologie liée à la psychiatrie représente :

- pour les 15-29 ans : 20% des causes d'inaptitude
- pour les 30-49 ans : 22% des causes d'inaptitude
- pour les 50-70 ans : 16% des causes d'inaptitude

Nous remarquons aussi que les avis d'inaptitude ayant pour origine une pathologie liée à la psychiatrie sont plus importants chez les femmes (24.1%) que chez les hommes (14.9%).

Les agents de la fonction publique

A partir de données réunies sur 3 départements, Aveyron, Ariège et Gers, on estime entre 40 % à 50 % le nombre des arrêts longues maladies et longues durées ayant une origine psychiatrique⁷ des agents de la Fonction Publique (cf. tableau I en annexe I).

Cette part est nettement supérieure à celle enregistrée pour les salariés relevant du régime de l'assurance maladie.

Les échanges avec les Médecins de prévention de la Fonction publique ne permettront pas d'objectiver cet écart.

⁶

⁷ Sources : Données transmises par les comités médicaux départementaux volontaires (Gers, Ariège, Aveyron)

Les salariés du régime général

Il est difficile d'objectiver la corrélation entre arrêts de travail et risques professionnels en santé mentale. Néanmoins, nous pouvons constater une forte augmentation dans tous les départements du nombre d'arrêts de travail : de 38% à 119% d'augmentation selon les départements et 91% d'augmentation des arrêts maladie sur l'ensemble de la région (cf tableau

Au niveau régional, 12% des arrêts longues maladies et longues durées ont une origine psychiatrique⁸ en 2005 contre 19% en 2004. (cf. tableau II en annexe I)
Ces données révèlent de fortes disparités départementales par exemple 9% des arrêts concernés dans le Gers et 14% en Haute-Garonne.

30% des invalidités au niveau régional ont une origine psychiatrique. (cf. tableau III en annexe I), supérieure de cinq points à la moyenne enregistrée au niveau national.
Là encore, on observe des disparités entre les départements (35% dans les Hautes-Pyrénées et 25% dans le Tarn et le Gers).

En mettant en perspective ces données avec le nombre d'arrêts maladie, on peut émettre l'hypothèse suivante : les conséquences de la longue maladie ayant une origine psychiatrique amènent proportionnellement plus à l'invalidité que les autres pathologies (12% des arrêts contre 30% des invalidités en moyenne régionale en 2005).

Si on met en regard le nombre d'arrêts maladie avec le nombre d'invalidités ayant tous deux une origine psychiatrique, on observe que 21% des patients concernés par la maladie mentale obtiennent une invalidité en Midi-Pyrénées.
Là aussi, les départements ont des pratiques différentes, 20% en Ariège contre 30% dans le Lot.

Ces données nous conduisent à deux observations :

- L'obtention d'une pension d'invalidité de catégorie I et II peut constituer une mesure de maintien dans l'emploi puisque le salarié peut alors travailler à temps partiel avec une garantie de ressources minimum.
- Elle permet également une reconnaissance de la situation de handicap suite à la maladie mentale, la personne pensionnée au titre de l'invalidité est bénéficiaire de la loi du 11 février 2005 et donc éligible aux mesures d'accompagnement spécifique de retour à l'emploi.

⁸ Troubles pris en compte pour les arrêts de travail ayant une origine psychiatrique

- TROUBLES MENTAUX ORGANIQUES, Y COMPRIS LES TROUBLES SYMPTOMATIQUES
- TROUBLES MENTAUX ET DU COMPORTEMENT LIES A L'UTILISATION DE SUBSTANCES PSYCHO-A
- SCHIZOPHRENIE, TROUBLE SCHIZOTYPIQUE ET TROUBLES DELIRANTS
- TROUBLES DE L'HUMEUR (AFFECTIFS)
- TROUBLES NEVROTIQUES, TROUBLES LIES A DES FACTEURS DE STRESS ET TROUBLES SOMATO
- SYNDROMES COMPORTEMENTAUX ASSOCIES A DES PERTURBATIONS PHYSIOLOGIQUES ET A DES F
- TROUBLES DE LA PERSONNALITE ET DU COMPORTEMENT CHEZ L'ADULTE
- TROUBLES DU COMPORTEMENT ET TROUBLES EMOTIONNELS APPARAISSANT HABITUELLEMENT DUR

En synthèse :

Les données quantitatives montrent que la maladie mentale a une réalité significative dans le monde du travail. Néanmoins, nous ne pouvons pas démontrer la relation directe en risques professionnels et santé mentale.

Nous pouvons par contre faire le lien entre 2 hypothèses émises par les médecins du travail que :

- la souffrance au travail se traduit plus par des pathologies multiples et physiques telles que les Troubles Musculo Squelettiques, accidents de trajet, ... que par des troubles psychiques
- les salariés subissent une pression au travail de plus en plus importante

ce qui pourrait expliquer la forte augmentation des arrêts de travail.

Nous retiendrons des disparités départementales et une nette différence entre Fonction publique et secteur privé en ce qui concerne le nombre d'arrêts longue maladie ayant une origine psychiatrique.

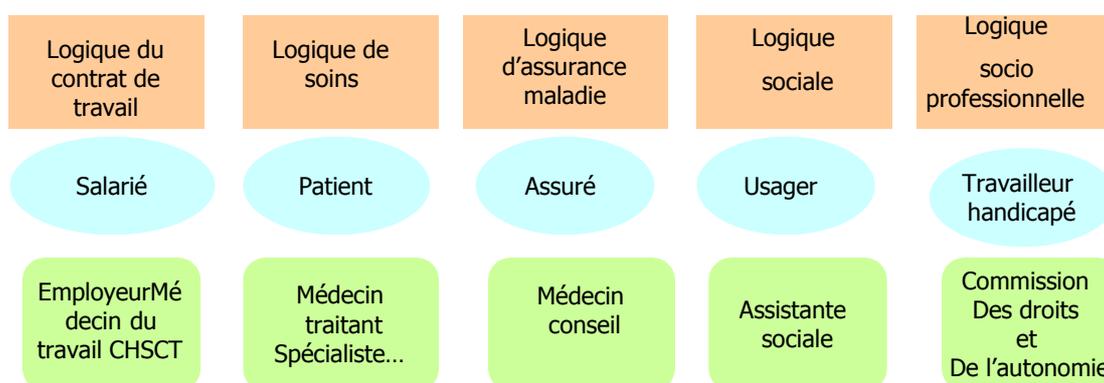
L'évolution réglementaire notamment la loi du 11 février 2005 représente un levier pour faire évoluer les pratiques. Elle introduit dans la définition du handicap la notion d'environnement. Ceci nous semble évidemment très important dans cette étude sur les risques professionnels, c'est que nous avons souhaité préciser au cours des échanges avec les acteurs.

L'enjeu étant de repérer les actions à mettre en œuvre pour ces publics et leur environnement.

Synthèse des échanges départementaux

Les groupes de travail départementaux ont réuni des acteurs de disciplines et champs différents ce qui permet d'appréhender l'ensemble des logiques autour du salarié handicapé par la maladie psychique et de considérer les besoins en terme d'approche globale et environnementale.

Pour comprendre les logiques qui s'articulent autour du salarié, nous proposons le schéma suivant :



L'enjeu est de mettre en cohérence l'intervention des différents professionnels d'une part, d'accorder de la lisibilité au salarié sur « le qui fait quoi » afin de comprendre les décisions qui sont prises par les professionnels qui peuvent recouvrir des champs différents. C'est le cas en particulier du champ médical.

Cadre légal	Notion	Champ médical
Inaptitude Droit du travail	Inaptitude au poste de travail occupé par le salarié	Médecin du travail
Invalidité Droit de la sécurité sociale	Inaptitude pour le salarié à exercer une activité quelconque ou Capacité de travail réduite	Médecin conseil CPAM ou MSA
Incapacité Codes de l'aide sociale, de la famille, de la sécurité sociale, du travail	Incapacité et déficience RQTH et prestations Compensation	Médecin MDPH

Au cours des échanges départementaux, les acteurs relaient plusieurs types de problématiques liées :

- à la spécificité du handicap par la maladie mentale,
- à l'articulation entre professionnels
- au travail comme accès à la vie sociale et la citoyenneté.

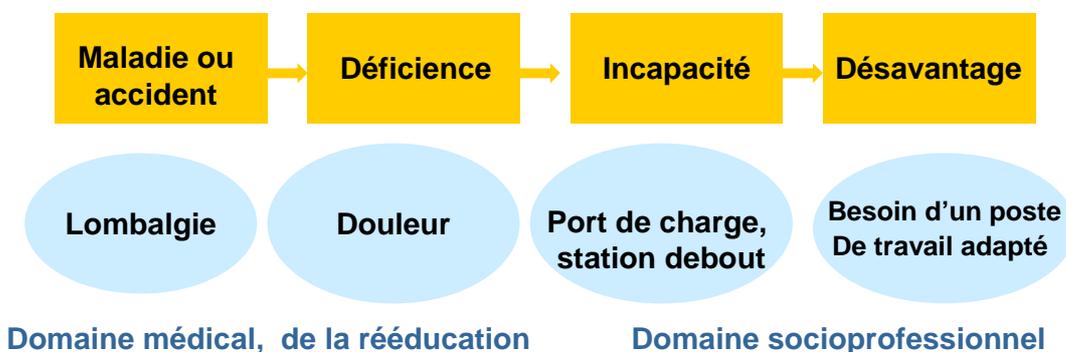
A. Situation de handicap psychique et travail

1. De la maladie mentale au handicap psychique : un processus mal connu

Dans le champ professionnel, on se situe clairement au niveau de la situation de handicap puisque l'état de santé est supposé stabilisé. L'idée est d'intégrer dans la problématique du soin que demain existe et que la qualité de vie de la personne peut intégrer une dimension professionnelle : on passe de la situation de maladie à la situation de handicap psychique.

Il existe **des** maladies mentales ayant chacune des caractéristiques spécifiques et des conséquences très différentes sur les capacités professionnelles du salarié qu'il s'agit de mesurer avec précision.

Le second constat est lié au processus qui mène à la situation de handicap (désavantage)⁹ :



Si aujourd'hui certaines pathologies telles que les troubles musculo-squelettiques sont bien connues des professionnels notamment dans l'évaluation de leurs conséquences et les outils de compensation qui en découlent. Ce cheminement décrit par Wood est encore insuffisamment appréhendé par les professionnels de santé en ce qui concerne la maladie psychique et le désavantage qu'elle procure.

La question posée est l'identification du passage entre la situation de maladie à celle de handicap.

⁹ Schéma sur le processus menant à la situation de handicap proposé par Wood

Cette question est d'autant plus actuelle qu'aujourd'hui, grâce au traitement et thérapies les personnes malades mentales peuvent espérer pour certaines une intégration sociale et professionnelle. On passe alors d'une situation d'aliénation – rupture du lien – à de nouveaux possibles sociaux.

Ce constat interroge et conduit les professionnels, en particulier du soin, à réévaluer les pratiques d'accompagnement et d'évaluation de la situation de handicap tenant compte autant de la déficience que des facteurs exogènes.

Par exemple, la dimension du temps dans le processus de réhabilitation sociale et professionnelle est à prendre en compte. Les personnes arrivent souvent trop tôt sur les dispositifs d'insertion. Le temps de passage de la maladie vers le versant « handicap » permet à la personne de faire le deuil de la place occupée avant la maladie.

La notion de statut dans cette transition psychosociale est à prendre en compte : Allocataire de l'AAH, Reconnaissance de travailleur Handicapé, demandeur d'emploi...

Ainsi le handicap psychique interroge nos « certitudes sociales ». Le licenciement pour inaptitude peut être envisagé dans certains cas comme une solution qui va donner à la personne une période de transition, de même que le contrat à durée indéterminée peut au contraire de l'effet escompté mettre le salarié en insécurité devant un engagement à trop long terme.

Des dispositifs comme le club d'utilisateur Bon Pied Bon œil peuvent aider la personne dans cette période entre soin et handicap. Il témoigne d'une volonté de responsabiliser les malades en travaillant sur le mode des groupements d'entraide mutuelle la mise en place de petits projets réalisables, accessibles et concrets.

Dans tous les cas, la personne doit être acteur dans la prise en charge et l'accompagnement qui peuvent lui être proposés.

2. L'articulation entre les professionnels à construire

Une observation récurrente faite lors des échanges départementaux est relative aux articulations entre les professionnels.

Celles-ci s'opèrent davantage au cas par cas que dans un cadre organisé.

Le secteur psychiatrique est peu en contact sauf à travers ses services sociaux avec les dispositifs du maintien et de l'accès à l'emploi. Un meilleur relais avec le secteur psychiatrique permet une prise en charge plus précoce, une meilleure connaissance des difficultés du salarié, des conséquences du traitement sur le travail.... Cette notion interroge l'intérêt du diagnostic précoce et du moment où la consolidation sera prononcée.

Les missions maintien (Service d'appui au maintien dans l'emploi pour les personnes handicapées de l'AGEFIPH) font sur tous les départements le même constat : elles sont très peu sollicitées pour intervenir sur des situations de risque de désinsertion professionnelle des personnes handicapées suite à la maladie mentale (2 ou 3 situations par an et par département) alors que l'étude sur les inaptitudes en Midi-Pyrénées nous enseigne que la maladie mentale est la seconde cause d'inaptitude.

Pour les situations de souffrance au travail provoquant des dépressions réactionnelles, l'issue la plus fréquente semble être le licenciement pour inaptitude.

L'accompagnement vers et/ou dans l'emploi des personnes souffrant de schizophrénie par exemple nécessiterait des prises en charges très spécifiques.

Comme le remarquent Bélaïd Aït-Ali et Gérard Lesieur dans « Maladie psychique et vie sociale, réflexion sur l'emploi » (p.53) « *Il est extrêmement dur d'envisager une réinsertion professionnelle en milieu ordinaire de travail pour une personne souffrant de schizophrénie, en plus des « résistances » consciente et inconsciente de l'entourage, il faudra tenir compte également des réalités de terrain : une augmentation des exigences de tâches, l'appel à la polyvalence et à l'autonomie. C'est pour cette raison qu'il est impératif dans un premier temps de tout mettre en œuvre pour maintenir en activité les malades qui bénéficient d'un contrat de travail.* »

Ceux-ci préconisent une articulation entre les professionnels du soin, du maintien et de l'entreprise avec un rôle pivot du médecin de travail. Celui-ci doit s'appuyer sur le spécialiste pour définir les compensations et aménagements adaptés.

Nécessité de créer une connaissance partagée par les acteurs

Si et quand l'articulation entre les acteurs existe en particulier au sein des Programmes départementaux d'insertion des travailleurs handicapés, elle n'est pas adaptée à la prise en charge de ces situations de handicap psychique. On remarque un besoin en terme d'information sur le handicap psychique.

La construction d'articulations entre le soin, le social et le professionnel peut s'appuyer dans un premier temps sur l'acquisition d'une culture commune. En effet, chaque champ d'intervention utilise son propre vocabulaire et les mêmes mots peuvent recouvrir des notions différentes.

Le débat sur maladie mentale et/ou handicap psychique, souffrance psychique et/ou vulnérabilité psychologique reflète bien ces difficultés.

La mise en réseau des acteurs médicaux en particulier (services de santé au travail, psychiatres, consultations spécialisées, ...) permet d'éviter toute psychiatrisation inutile et de distinguer maladie mentale et souffrance au travail.

Des outils, des formations et des moyens à développer

L'ensemble des acteurs se sent démunis face à la maladie mentale alors même qu'une augmentation des problèmes de souffrance psychique au travail est constatée. Le handicap psychique est mal connu et reconnu.

L'évaluation des incidences de la maladie mentale sur les capacités à travailler est incontournable pour aménager et adapter les situations de travail et qualifier l'orientation...

Cette étape est aujourd'hui caractérisée par le manque d'outils et d'ergonomie appropriée. Cependant certains outils comme Tactis¹⁰ aide à mieux mesurer les capacités de travail : l'employabilité de la personne au regard des conditions de travail et de l'environnement.

¹⁰ outil créé et expérimenté par le CEPPEM - Centre d'Evaluation et de Placement Professionnel Espoir de Bretagne

Pour aller encore plus loin dans la prise en charge partagée des personnes, il semble nécessaire d'outiller les intervenants médicaux et socioprofessionnels pour :

- différencier et diagnostiquer de manière précise les troubles de santé relevant de la souffrance psychique
- orienter et accompagner en conséquence

Des divergences départementales

La question du handicap psychique est abordée de manière différente selon les départements et les dispositifs déjà mis en œuvre.

Elles sont fonction :

- des caractéristiques structurelles des départements et territoires : ruralité, enclavement, couverture en terme de services psychiatriques,
- les évolutions contextuelles
- des investissements et appropriation de la problématique plus ou moins fortes selon l'antériorité des dispositifs et la prise en compte de la problématique.

On remarque que seule la Haute-garonne est dotée d'une consultation souffrance au travail de proximité.

B. Le travail : élément central d'intégration et de réhabilitation des personnes handicapées par la maladie psychique

Le travail apparaît dans les échanges avec les participants aux réunions et notamment après la projection du film *Paroles croisées* comme un moyen d'accéder à la citoyenneté et de vivre comme tout le monde pour les personnes handicapées suite à la maladie mentale.

L'ESAT le Razès situé à Nailloux en Haute-Garonne et représentant du réseau Croix Marine qui accueille des personnes handicapées par la maladie psychique propose des adaptations essentielles : aménagement du temps du travail, atelier de soutien, possibilité d'alternance et de mobilité sur les activités. L'adaptabilité se fait sur mesure au quotidien.

La notion de travail s'envisage plus en terme d'activité au sens large que d'emploi salarié. Cette réhabilitation s'envisage comme graduelle et mobilise à des temps donnés les dispositifs les plus adaptés y compris le contrat de travail.

La loi du 11 février 2005 apporte des réponses. La personne se situe au centre du dispositif et les décisions et orientations sont prises en fonction de son projet de vie. Elle peut bénéficier d'une AAH puis progressivement reprendre une activité. La MDPH de la Haute-Garonne comme celle du Lot a le projet de mener une réflexion sur cette problématique.

1. Le travail : une problématique peu abordée lors de la période de soins

Le secteur psychiatrique observe que la problématique de l'accès au travail est peu abordée du fait de la crainte de l'échec et de la difficulté. Les patients accueillis sont généralement très paupérisés et très éloignés de l'emploi.

Les patients ayant des pathologies « lourdes » ont généralement un suivi dans le cadre de soins. Ils obtiennent une reconnaissance de leur situation de handicap sur le versant social

qui se traduit souvent par l'Allocation Adulte Handicapée et une inaptitude à se procurer un emploi en milieu de travail.

En revanche, pour des patients ayant une pathologie qui survient tardivement, comme la dépression, la prise en compte de la dimension professionnelle mérite davantage d'articulation entre professionnels autour de l'objectif de reprise de travail.

Il semble que les services sociaux du secteur psychiatrique s'adresse cependant au cas par cas à Cap Emploi en particulier sur les « petits départements ».

2. Une observation partagée par les acteurs : un contexte de travail peu facilitant

L'augmentation des contraintes de productivité

La réalité de l'emploi aujourd'hui, y compris dans le secteur protégé, est contrainte par des exigences de rentabilité et de production de plus en plus grandes doublées d'une charge mentale de plus en plus prégnante.

Au niveau du collectif de travail, est constatée une dissolution du lien social dans l'entreprise qui affecte les relations interpersonnelles avec pour effet une accentuation des situations de souffrance au travail.

Les problèmes liés au climat de travail, au système de management peuvent venir renforcer des situations difficiles et sont souvent déclencheurs de situations de crise auprès des salariés en situation de handicap par la maladie mentale.

D'autre part, des contraintes de productivité de plus en plus fortes, un individualisme accentué, une situation d'insécurité sociale (contrats précaires), des notions d'élitisme dans certains secteurs renforcent ces situations de souffrance au travail et rendent difficile l'adaptation des postes de travail et/ou des conditions de travail nécessaires à l'intégration et/ou au maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap psychique.

Ces conditions favorisent la désadaptation professionnelle en particulier **des salariés âgés** (exigence de rentabilité, déshumanisation des relations sociales, valeurs « travail » en décalage avec les exigences et les modes de productions et d'activité actuels).

Cependant, le renforcement des sanctions et du dispositif légal va amener les entreprises à réfléchir et agir sur les conditions de travail entraînant une souffrance des salariés ou des facteurs de risques sur la santé mentale.

Une représentation souvent erronée de la (des) maladie (s) mentale (s)

L'employeur, les collectifs de travail ont peur de la maladie mentale par méconnaissance essentiellement alors que l'adhésion de l'environnement professionnel dans la démarche d'intégration est un des facteurs de réussite essentiel dans l'emploi/le maintien d'un salarié handicapé psychique.

Cette gêne traduit l'effet « miroir brisé » que décrit Henri-Jacques STIKER¹¹, qui renvoie à l'autre notre fragile condition, qu'il traduit par l'expression de laisser sur le seuil. Cette notion d'ordre de l'intime est également à prendre en compte pour agir sur l'intégration.

Au niveau des employeurs, une sensibilisation est nécessaire.

Cette représentation est également vraie pour la personne déclarant une maladie mentale (épisode ou récurrente). La consultation d'un psychiatre par les salariés se fait de manière souvent très et trop tardive. La démarche d'obtention de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé est aussi difficile à entreprendre pour le salarié. Alors que l'acceptation de la maladie, un suivi par des consultations spécialisées et un traitement adapté sont nécessaires à la réussite d'une intégration professionnelle.

¹¹ Henri-Jacques STIKER, Corps informés et Société - DUNOD - 1997

3. Une intégration réussie conditionnée par une adaptation individualisée

Le handicap psychique interpelle notamment parce que l'exigence d'adaptation relève davantage de l'organisation du travail et des relations dans l'entreprise.

Dans cette approche, les paramètres relatifs à la taille de l'entreprise, le secteur d'activité, son histoire et sa culture sont à prendre en compte.

Un diagnostic individualisé en fonction des situations est préférable à une approche collective qui peut stéréotyper les activités.

Cette intégration sociale et professionnelle est conditionnée par une évaluation des capacités des personnes sur un registre pragmatique afin de préciser clairement les besoins d'adaptation, les conditions, la forme et de l'environnement de travail. Les conditions de travail peuvent par exemple primer sur la nature même de la fonction en ce qui concerne le maintien dans l'emploi.

Les caractéristiques même du-es handicap-s psychique-s, par nature instable-s et sensible-s à l'environnement, nécessite également un accompagnement de et dans l'entreprise

Le rôle du médecin du travail est essentiel en particulier pour garantir la sécurité des salariés qui travaillent avec un traitement psychotrope. Dans ce cadre, une relation et une expertise psychiatrique permettraient une meilleure évaluation des capacités du salarié.

La particularité de la fonction publique : obligation d'adapter les postes avec des moyens limités

La fonction publique par sa spécificité de l'emploi « à vie » se trouve dans l'obligation d'adapter le poste de travail aux fonctionnaires. Mais, certains éléments rendent difficile la mise en œuvre de cette adaptation du poste, comme :

- les temps partiels thérapeutiques peu acceptés,
- une prise en charge non articulée entre le médecin conseil CPAM et Comité médical de la fonction publique pour les agents relevant du régime général de sécurité sociale (agents contractuels, contrats aidés),
- une absence d'interlocuteur reconnu et de dispositif comme il en existe dans le secteur privé (Inspection du Travail, Service d'appui au maintien dans l'emploi des personnes handicapées, aide de l'AGEFIPH, service de prévention).

Par ailleurs il semble que certains secteurs comme la fonction publique hospitalière soit très concernée par la problématique.

La création du FIPH (Fonds pour l'Insertion des personnes handicapées dans la fonction publique) apportera des moyens pour agir.

Pistes dégagées lors des réunions de travail

I. L'action en prévention primaire

Cette dénomination recouvre la prévention des risques psychosociaux et sur la santé mentale des salariés.

Elle s'appuie notamment sur les missions des services de santé au travail.

Favoriser l'évaluation des risques psychosociaux et la mise en place d'un plan de prévention adapté au sein des entreprises

- Utiliser le document unique pour identifier les conditions de travail facteurs de risques sur la santé mentale et qui peuvent conduire à des états dépressifs
- S'appuyer sur *l'Enquête régionale sur le Vécu du Travail*¹² réalisée auprès des branches professionnelles qui présente un état des lieux des déterminants agissant sur le bien ou mal être au travail.
- s'approprier les résultats et les outils liés à cette enquête : questionnaires de Karasek (1985) et Siegrist (2001)
- Former les entreprises à évaluer les risques psychosociaux,
- Amener l'entreprise à être responsable dans la correction des facteurs de risque et la valorisation du collectif, vecteur de lien social, dans l'entreprise,
- Intégrer ce risque dans la gestion prévisionnelle des emplois et compétences et anticiper,

Mobiliser les partenaires sociaux et les branches professionnelles sur la thématique du risque psychosocial

- Travailler avec les branches professionnelles pour réfléchir aux transferts d'expériences de bonnes pratiques apportant un gain au niveau de la santé au travail et au niveau économique (ex : management),
- S'appuyer sur les Commissions paritaires locales pour aborder le sujet dans les secteurs économiques
- Former les CHSCT sur l'impact des facteurs organisationnels et managériaux sur la santé mentale des salariés pour une meilleure identification des risques

¹² Enquête régionale sur le vécu au travail, M ; NIEZBORALA, C. CROUZET, T. CASTRO, JM SOULAT, Association de médecine et de santé au travail, Société régionale de médecine du travail, Laboratoire de médecine du travail, Service de maladies professionnelles et environnementales des hôpitaux de Toulouse.

II. Prévention de la désinsertion professionnelle

Renforcer l'articulation entre les acteurs et notamment avec le secteur psychiatrique et favoriser ainsi une prise en charge globale de la personne

- Mettre en place un réseau multidimensionnel et pluridisciplinaire dédié favorisant un accompagnement de la personne à différents niveaux (social, psychiatrique, plus généralement médical, professionnel...) intégrant aussi des représentants des usagers et du secteur économique,
- Renforcer la détection précoce et faciliter l'alerte par les médecins traitants,
- Evaluer la problématique d'accès ou de maintien dans l'emploi de manière globale : c'est à dire les conditions d'exercice, les compétences et capacités de la personne, l'environnement social (transport, logement) et médical (suivi),
- Mettre en place une consultation ou les moyens d'une expertise spécialisée, indépendante, rapidement mobilisable sur la relation santé mentale, problème psychique et travail.

Apporter une réponse adaptée à la personne salariée en situation de handicap psychique

- Mieux maîtriser l'évaluation des effets iatrogènes et les conséquences de la maladie mentale au regard du milieu de travail,
- Construire et/ou se former aux outils permettant une meilleure évaluation des capacités et compétences des personnes afin d'adapter et faciliter une ergonomie du poste de travail (un exemple d'outil existant : Tactis, outil créé et expérimenté par le CEPPEM - Centre d'Evaluation et de Placement Professionnel Espoir de Bretagne),
- Déterminer les moyens de compensation de chaque situation de handicap psychique (tutorat, temps partiel...) dans une approche très individualisée pour élaborer des solutions « sur mesure »,
- Favoriser la mise en place de réponses graduées permettant aux personnes de recréer du lien en utilisant des espaces de transitions tels que les GEM¹³ (groupement d'entraide mutuelle) comme levier.

Favoriser une intégration DURABLE du salarié

- Déterminer la possibilité d'un double accompagnement :
 - par un tuteur au sein de l'entreprise – tuteur à former,
 - par un médiateur extérieur (service spécialisé) pour accompagner le salarié et l'entreprise de façon individualisée.
- Inclure la notion de temps dans l'ergonomie du poste de travail et dans la reprise du travail.
- Passer un « contrat moral » avec la personne handicapée par la maladie mentale et l'équipe de travail.
- Donner les moyens à l'entreprise d'adapter le poste de travail notamment au niveau des contraintes de productivité, de l'encadrement, ...

▪ ¹³ Le principe des clubs d'usagers et/ou des groupements d'entraide mutuelle montre que lorsque les usagers deviennent acteurs et qu'ils peuvent se créer une place dans un environnement, alors leur insertion est plus facile.

III. Sensibilisation, communication, formation des acteurs : axe transversal aux deux niveaux de prévention

Sensibiliser, informer le monde économique sur les caractéristiques du handicap psychique

Actions proposées en fonction du public ciblé : CHSCT, Délégués du Personnel, Employeurs, salariés...

- Travailler avec les branches professionnelles pour pouvoir atteindre les PME et indépendants,
- Construire des outils de communication ciblée en direction des secteurs économiques en s'appuyant sur l'exemplarité d'insertions et maintiens réussis,
- Utiliser les médias et publications utilisés par les PME et indépendants,
- Utiliser les réunions obligatoires et les passages obligés des entreprises pour informer et sensibiliser.

Sensibiliser, informer et FORMER les acteurs de l'insertion et du maintien dans l'emploi sur les caractéristiques du handicap psychique

- Former les professionnels sur les caractéristiques de la maladie mentale et sur des outils d'évaluation,
- Intégrer dans la formation des médecins et des psychiatres, l'importance d'une prise en charge globale de la personne.

A travers cette étude et les réflexions départementales, deux problématiques se dégagent :

- le risque psychosocial qui relève des actions de prévention en entreprise dans une logique systémique,
- la désinsertion professionnelle des salariés handicapés par la maladie psychique qui relève davantage d'une logique de maintien dans l'emploi et d'une approche individualisée autour d'une situation précise.

Ces deux thèmes ont respectivement des objectifs et des enjeux différents.

Les perspectives relevées à travers le diagnostic partagé s'organisent donc autour des ces deux axes thématiques et d'un axe transversal qui concerne l'information et la sensibilisation des acteurs.

Proposition d'une recherche-action sur deux territoires

Cette étude nous amène à proposer un projet « recherche-action » sur la prévention de la désinsertion professionnelle de la personne handicapée par la maladie psychique sur deux territoires.

Pourquoi deux territoires ?

Il nous semble opportun au vu des divergences départementales tant au terme de ressources que de mobilisation des acteurs de mettre en action les objectifs repérés dans une démarche territoriale et collective au niveau de deux départements volontaires de Midi-Pyrénées.

Mener ce projet de manière parallèle sur deux territoires permettra d'enrichir la démarche et mutualiser des moyens notamment en terme de formation.

La méthodologie déclinée sera la même mais respectera les logiques en place.

Pourquoi le choix de la prévention de la désinsertion professionnelle ?

La prévention primaire qui reste un enjeu majeur pour agir sur le risque psychosocial concerne en premier lieu les équipes pluridisciplinaires de la santé au travail (préventeur, médecins du travail) et les acteurs de l'entreprises.

Des expériences et études ont été menées : Enquête vécu au travail, utilisation d'outil et questionnaire d'évaluation spécifique ... Si l'évaluation semble possible à mettre en œuvre, les actions correctives et collectives semblent complexes d'autant qu'elle concerne les relations humaines, le système de management

(Notons que l'ASTI s'est dotée d'une ressource en ce domaine)

C'est pourquoi nous préférons orienter notre démarche sur l'axe désinsertion professionnelle et l'approche individuelle.

Nous pensons en effet que l'adaptation d'un poste de travail pour une personne en situation de handicap psychique agira bien au-delà de la situation individuelle puisqu'elle nécessite une approche organisationnelle et relationnelle et l'aménagement qui en découlera sera positif pour l'ensemble - condition sine qua non de la réussite de l'action.

On peut prendre comme exemple les aménagements réalisés pour éviter le port de charge (installation de pont roulant, monte charge ...) qui profite à la personne handicapée et plus largement au collectif de travail.

Notre proposition s'articule autour des deux axes :

- une formation – action
- une mise en réseau d'acteurs

I. Formation-Action

- au niveau de la situation de handicap psychique
- au niveau de l'environnement

Cet axe comprend les actions suivantes :

Phase 1 : Formation des acteurs

Cette phase de sensibilisation pourra se décliner en fonction des publics (Secteur Soins, insertion, entreprise)

Néanmoins nous privilégierons en dehors de l'aspect purement médical et clinique une formation ouverte à des publics différents.

Module 1 : Connaître les caractéristiques des maladies mentales et leurs impacts sur les situations de travail

Module 2 : Repérer les situations dans l'entreprise

Module 3 : Compenser le handicap psychique en entreprise

Phase 2 : Acquérir et mettre en place des outils d'évaluation et de compensation de la situation de la personne handicapée psychique au regard du travail

Avoir une ressource ergonomique spécialisée sur le territoire

Etablir les conditions nécessaires au maintien dans l'emploi dans l'entreprise et dans l'environnement du salarié en terme de suivi social, familial,

Phase 3 : Suivre et évaluer

Mettre en place des tutorats

Mobiliser des moyens externes de suivi (services sociaux, SAVS)

II. Mise en réseau d'acteurs

Phase 1

Définir d'une démarche pluridisciplinaire avec la mise en place de référents et /ou de ressources spécifiques sur deux territoires définis traitants, organismes d'assurance maladie et médecin du travail) qui permettra de mener des actions concrètes et concertées :

Elaborer une procédure d'alerte entre intervenants du soin (psychiatre, médecins du travail)

Connaître et répertorier les moyens mobilisables ...

Phase 2.

Travailler sur la notion de parcours et sur l'apport de réponses graduées

Cette phase correspond aux caractéristiques de la maladie mentale pour laquelle la notion de stabilisation par exemple n'est pas si bien définies que pour d'autres situations de handicap.

Mener une réflexion avec les maisons départementales des personnes handicapées

Annexe I :

Tableaux I

Part des agents de la Fonction Publique en congé longue maladie ayant comme origine une pathologie psychiatrique

Département du Gers	2004	%	2005	%
Nombre total d'agent des 3 fonctions publiques ayant un congé longue maladie ou congé longue durée	705	100	712	100
Nombre d'agents ayant un congé longue maladie ou congé longue durée qui a pour origine une pathologie psychiatrique	350	49.6	283	39.7

Département de l'Ariège	2004	%	2005	%
Nombre total d'agent des 3 fonctions publiques ayant un congé longue maladie ou congé longue durée	NC	100	632	100
Nombre d'agents ayant un congé longue maladie ou congé longue durée qui a pour origine une pathologie psychiatrique	NC	NC	305	48

Département de l'Aveyron	2004	%	2005	%
Nombre total d'agent des 3 fonctions publiques ayant un congé longue maladie ou congé longue durée	642	100	706	100
Nombre d'agents ayant un congé longue maladie ou congé longue durée qui a pour origine une pathologie psychiatrique	272	36.5	303	42.4

Tableau II

Nombre de patients en arrêts de travail longue maladie avec une origine psychiatrique

	2003	%	2004	%	2005	%
Ariège	216	15	216	16	200	10
Aveyron	392	19	497	19	439	12
Haute-garonne	1725	21	2229	22	1940	14
Gers	249	22	219	12	190	9
Lot	245	18	262	15	199	10
Haute-Pyrénées	304	18	392	17	331	11
Tarn	538	17	598	17	609	12
Tarn et Garonne	449	17	425	15	353	12
Midi-Pyrénées	4118	19	4838	19	4261	12

Source : données de l'échelon régional - CPAM

Tableau III
Nombre d'invalidités ayant une origine psychiatrique par département

	2003	%	2004	%	2005	%
Ariège	24	21	32	28	39	34
Aveyron	82	26	93	29	103	29
Haute-garonne	360	32	463	33	382	32
Gers	38	27	47	32	37	25
Lot	39	29	74	36	57	31
Haute-Pyrénées	71	29	99	33	94	35
Tarn	147	26	171	27	124	25
Tarn et Garonne	94	33	93	38	71	29
Midi-Pyrénées	855	29	1072	32	907	30

Source : données de l'échelon régional – CPAM

Tableau IV
Comparatif de la part Invalidité et Longue maladie en 2005

	<i>Part Invalidité ayant une origine psychiatrique sur le nombre total d'invalidité (%)</i>	<i>Part longue maladie ayant une origine psychiatrique sur le nombre total d'arrêt maladie (%)</i>	<i>Part des invalidités sur le nombre d'arrêts longue maladie ayant une origine psychiatrique (%)</i>
Ariège	34	10	20
Aveyron	29	12	24
Haute-garonne	32	14	20
Gers	25	9	20
Lot	31	10	29
Haute-Pyrénées	35	11	28
Tarn	25	12	20
Tarn et Garonne	29	12	20
Midi-Pyrénées	30	12	21

Tableau V

Nombre d'arrêts maladie

ANNEE	Ariège	Aveyron	Haute-Garonne	Gers	Lot	Hauts-Pyrénées	Tarn	Tarn et Garonne	Région
2002	1347	1968	6395	969	1275	1394	2717	2166	18231
2003	1471	2059	8363	1132	1396	1698	3143	2675	21937
2004	1349	2663	10036	1787	1697	2367	3564	2771	26234
2005	1993	3509	13999	2195	2037	3046	5067	2998	34844
variation 2002-2005	47,96%	78,30%	118,91%	126,52%	59,76%	118,51%	86,49%	38,41%	91,13%

Les dispositifs, outils et acteurs repérés lors des réunions

	Les dispositifs	Les outils	Les acteurs
Prévention de la rupture professionnelle	Dispositifs maintien départementaux	Signalement précoce Visite de pré-reprise auprès du médecin du travail Outils du maintien dans l'emploi (Aides financières, techniques, aménagements...) RQTH	Services de santé au travail, Services sociaux des organismes d'assurance maladie, SAMETH, AGEFIPH
	Dispositif « Souffrance au travail »	Consultations spécialisées Groupes d'informations Orientation	Service des maladies professionnelles, CHU Purpan
	Réseau Ville-Hôpital du Couserans	Détection précoce et Orientation vers la psychiatrie	Médecins généralistes et Hôpital du Couserans (CHAC)
Accompagnement et ressources	MDPH	Prestations sociales, orientation, RQTH, ...	MDPH
	Cap emploi	Accompagnement professionnel	Associations porteuses des Cap emploi en partenariat avec l'AGEFIPH et l'ANPE
	PDITH	Mise en réseau d'acteurs	DDTEFP et AGEFIPH
	DIAME	- Formation AGIR spécifique Maladie Mentale - Accompagnement professionnel - Accompagnement social	Association ESSOR (32) en partenariat avec Conseil Régional, AGEFIPH, PDITH 32, Conseil Général 32, DDASS, FSE
	SAVS	Suivi social	Les associations porteuses de SAVS
	CMSO	Consultations pluridisciplinaires, évaluation	CMSO (31)
	ALIZE (46)		

Evaluation des risques professionnels		Le document unique d'évaluation des risques Le questionnaire KARADEK Le questionnaire SIEGFRIEST Supervision du Groupe de médecins de travail de Castres	Les services de santé au travail, services de préventions des CRAM, MSA et branches professionnelles, les entreprises (CHSCT)
		Une ressource en psychologie du travail spécialisée dans les risques psychosociaux au travail	L'Association de Santé au Travail Inter services (ASTI), Midi-Pyrénées
		Documentation, formations, outils notamment la brochure « <i>Et s'il y avait du stress dans votre entreprise</i> » Institut national de Recherche et de Sécurité - 2006	Institut national de l'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles