



**Université Senghor**

Université internationale de langue française  
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

**La réhabilitation psychosociale des personnes souffrant de  
troubles psychiques «Évaluation de la qualité de vie ressentie des usagers de  
l'atelier thérapeutique agricole à l'hôpital sainte Marie de Nice » : Apport d'ergothérapie dans la  
Réhabilitation psychosociale des personnes souffrant de troubles psychiques.**

Présenté par

**Samah IBRAHIM**

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département santé

Spécialité santé internationale

Le 10 mars 2009

Devant le jury composé de :

Dr. Christian MESENGE Directeur du département santé	Président
Dr. Jérôme PALAZZOLO Chercheur associé au LASMIC, Université de Nice	Examinateur
Dr. Anne Marie MOULIN Directeur de recherche, CNRS-CEDEJ, le Caire	Examinateur

*« L'homme ne supporte pas éternellement son annulation, il y'aura un jour une réaction, mes patients recherchent tous leur existence propre, et veulent l'assurer contre cette atomisation totale en néant ou en perte de sens, **L'homme ne peut pas supporter une existence dénuée de sens** »*

« Dr. Carl G. Jung, face to face, BBC entreprises »

## Remerciements

Je voudrais tout d'abord exprimer ma profonde reconnaissance au docteur Jérôme Palazzolo, pour l'aide et les conseils qu'il m'a apporté lors des différents suivis.

Je voudrais également remercier docteur Christian Mésenge pour ces précieux conseils et le suivi académique dont j'ai bénéficié pendant ces deux années.

Je tiens à remercier docteur Anne-Marie Moulin pour le suivi qu'elle m'a accordé:

Je tiens à remercier très sincèrement docteur Martine Fouchet pour son accueil au pôle de réhabilitation psychosociale au CHS Sainte Marie, et de m'avoir donné ses conseils et son aide scientifique et pour l'intérêt qu'elle m'a fait vivre durant mon stage.

Je voudrais également exprimer mes remerciements sincères au Dr. Annie Bommer et Mr. René Courbet de m'avoir accompagné pendant mon stage et de m'avoir expliqué le fonctionnement de l'ATA.

Je tiens à remercier tout particulièrement Dr. Frédéric Jover qui par son expérience et son enthousiasme, m'a offert beaucoup d'aide au cours de mon stage.

J'adresse également mes remerciements à Mr. René Yago et son équipe au service de qualité, pour leur coopération et leur accompagnement.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance à l'université Senghor et au professeur Texier d'avoir mis à ma disposition les moyens nécessaires pour la réussite de ma formation.

Et enfin, J'adresse tous mes remerciements et toute ma reconnaissance aux personnels de l'Université Senghor et de CHS sainte Marie qui m'ont offert d'excellentes conditions pour mener à bien mon travail.

## Dédicace

*A ma famille pour l'aide et le soutien qu'elle m'a offert.*

*A mes collègues avec qui j'ai passée deux années agréables*

*A tous mes amis*

*Je dédie ce mémoire*

*Samah Ibrahim*

## Résumé

Pendant ces dernières décennies, l'intervention de la psychiatrie publique à évoluer vers des modalités plus diversifiés et moins hospitalo-centristes. Dans un contexte de rupture avec le passé et d'une remise en cause de la psychiatrie asilaire où la prise en charge du malade mentale était réservé aux CHS dans une finalité thérapeutique. Cette évolution vers la psychiatrie communautaire avec des thérapies extrahospitalières nécessitait la mise en place des hôpitaux de jours, des centres medico-psychologiques (CMP) et des structures ambulatoires avec lesquels la dimension de réinsertion sociale est étroitement associée. Parallèlement à cette tendance, il y avait la politique de sectorisation comme une voie vers la continuité des soins par une équipe médico-sociale dans une aire géographique d'intervention.

Ce mouvement a induit la création des centres d'aide par le travail (CAT), récemment appelé Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT), où l'aspect thérapeutique du travail est remplacé par le rôle social du travail en entreprise. Ce mouvement de prise en charge communautaire a induit également la création des structures intermédiaires, comme les ateliers thérapeutiques, afin d'aider les patients dans leur bousculement de l'intra vers l'extra- hospitaliers.

Ce travail nous a permis d'accompagner les patients en voie de rétablissement à l'atelier thérapeutique agricole, En conduisant une étude descriptive avec l'aide de profiler de santé générale de Duke. Afin d'évaluer leur santé général ressenti, et d'examiner la perception qu'ils ont de leur fonctionnement social. On a constaté que l'état clinique ne conditionne pas la réussite de l'insertion sociale.

### **Mots-clés:**

Réhabilitation psychosocial, réinsertion sociale, santé mentale, psychiatrie communautaire, ergothérapie, qualité de vie, santé général, profile de santé de Duke

## **Abstract**

Psychiatric intervention has been evolved during the last decades into different modalities less hospitalo-centered. This development took place within a context of break-up with the insane's asylum and questioning management paradigms that aimed only at medical therapy within institutions.

This evolution towards community psychiatry and out-doors therapy demanded the construction of day hospitals, medico social centres and ambulatory services where the dimension of social re-insertion was tightly associated

This movement induced the creation of vocational rehabilitation centres where the therapeutic aspect of work replaced the social role of working for a company. This movement induced also the creation of intermediate care services, like the therapeutic workshops, in order to help patients in their transition from the inside toward the outside of hospitals.

This study helped us to follow-up patients undergoing recovery process in the Agricultural therapeutic workshop. A descriptive study was performed with the help of Duke's general health profile so as to evaluate the perception they have of their social functioning. We realised that the clinical status is not a condition for the success of social re-insertion

## **Key-words**

Psychosocial rehabilitation, Social reinsertion, mental health, Community psychiatry, Ergo therapy, Quality of life, General health, Duke's general health profile.

## Liste des acronymes et abréviations utilisés

AAH : L'Allocation aux Adultes Handicapés  
AMRP : Association Mondiale pour la Réhabilitation Psychosociale  
ANPE : Agence National Pour l'Emploi  
IAPRS : International Association for Psychological Rehabilitation Services)  
ATA : l'Atelier Thérapeutique Agricole  
ATP : Atelier Thérapeutique Polyvalent  
BTS : Brevet de Technicien Supérieur  
CAP : Centre d'Accueil Psychiatrique  
C .A.P : Certificat d'Aptitude Professionnelle  
CAT : Centre d'Aide par le Travail  
CDC: Centre for Disease Control  
CDD : Contrat de Durée Déterminée  
CES : Contrat Emploi Solidarité  
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé  
CHU : Centres Hospitaliers Universitaires  
CIH2 : Classification Internationale du fonctionnement, du Handicap et de la santé  
CMP : Centre Médico-Psychologique  
CRP : Centres de Rééducation Professionnelle  
CRESUS : Cellule Relais d'Entrée aux Soins pour les Usagers en Santé Mentale  
CSSS : Centres de Santé et de Services Sociaux  
CTRS : Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale intra-hospitalière  
DPA : Département Pour Autistes  
ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail  
ESEMeD: European Study of the Epidemiology of mental Disorders  
FAM : Les Foyers d'Accueil Médicalisés  
FHU's : Family Health Units  
GEM: Groupes d'Entraide Mutuelle  
GOTHI: General Organization for Teaching Hospital Institute  
HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers  
HL : Hospitalisation Libre  
HO : Hospitalisation d'Office  
HPI : Human Poverty Index  
IAPRS : International Association for Psychological Rehabilitation Services  
IDH : Index de Développement Humain  
IUP : institut universitaire professionnelle de management du sport  
MAS : Maisons d'Accueil Spécialisées  
MHS : Mental Health Secretariat  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
ONG : Organisation Non-Gouvernemental  
PACT : Psychose, Aider, Comprendre et Traiter  
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement  
RMI: Revenu Minimal d'Insertion  
SIPAD : Service Intersectoriel Pour Adolescents Difficiles  
SMIG : Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti  
SMPR : Pole de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire  
UPIAS: Union of the Physically Impaired Against Segregation  
USIP : Unité de Soins Intensifs de Psychiatrie  
WMH-CID: World Mental Health Composite International Diagnostic Interview

## Liste des tableaux

Tableau 1: La prévalence des troubles mentaux .....	17
Tableau 2: Différents types de catégorisation des groupes sociaux.....	18
Tableau 3: Classification d' handicapé.....	23
Tableau 4 : le champ de réhabilitation décrit par Vidon .....	32
Tableau 5 : Les indicateurs-clés relatifs au financement de la santé en Egypte .....	42
Tableau 6 : Ressources humaines en santé.....	42
Tableau 7 : lits consacré à la psychiatrie dans les hôpitaux du ministère de la santé, autres que le MHS.....	45
Tableau 8 : département de psychiatrie dans les hôpitaux générales .....	45
Tableau 9 : les dimensions de questionnaire de profile de santé de Duke .....	51
Tableau 10 : Niveau d'études des stagiaires à l'ATA de l'hôpital Ste. Marie de Nice .....	53
Tableau 11 : Ancienneté du trouble en années des stagiaires à l'ATA de l'hôpital Ste. Marie de Nice.....	54
Tableau 12 : temps passé à l'ATA en semaines .....	54



## Liste des figures

Figure 1 : La carte d'Égypte, source : Perry-Castañeda Library Map Collection .....	41
Figure 2: Pourcentage de lits actifs .....	44
Figure 3 : Nombre de lits au secrétariat général de psychiatrie .....	44
Figure 4: Nombre de lits au département de psychiatrie aux hôpitaux universitaires	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Figure 5: Distribution de fréquences de score de santé générale des stagiaires au sein de l'ATA durant la période de 23 mai au 3 juin .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Figure 4 : Distribution de fréquences de score de santé physique des stagiaires au sein de l'ATA durant la période de 23 mai au 3 juin .....	55
Figure 5 : Distribution de fréquences de score de santé sociale des stagiaires au sein de l'ATA durant la période de 23 mai au 3 juin.....	56
Figure 6 : Distribution de fréquences de score d'estime de soi des stagiaires au sein de l'ATA durant la période de 23 mai au 3 juin.....	56
Figure 9: Distribution en nuage de points et courbe de tendance selon le temps passé au sein de la structure et le score de santé générale des usagers de service de l'ATA au CHS Ste. Marie durant la période de 23 mai au 3 juin. ....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Figure 10: Distribution en nuage de points et courbe de tendance selon le temps passé au sein de la structure et le score de santé sociale des usagers de service de l'ATA au CHS Ste. Marie durant la période de 23 mai au 3 juin .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Figure 11: Distribution en nuage de points et courbe de tendance selon le temps passé au sein de la structure et le score de santé mentale des usagers de service de l'ATA au CHS Ste. Marie durant la période de 23 mai au 3 juin .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Figure 12: Distribution en nuage de points et courbe de tendance selon le temps passé au sein de la structure et le score de santé physique des usagers de service de l'ATA au CHS Ste. Marie durant la période de 23 mai au 3 juin .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Figure 13: Distribution en nuage de points et courbe de tendance selon l'âge et le score de santé générale des usagers de service de l'ATA au CHS Ste. Marie durant la période de 23 mai au 3 juin .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Figure 14: Distribution en nuage de points et courbe de tendance selon le temps passé au sein de la structure et le score d'anxiété-dépression des usagers de service de l'ATA au CHS Ste. Marie durant la	

période de 23 mai au 3 juin. .... **Erreur ! Signet non défini.**

Figure 15: Distribution en nuage de points et courbe de tendance selon l'ancienneté du trouble et le score de santé mentale des usagers de service de l'ATA au CHS Ste. Marie durant la période de 23 mai au 3 juin ..... **Erreur ! Signet non défini.**

Figure 16: Distribution en nuage de points et courbe de tendance selon l'ancienneté du trouble et le score de santé générale des usagers de service de l'ATA au CHS Ste. Marie durant la période de 23 mai au 3 juin ..... **Erreur ! Signet non défini.**

## Sommaire

Remerciements .....	Erreur ! Signet non défini.
Dédicace.....	Erreur ! Signet non défini.
Résumé .....	Erreur ! Signet non défini.
Mots-clés: .....	Erreur ! Signet non défini.
Abstract.....	Erreur ! Signet non défini.
Key-words.....	Erreur ! Signet non défini.
Liste des acronymes et abréviations utilisés .....	Erreur ! Signet non défini.
Liste des tableaux .....	Erreur ! Signet non défini.
Liste des figures .....	Erreur ! Signet non défini.
Introduction.....	Erreur ! Signet non défini.
Contexte et justification.....	Erreur ! Signet non défini.
Le fardeau de maladies mentales dans le monde .....	Erreur ! Signet non défini.
Que faut-il favoriser ? La guérison sociale OU l'Amélioration clinique ? ...	Erreur ! Signet non défini.
De l'hygiénisme social au mouvement d'antipsychiatrie.....	Erreur ! Signet non défini.
Les déterminants sociaux de la santé .....	Erreur ! Signet non défini.
La précarité: .....	Erreur ! Signet non défini.
L'exclusion : .....	Erreur ! Signet non défini.
Les SDF .....	Erreur ! Signet non défini.
Le travail comme indicateur social de la santé .....	Erreur ! Signet non défini.
Le handicap induit par les maladies mentales .....	Erreur ! Signet non défini.
Définir le Handicap.....	Erreur ! Signet non défini.
Accompagnement d'une personne adulte handicapée .....	Erreur ! Signet non défini.
Historique .....	Erreur ! Signet non défini.
À la sortie de l'asile .....	Erreur ! Signet non défini.
Définir la réhabilitation .....	Erreur ! Signet non défini.
Les grands principes de la Réhabilitation Psychosociale.....	Erreur ! Signet non défini.
<b>Partie II : L'atelier thérapeutique agricole (l'ATA) au centre hospitalier sainte Marie de Nice</b> .....	Erreur ! Signet non défini.
Le but du secteur psychiatrique est : .....	Erreur ! Signet non défini.
Les pôles.....	Erreur ! Signet non défini.
Structure composant le pôle Sanitaire de Réhabilitation psychosociale ....	Erreur ! Signet non défini.
La capacité d'accueil est de 25 places : .....	Erreur ! Signet non défini.

Contexte de Création du projet de l'ATA.....	Erreur ! Signet non défini.
Le Besoin de soins :.....	Erreur ! Signet non défini.
L'Offre de soin.....	Erreur ! Signet non défini.
Les membres d'équipe de soins.....	Erreur ! Signet non défini.
• Le médecin psychiatre.....	Erreur ! Signet non défini.
• Le psychologue.....	Erreur ! Signet non défini.
• L'assistante sociale.....	Erreur ! Signet non défini.
• Les aides soignants.....	Erreur ! Signet non défini.
• L'équipe technique.....	Erreur ! Signet non défini.
• Les agents des services hospitaliers.....	Erreur ! Signet non défini.
• La secrétaire.....	Erreur ! Signet non défini.
• L'équipe de nuit.....	Erreur ! Signet non défini.
Les outils et le fonctionnement.....	Erreur ! Signet non défini.
La gestion du temps de patients.....	Erreur ! Signet non défini.
<b>Partie III : Analyse de la situation Égyptienne.....</b>	Erreur ! Signet non défini.
Offre de soins en santé mentale:.....	Erreur ! Signet non défini.
Le contexte social.....	Erreur ! Signet non défini.
<b>Partie IV.....</b>	Erreur ! Signet non défini.
But du travail:.....	Erreur ! Signet non défini.
Objectifs spécifiques :.....	Erreur ! Signet non défini.
Méthodologie.....	Erreur ! Signet non défini.
Sujet et méthode.....	Erreur ! Signet non défini.
Contraintes:.....	Erreur ! Signet non défini.
Résultats.....	Erreur ! Signet non défini.
Discussion.....	Erreur ! Signet non défini.
Conclusion et recommandations.....	Erreur ! Signet non défini.
Recommandations.....	Erreur ! Signet non défini.
<b>Références.....</b>	Erreur ! Signet non défini.
<b>Annexes.....</b>	Erreur ! Signet non défini.
(1) SF-36 Health Survey.....	Erreur ! Signet non défini.
(2) Questionnaire.....	Erreur ! Signet non défini.
MANUAL SCORING FOR THE DUKE HEALTH PROFILE.....	Erreur ! Signet non défini.
(3) études de cas Monsieur P.....	Erreur ! Signet non défini.
Monsieur P.....	Erreur ! Signet non défini.
Monsieur F.....	Erreur ! Signet non défini.

Monsieur S .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
(4) Témoignages .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
(5) Produits chimiques utilisés à l'ATA.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
(6) Plan de l'ATA .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
(7) Fiche de préadmission (Cellule Relais d'Entrée aux Soins pour les Usagers en Santé mentale) .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
(8) Fiche d'évaluation infirmierFiche d'évaluation des compétences psychosociales Photos .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
(9) Fiche d'évaluation des compétences psychosociales .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
(10) Droits aux usagers.....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
(11) Règlement intérieurs des personnes hospitalisées .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
(12) Photos .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>

## Introduction

« La santé et le développement sont étroitement liés » (1). Au cours des deux dernières décennies, ces deux notions ont largement évolué. Le concept de développement, où le volet économique était largement impliqué, s'élargit pour intégrer la dimension sociale plus centré sur l'homme et sur son bien-être. Depuis 1990, le Programme des nations unies pour le développement (PNUD) en adoptant les idées de Sen, définit le développement humain ainsi : « les individus sont la véritable richesse d'une nation. Le développement doit donc être un processus qui conduit à l'élargissement des possibilités offertes à chacun. Il a pour objectif fondamental de créer un environnement qui offre aux populations la possibilité de vivre longtemps, et en bonne santé, d'acquérir les connaissances qui les aideront dans leurs choix et d'avoir accès aux ressources leur assurant un niveau de vie décent »(2). Parallèlement, La définition de la santé a évolué pour intégrer le bien-être mental et social en plus du bien-être physique. Ce bien être est souvent appelé la Santé Mentale positive qui est basée sur l'exploitation maximale des capacités personnelles, la maîtrise de l'environnement et l'autonomie (3).

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une personne sur quatre dans le monde souffrira de troubles mentaux ou neurologiques à un moment ou l'autre de sa vie (4). Malgré cette réalité, au niveau mondial, les troubles mentaux sont encore synonymes de l'exclusion sociale. Les patients au moment de leur retour dans la communauté, se retrouvent confrontés par des conditions socio environnementales défavorables qui peuvent augmenter leur vulnérabilité psychologique, et rendent difficile pour eux de vivre avec cette maladie. La chronicité, la précarité et les difficultés matérielles constituent les principaux maux rencontrés par les personnes souffrants de troubles psychiatriques et représentent les défis essentiels face à la réinsertion afin de les aider à aménager leur vie sociale.

Le terme de réhabilitation psychosociale est relativement récent et est associé à plusieurs courants de pensée connus surtout dans les pays industrialisé, comme : la sectorisation psychiatrique, la psychothérapie institutionnelle et le mouvement de création d'alternatives à l'hospitalisation. Parmi les différents facteurs impliqués, on cite:

- Le développement de médicaments mieux tolérés;
- l'influence de la politique de réduction des capacités hospitalières sur l'organisation de la santé mentale avec la tendance à réduire les durées de séjour des malades mentaux, et à renvoyer leur prise en charge aux centres de soins communautaires,
- L'observation que la plupart des malades, surtout ceux qui souffrent de la schizophrénie, sortant de l'hôpital, ne peuvent être immédiatement intégré dans le milieu professionnel (5).

Dans cet esprit, de nouveaux besoins en psychiatrie sont apparus qui nécessitaient de créer des unités d'hospitalisation intégrées au milieu naturel. Afin de compléter la stratégie thérapeutique par la prise en charge sociale associée aux traitements médicamenteux et d'éviter la création d'un milieu asilaire qui ne favorise pas la réintégration. Une réintégration qui doit redonner à la personne sa dignité, modifie la

perception de ses rapports avec les autres et lui redonne le pouvoir d'agir. Ce qui est difficile à réaliser si le concept n'est pas enraciné dans la société, pour qu'elle offre des places aux personnes déjà fragilisées par les crises. En d'autre terme, l'insertion doit être réciproque, l'environnement aussi doit s'adapter pour accepter la personne en lui donnant le droit à la différence.

Dans ce travail, on pose la question : est-ce que la guérison sociale est synonyme de la disparition de symptômes?, On a cherché à examiner la perception, que les personnes souffrant de troubles psychiatriques, avaient de leur santé après avoir suivi le programme de prise en charge au pôle de réhabilitation psychosociale de l'hôpital sainte Marie. Afin de savoir à quel degré ils se croient vraiment insérés dans la société. On cherchait en même temps à étudier les perspectives de la réhabilitation psychosociale dans le contexte égyptien, selon ses caractéristiques socio-économiques et culturelles.

L'étude est divisée en quatre parties. Dans un premier temps, nous procéderons à une analyse de problématique avec un bref rappel de l'histoire et des principes de la réhabilitation psychosociale. Dans un deuxième temps, nous ferons un bilan d'activités thérapeutiques menées à L'atelier thérapeutique agricole (ATA) au centre hospitalier sainte Marie de Nice. Dans l'étape suivante, nous examinerons le système de santé égyptien en mettant l'accent sur la prestation de soins en matière de santé mentale et de réhabilitation. Nous consacrerons la quatrième partie à analyser les résultats d'une étude descriptive réalisée à l'ATA, Ce volet vise à évaluer l'impact du processus de prise en charge à l'ATA sur la qualité de vie ressenti des usagers du service. Finalement, on terminera cette partie avec la conclusion et les recommandations.

## Contexte et justification

«Non à l'exclusion – Oui aux soins » c'était le slogan de la Journée mondiale de la Santé en 2001 (6), Et qui délivrait le message d'une campagne d'une année consacrée à la santé mentale afin de lancer le débat sur la manière d'améliorer la santé mentale dans le monde.

Selon l'OMS, 450 millions de personnes dans le monde sont atteintes de troubles mentaux ou neurologiques ou souffrent de problèmes psychosociaux associés, notamment à l'alcoolisme ou à la toxicomanie (7). Or, seul Un petit nombre sont convenablement diagnostiquées et encore moins sont traitées. La plupart de cas vivent dans la souffrance, et peuvent même mourir prématurément, car la santé mentale c'est intime, cela devient public quand l'expression du trouble et de l'angoisse deviennent trop intenses, quand cela perturbe la famille, le milieu du travail ou la société (8).

La définition des cas en psychiatrie est difficile. Les troubles mentaux et du comportement ne sont pas de simples variations à l'intérieur des limites de la « normalité ». Une normalité qui est déjà difficile à identifier. Ce qui représente le défi majeur face à la prévention. L'approche de santé publique avec l'aide des données de l'épidémiologie psychiatrique devrait viser la planification de soins en permettant la collaboration entre les champs divers (sanitaires, social, éducation...etc.) Afin d'éviter la chronicité des problèmes de santé mentale, ainsi qu'améliorer l'accès au soin des personnes en situation de précarité (3).

Depuis 1948, la notion de santé mentale a remplacé celle de maladie mentale(3). La valeur de la santé mentale est soulignée dans la définition de la santé dans la Constitution de l'OMS : "*La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*" (9). Le bien-être mental est plus difficile à conceptualiser que le bien être physique où un mélange de notions sociales, culturelles et individuelles est impliqués. Ce « bien-être » est souvent appelé "santé mentale positive". Dans cet esprit, une personne souffrant de maladie mentale peut avoir une bonne santé mentale en fonction de son insertion sociale et de la qualité de son environnement. Et inversement une personne en état de souffrance psychologique peut ne pas présenter de maladie mentale (3).

Le volet social est largement impliqué. L'individu ne se situe seulement dans le champ de ses propres aspirations, mais celle-ci sont modelées par l'entourage et par la société dans laquelle il vit. Selon la hiérarchie des besoins de Maslow, les aspirations des individus les poussent à des exigences de plus en plus élevées. Plus ces exigences sont élevées, plus les risques de satisfaction et d'insatisfaction augmentent. Dans ce sens, les problèmes de santé mentale suivent l'organisation sociale où les changements sociaux produisent de nouveaux groupes à risque (3).

Trois dimensions donc doivent être clairement différenciées :

1- La santé mentale positive, qui correspond à la capacité d'adaptations et de faire face aux stress inévitables de l'existence. Une sorte de résistance qui évite à l'individu des manifestations



pathologiques (3) (7).

2- La santé mentale négative ou « la détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles » (7).

3- les maladies mentales ou « les troubles psychique classables à partir d'une classification diagnostique, renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants » (7).

### **La santé mentale positive**

Le bien être psychologique selon l'approche psychanalytique proposée par Freud, c'est la capacité d'aimer et de travailler. En d'autres termes, c'est l'expression d'énergie interne qui permet à la personne de réaliser ses aspirations intellectuelles, sexuelles et émotionnelles (10). En 1958, Mary Jahoda annonçait: « *Insatisfaits d'une centration sur le « comportement malade », nous avons besoin d'une perspective nouvelle et élargie si nous voulons rendre conceptuellement clair et pratiquement utile notre intérêt pour la santé mentale en tant que force positive* »(11). Elle a proposé dans son livre « *Current Concepts of Positive Mental Health* » une première définition de la Santé Mentale positive basée sur trois thèmes:

- 1 - la réalisation personnelle : l'individu doit être capable d'exploiter au maximum ses capacités;
- 2 - la maîtrise de l'environnement : l'individu doit être relativement Indépendant du milieu social;
- 3 - l'autonomie : l'individu doit être capable d'identifier les problèmes qui se posent à lui, de s'y confronter et de faire l'effort nécessaire pour les résoudre par lui-même (3).

Quoique cette définition relie la santé mentale positive à l'environnement et à l'adaptation, elle reste attachée à la culture américaine qui favorise l'individualisme. Cette définition ne sera pas forcément applicable à d'autres cultures dans lesquelles les liens entre l'individu et le tissu social sont différents (3).

Au niveau mondial, « *L'héritage du passé asilaire est lourd et il ne se défera pas en un jour* » (12). Il persiste des facteurs de type socioculturel qui limitent l'accès aux soins psychiatrique malgré les efforts pour les rendre de plus en plus disponibles. Pendant deux siècles, les médecins des âmes (souvent appelés les aliénistes) se sont enfermés avec leurs " fous " dans les asiles d'aliénés pour "protéger" la société (8). Le système de soins français jusqu'en 1970 était fondé sur la loi du 30 juin 1838, qui créa « les asiles d'aliénés » pour correspondre à la pensée thérapeutique d'alors : « *l'isolement, seul, guérit.* » (13). « L'image du " malade mental " dans le grand public reste celui d'une personne imprévisible, dangereuse, qui peut commettre des actes illégaux, qu'il faut enfermer à l'hôpital psychiatrique pour la soigner par des médicaments »(8) Les troubles mentaux sont encore synonymes d'exclusion sociale. La honte associée redouble l'exclusion et rend très difficile pour le citoyen de vivre avec sa maladie. Car l'afficher, en parler, c'est s'exposer, c'est impliquer tout l'entourage et augmenter la souffrance de la famille (7).

La tendance d'aujourd'hui c'est de mettre une fin à cet asile des " fous " (8), et de mettre la psychiatrie dans la communauté et d'offrir les soins aux malades mentaux en dehors de l'hôpital en diminuant les activités de l'hospitalisation complète. Une tendance qui nécessite d'apprendre ou réapprendre aux personnes souffrant de troubles mentaux les moyens d'un fonctionnement et d'une participation à la vie en société, en assurant un logement pour y vivre, des services de réinsertion professionnelle et de soutien dans l'emploi (6). Dans le cas de personnes hospitalisées pendant de nombreuses années, le retour dans la communauté est extrêmement difficile et doit être progressif et accompagné. Dans cette optique l'Italie en plein mouvement de désaliénisme mené par le docteur Basaglia à la fin des années soixante, a proposé un modèle où les structures de soin sont implantées dans la communauté. Les structures d'insertion professionnelle, sociale et culturelle, ont été créées par le secteur sanitaire qui les gère en partenariat avec les acteurs sociaux (14).

Dans un autre modèle proposé par les Canadiens, le gouvernement du Québec a adopté un plan de réorganisation en santé mentale, où les soins de première et de deuxième lignes ne seront plus offerts dans les hôpitaux, mais bien dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS) (11).

En France, la politique de sectorisation qui était synchronisée avec le mouvement de psychothérapie institutionnelle, a permis une déshospitalisation « douce », mais elle n'a pas mis les patients à l'abri de conséquences sévères sur leur qualité de vie (15), c'est ce que cette étude cherchait à examiner.

La qualité de vie se définit selon l'OMS comme : « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lesquels il vit, et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large, influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement.* »(16). Les instruments utilisés pour évaluer la qualité de vie sont des échelles qui permettent d'obtenir un score global. Parmi ces échelles on cite :

QWB: quality of well being

SIP: sickness impact profile

Profil de santé de Duke

SF-36 (17).

Ces échelles sont souvent constituées d'une liste de questionnaires relativement longue. Par exemple le Sickness Impact Profile est composé de 136 items, classés en 12 catégories, qui peut être rempli de façon autonome par les sujets ou dans un entretien face à face dans une durée de 40 minutes. La forme abrégée de cette échelle (le short form SF36) se compose de 36 items, classés en 8 catégories où les dimensions physique, sociale, mentale sont impliquées et qui peuvent être rempli dans une durée de 10 minutes. (18) (Annexe 1)

Le score de santé de Duke permet d'évaluer la santé ressentie et déclarée par les individus à partir des dix-sept items du questionnaire portent sur les volets mental, social, et physique. Vu la particularité de la pathologie étudiée, le profil de santé de Duke (Annexe 2) était le plus pertinent à utiliser.

## Le fardeau des maladies mentales dans le monde

Les plus grandes études, réalisées au niveau mondial, ont été l'Epidemiologic Catchement Area et la National Comorbidity Study, menées aux Etats-Unis. Elles ont permis de chiffrer la prévalence sur toute la vie des troubles mentaux définis par les critères du DSM-III, III-R et IV. La morbidité psychiatrique concernerait environ un tiers de l'ensemble de la population et serait principalement constituée de pathologies alcooliques, névrotico-anxieuses et thymiques. (3)

L'ESEMeD (European Study of the Epidemiology of mental Disorders). est une enquête transversale réalisée en 2001-2003, chez des sujets de plus de 18 ans et non institutionnalisés vivant dans six pays européens (Allemagne, Belgique, Espagne, France, Italie, Pays Bas). Les sujets (21 425 au total) ont été interrogés à leur domicile par des enquêteurs professionnels. Le questionnaire WMH-CIDI a été utilisé. (19) (tableau n°1)

Les troubles le plus fréquents, sur toute la vie, sont les troubles dépressifs (14%), les troubles anxieux (13,6%) et l'alcoolisme (5,2%) selon l'ESEMeD). La prévalence des troubles mentaux en consultation générale se situe entre 20 et 30 %. (20)

Tableau 1: La prévalence des troubles mentaux

	Prévalence sur toute la vie	Prévalence sure un an
Au moins un trouble dépressif	14%	4,2%
Au moins un trouble anxieux	13,6%	6,4%
Alcoolisme (abus ou dépendance)	5,2%	1%
Episode dépressif majeur	12,8%	3,9%
Dysthymie	4,1%	1,1%
Phobie sociale	2,4%	1,2%
Etat de stress post traumatique	1,9%	0,9%
Trouble anxiété généralisée	2,8%	1,0%
Troubles panique	2,1%	0,8%
agoraphobie	0,9%	0,4%
Alcoolisme (abus d'alcool)	4,1%	0,7%
Alcoolisme (dépendance à l'alcool)	1,1%	0,3%

## Que faut-il favoriser ? La guérison sociale OU l'Amélioration clinique ?

### De l'hygiénisme social au mouvement d'antipsychiatrie

Le mouvement d'hygiénisme social, répandu au début du 20<sup>e</sup> siècle, avait comme finalité la lutte contre les grands fléaux sociaux à l'époque : la tuberculose, les maladies sexuellement transmissibles et les maladies mentales. En 1920, l'hôpital Henri-Rousselle et le centre de prophylaxie et d'hygiène mentale ont été créés à Paris par Edouard Toulouse. Une initiative de consultation ambulatoire assez révolutionnaire pour l'époque a eu lieu qui visait à offrir des moyens médicaux et sociaux efficaces aux malades, en engageant les assistantes sociales pour intervenir à domicile avec les médecins (21).

Au début des années soixante, un mouvement d'antipsychiatrie est né pour opposer la psychiatrie conventionnelle et les institutions totalitaires. Selon Basaglia, « la caractéristique de ces institutions (école, usine, hôpital) est une séparation tranchée entre ceux qui détiennent le pouvoir et ceux qui ne le détiennent pas » (23). Durant cette période, toutes les réformes en psychiatrie étaient axées sur le rapport de pouvoir entre les psychiatres et leurs sujets qui a pris la forme de certaines stratégies : l'établissement d'un contrat, l'aménagement de lieux institutionnels où le rétablissement des relations à l'extérieur de l'asile (22).

La fin des années soixante dix a témoigné d'un mouvement de dénonciation de l'idéologie de contrôle sociale et de l'institution totalitaire, avec une revalorisation de la philosophie et l'émergence de nouvelles préoccupations pour les sociologues (comme l'individualisme et la notion d'acteur). (23) et une transformation des réponses sociales à la différence (tableau 2) où le postulat central était : il est possible de changer l'homme sans se contenter de le soumettre (22).

Tableau 2: Différents types de catégorisation des groupes sociaux

	critères internes	critères externes
critères objectifs	la communauté d'origine, de culture, de religion, les liens de parenté unissant les membres entre eux,	parcours historiques commun, situation au sein de la société globale, rôle économique, et activité commune;
critères subjectifs	sentiment d'appartenance, les liens de solidarité unissant les membres;	regard porté sur le groupe par la société environnante

Source: AUBRIOT O. AJEI 2002

### Les déterminants sociaux de la santé

La charte d'Ottawa définit les conditions nécessaires à la santé : « se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable » (24) Dans cet esprit, la santé sociale est une question d'interrelations entre l'individu et son environnement social. Eric Fuchs définissait également la santé sociale comme « la condition de possibilité physiologique et psychologique pour pouvoir participer à la vie commune [...] les interventions de santé sont jugées

*nécessaires chaque fois que, d'une manière ou d'une autre, un individu est empêché de partager ou d'améliorer sa vie dans ses rapports avec l'ensemble social où il a à prendre sa place » (25).*

En 2003, Richard Wilkinson et Michael Marmot ont publié un ouvrage qui examinait les disparités sociales en expliquant les influences psychologiques et sociales sur la santé physique et l'espérance de vie. Selon cet ouvrage la santé est très influencée par le milieu social qui peut rendre certains groupes vulnérables aux maladies et diminue leur chance de vieillir en bonne santé. La pauvreté, l'exclusion sociale, en particulier l'absence de travail ou l'insécurité face à l'emploi influencent la santé (26). Et vice versa, le support social, l'intégration dans une communauté et la présence d'une famille qui offre un bon support sont des facteurs de protection. Même dans les pays les plus développés, les moins riches ont une espérance de vie plus courte et sont en moins bonne santé que les plus favorisés (10).

L'Organisation Mondiale de la Santé relève les facteurs suivants comme les déterminants sociaux les plus importants de la santé :

- L'inégalité des revenus;
- L'inclusion et l'exclusion sociales;
- La sécurité d'emploi;
- Les conditions de travail;
- La contribution de l'économie sociale;
- Les services de garde de la petite enfance;
- l'éducation;
- La sécurité alimentaire;
- Le logement (26).

Dans ce sens là, on peut cerner les grands maux des personnes en souffrance psychique dans les sociétés sur les points suivants:

#### **La chronicité :**

Le phénomène de porte tournante « revolving door syndrome » est un exemple qui décrit la situation de plusieurs sujets souffrant de troubles psychiatriques. *"C'est un phénomène caractérisé par des réadmissions fréquentes de patients, souvent à courte durée et souvent décidés à partir des urgences des hôpitaux. Il s'agit d'adultes jeunes, célibataires, isolés, vivant dans des conditions misérables et présentant une instabilité résidentielle, aux taux de suicide, d'arrestation par la police et de rechute record. Le nombre de réadmissions diminue lorsqu'il existe un soutien extrahospitalier" (15).*

#### **La précarité:**

Le mot «précarité» vient du latin precari (ce qui s'obtient par la prière) (10). Elle est définie dans le rapport présenté par Wresinski comme «l'absence d'une ou de plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leur responsabilités élémentaires et de jouir de leur droits

fondamentaux. L'insécurité qui est moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle *affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible* »(27) La précarité est liée a l'insécurité et peut avoir des conséquences excluant (10). Certains groupes sociaux peuvent plus facilement se retrouver en situation de précarité que d'autres.

En France, la Loi n°92-722 du 29 juillet 1992 a défini cinq catégories de personnes en situation de précarité :

- Les demandeurs d'emploi,
- Bénéficiaires du RMI,
- Titulaires d'un contrat emploi solidarité,
- Personnes sans domicile fixe,
- Jeunes âgés de 16 à 25 ans exclus du milieu scolaire et engagés dans un processus d'insertion professionnelle(28).

Les personnes souffrant d'affections psychiatriques chroniques subissent plus souvent des conditions de vie très difficiles : soit des logements précaire, alimentation de mauvaise qualité, insuffisantes ressources financières, et ils vivent de manière solitaire et isolée. Ce qui les rend plus exposés au stress que la population générale (15).

### **L'exclusion :**

La souffrance mentale et ses manifestations sont repérées en fonction de la tolérance de la société par rapport aux normes sociales dictées par sa culture (29). Cette idée était aussi confirmée par Xavier Emmanuelli : « *Toutes les sociétés fabriquent leurs exclus. La différence réside dans le sort qui leur est réservé* »(30). Dans l'esprit où la souffrance mentale constitue une forme de handicap, nous serons confrontés à une autre description, souvent appelée le modèle social d'incapacité, proposé en 1970 par les activistes de UPIAS (the Union of the Physically Impaired Against Segregation) : l'incapacité est synonyme à l'oppression, et non à l'invalidité, et c'est la société qui propose des préjugés afin d'exclue certains groupes déviés de normes et que la société a échoué de les contenir (31).

En 1973 , René Lenoir expliquait ce phénomène d'exclusion dans son livre *les exclus : un français sur dix* ainsi : « *dire qu'une personne est inadaptée, marginale ou asociale, c'est constater simplement que dans la société industrialisée de la fin du XXe siècle, cette personne en raison d'une infirmité physique ou mentale, de son comportement psychologique ou de son absence de formation, est incapable de pouvoir à ses besoins, ou exige des soins constants, ou représente un danger pour autrui ou se trouve ségréguée soit de son propre fait, soit de celui de la collectivité* »(32) Pour René Lenoir, *Personne n'est à l'abri de l'exclusion "L'inadaptation sociale s'accroît comme une lèpre, aucune classe sociale, aucun âge ne sont indemnes"* (30).

## **Les SDF**

La définition d'une personne sans abri est assez controversée. Selon quelques auteurs; c'est défini comme « *une personne habitant dans un centre d'hébergement ou qui n'est pas propriétaire ou locataire d'un logement conventionnel* ». Pour des autres « *Est sans abri la personne qui vit dans un centre d'hébergement ou qui n'a pas loué un appartement conventionnel durant les 30 derniers jours* »(10). En France, l'Institut national de démographie a défini la personne sans domicile fixe ainsi: « *quelqu'un qui n'a pas de lieu où dormir et doit donc chercher une place pour dormir en centre d'hébergement, dans la rue, dans un endroit inadapté pour dormir ou chez des proches ou des amis, mais de manière non permanente* » (10).

*Les malades mentaux oscillent entre 30 et 50% des personnes vivant dans la rue où d'autres complications sont aussi répandues: alcoolisme, toxicomanies, tuberculose* (15).

### **Le travail comme indicateur social de la santé**

Les personnes qui maîtrisent leur cadre de travail sont en meilleure santé que les autres (26) L'OMS relève que 90 % des personnes ayant des problèmes de santé mentale sont sans emploi, alors qu'elles sont prêtes à s'insérer sur le marché régulier du travail (11). Et à la sortie de l'hôpital psychiatrique, le taux d'accessibilité au marché du travail de ces personnes se situe entre 10 % et 30 %, et seulement de 10 % à 15 % de celles-ci sont encore en emploi un à cinq ans plus tard (11). Les personnes en souffrance psychique ont l'aspiration de mener une vie normale en ayant un travail sur le marché régulier de l'emploi avec un vrai salaire, comme un des rôles significatifs de la vie. Comme l'expliquait Christophe Dejours, dans son ouvrage (*Entre souffrance et plaisir, un paradoxe*): « *Le travail a des effets puissants sur la souffrance psychique. Ou bien il contribue à l'aggraver et à pousser progressivement le sujet vers la folie ; ou bien il contribue au contraire à le transformer, à le subvertir même, en plaisir, au point que dans certaines situations, le sujet qui travaille défend mieux sa santé mentale que lorsqu'il ne travaille pas. Pourquoi le travail est-il tantôt pathogène, tantôt structurant ? Le résultat n'est jamais donné d'avance.* » (54).

Dans cet esprit, l'accès au monde du travail peut présenter une épreuve au niveau relationnel et professionnel pour les personnes en souffrance psychique. En provoquant des réactions défensives projectives, maniaques ou de retraite. Ce qui entraîne inévitablement l'attitude de méfiance, d'intolérance et de rejet d'un groupe de travailleurs (40). Les principaux problèmes rencontrés en matière d'emploi peuvent être résumés dans les éléments suivants :

- Le regard des autres,
- Le traitement de l'information,
- Les relations sociales,
- Le ralentissement intellectuel, la fatigabilité et les troubles de l'attention et de la concentration
- Le risque de rechute vers une phase aiguë (33).

D'après Bachran, quel que soit le pays observé, il existe des difficultés similaires pour les personnes ayant des troubles mentaux graves qui sont en recherche d'emploi :

" Le manque d'articulation entre les organismes de réadaptation au travail et les autres services de santé mentale.

Une réponse pas toujours adéquate aux besoins vocationnels de la personne

Un manque de soutien de personnes qui ont obtenu un emploi

Une vision quelque fois irréaliste des capacités des personnes

Le risque de perdre des allocations associées à la maladie" (34).

Nous partageons dans cette étude les mêmes questions que Reynaud a posé en 1990, dans son article « Sortir de la psychose ou sortir de la psychiatrie? Réflexions sur l'évaluation de l'évolution des psychoses » :

« Lequel vous paraît **guéri** ? Celui qui passe sans délire ni symptômes apparents vingt ans de sa vie dans un CHS ou celui dont le délire intime permet une vie professionnelle et une vie familiale (avec femme et enfants et petits-enfants ou tous autres attributs de la normalité....)?

Lequel vous paraît le **mieux soigné**? Celui qui vit dans le cocon protecteur d'une institution sans trop de souffrance et sans rien demander d'autre ou celui que l'on pousse à des expériences existentielles entraînant des résurgences anxieuses massives ou de franches rechutes délirantes mais qui, à ce prix-là, réussira peut être à s'aménager une vie plus personnelle? »(32).



## Le handicap induit par les maladies mentales

### Définir le Handicap

Le mot handicap vient de l'expression « *hand in cap* ». Dans le petit Robert « c'est une course ouverte à des chevaux dont les chances de vaincre, naturellement inégales, sont égalisées par l'obligation faite aux meilleurs de porter un poids plus grand ou de parcourir une distance plus longue » (35).

Selon la classification internationale des handicapés (CIH) publiée par l'OMS en 1980, c'est « toute personne souffrant d'une déficience- aspect lésionnel – ou d'une incapacité – aspect fonctionnel – qui limite ou interdit toutes activités considérées comme normales pour un être humain. » (37) ce qui correspond avec la classification établie en 1980 par Philippe Wood (tableau n°3), afin d'estimer les conséquences des maladies chroniques sur la vie sociale (15).

Tableau 3: Classification d' handicapé

Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4
Maladie	Déficience (impairment) Atteinte fonctionnelle	Incapacité (disability) Gêne fonctionnelle	Désavantage (disadvantage) Handicap social
<u>Exemple :</u> Hémiplégie : Lésion aire frontale	Ne peut lever les pieds	Ne peut monter dans l'autobus	Ne peut se rendre à son travail

Cette classification a été modifiée en 1999 (CIH2) : *"Le handicap est déterminé par la relation complexe entre l'état de santé d'une personne, des facteurs personnels et des facteurs extérieurs qui représentent les circonstances de la vie de cette personne .C'est pourquoi des environnements différents peuvent avoir un impact très variable sur une personne donnée présentant un état de santé donné. Un environnement peuplé d'obstacles, ou dépourvu de facilitateurs, restreindra la performance, alors que d'autres environnements, pourvus de plus de facilitateurs, permettront d'améliorer la performance. La société peut entraver la performance de certaines personnes parce qu'elle place des obstacles (par exemple sous forme de bâtiments dépourvus d'accès adaptés) ou ne met pas à disposition les facilitateurs nécessaires "* (37).

D'après la loi du 23 novembre 1957, est considérée comme travailleur handicapé *"toute personne dont les possibilités d'acquies ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales "* (36).

Plus récemment, le terme "handicap" dans La Loi de février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées est défini ainsi : *"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 poly-handicap ou d'un trouble de santé invalidant"* (38).

## ***Accompagnement d'une personne adulte handicapée***

En France, le revenu minimum d'insertion (RMI) était mis en place depuis la loi 1.12.86. Quelques années plus tard, La loi de 8 juillet 1992 indiquait : « toute personne qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation de l'économie et de l'emploi, se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence » (39).

### **Axes d'insertion**

#### **I - Insertion professionnelle**

- intégration en milieu ordinaire de travail :

D'après la loi du 10 juillet 1987, les entreprises publiques et privées de plus de 20 salariés sont tenues à une obligation d'emploi d'au moins 6% de personnes handicapées (40). La loi du 11 février 2005 affirme cette obligation en introduisant une nouvelle catégorie de personnes handicapées : les titulaires de la carte d'invalidité et les titulaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) (38).

- Les Entreprises adaptées (anciennement appelés ateliers protégés)

Rétabli par le ministère du travail pour organiser une activité professionnelle salariée pour des travailleurs handicapés, et favoriser leur projet professionnel au sein de leur structure ou vers d'autres entreprises. En 1990, les entreprises adaptées accueillait 10 000 travailleurs handicapés (40).

- Les Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) (Anciennement appelés Centres d'aide par le travail (CAT))

Des établissements médico-sociaux qui offrent des activités productives et un soutien médico-social aux adultes handicapés dont la capacité de travail est inférieure à un tiers de celle d'un travailleur valide. L'ESAT doit verser une « rémunération garantie » tenant compte de la durée de l'activité exercée, dont le montant est déterminé par référence au SMIG (entre 55% et 110 % du SMIG) (40).

- Les Centres de Rééducation Professionnelle (CRP)

Les CRP accueillent des personnes atteintes de handicap moteur et de déficiences intellectuelles ou psychiques, ils sont des établissements qui dispensent une formation qualifiante aux personnes handicapées, d'une durée de 10 à 30 mois, en vue de leur insertion ou réinsertion professionnelle, soit vers le milieu de travail ordinaire, soit vers le milieu protégé (41).

Dans ce sens là, les revenus concernant les malades mentaux seront :

- Des ressources financières salariales, venant du travail au milieu ordinaire ou protégé.
- Des ressources venant d'une allocation (allocation adulte handicapé AAH, ou RMI)

"En France, les dépenses à la fin de l'année 1992 :

- RMI : 671 000 bénéficiaires, 13,9 milliards de francs ;
- AAH : 507 000 bénéficiaires, 16,2 milliards de francs" (39).

## **II - Insertion sociale**

### **L'hébergement :**

« En 1985, on comptait 42 000 adultes handicapés hébergés en France

Parmi les établissements pour adultes handicapés

- maisons d'accueil spécialisé: 3500 places.
- foyers de vie pour handicaps : 10 607 places. » (42).
- Les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)

Des établissements médico-sociaux qui reçoivent des personnes adultes ayant un handicap intellectuel, moteur ou physique grave ou une association de handicaps, intellectuels, moteurs ou sensoriels, qui ne peuvent effectuer seules les actes essentiels de la vie (43).

- Les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM)

Des établissements médico-sociaux qui accueillent en temps plein, des adultes lourdement handicapés nécessitant une surveillance médicale et des soins réguliers. Les résidents peuvent être moins dépendants que ceux accueillis dans les MAS, souvent plus jeunes, mais doivent être entourés de personnels médicaux et infirmiers en plus grand nombre (43).

- Les Foyers de vie

Des établissements médico-sociaux accueillant des adultes handicapés qui ne sont pas en mesure de travailler, mais qui disposent d'une certaine autonomie physique ou intellectuelle ainsi que d'une certaine capacité à participer à une animation sociale. Les foyers organisent des activités ludiques et éducatives ainsi qu'une animation sociale (43).

- Les Foyers d'hébergement:

Des établissements sociaux pas médicalisés. Ils assurent l'hébergement des personnes adultes handicapées exerçant une activité pendant la journée, en milieu ordinaire, dans un établissement ou un service d'aide par le travail (ESAT) ou dans une entreprise adaptée. Une équipe de travailleurs sociaux assure l'encadrement au foyer le soir et le week-end. Les prestations médicales sont réalisées par des

médecins libéraux rémunérés à l'acte (43).

- L'accueil familial:

C'est l'accueil d'une personne handicapée dans une famille autre que la sienne, en contrepartie d'un salaire, d'un loyer et de remboursement de frais et encadré par une réglementation bien définie. La famille d'accueil doit avoir l'agrément délivré par le Président du Conseil général. Toute personne accueillante doit présenter des garanties quant à la qualité et la sécurité de l'accueil, suivre une formation initiale et continue organisée par les services du département et permettre d'assurer un suivi médico-social de la personne handicapée (43).

### III- Activités, Culture et loisir

- Les Services d'Activités de Jour

Des établissements médico-sociaux accueillent, pendant la journée, des adultes handicapés qui ne sont pas en mesure de travailler dans une entreprise adaptée ou dans un (ESAT), mais qui disposent d'une certaine autonomie physique ou intellectuelle et la capacité de participer à une animation sociale.

- Les Groupes d'Entraide Mutuelle

Les GEM sont des « clubs ouverts » où les personnes handicapées psychiques, peuvent se retrouver entre elles. Ils se définissent comme un collectif de personnes animées d'un même projet, qui, pour développer ce projet, doit trouver un cadre (généralement le soutien d'une association et un lieu qu'il puisse investir comme sien), l'aide de quelques personnes (animateurs salariés ou bénévoles) ainsi que des moyens financiers. Les groupes sont en générale, mis en oeuvre par des associations d'usagers afin de promouvoir la participation des adhérents. Les GEM sont fondés sur l'adhésion libre et volontaire des personnes à un projet de solidarité et d'entraide ; les adhérents sont acteurs du projet du groupe, qu'ils définissent et font vivre ensemble, chacun y participant à la mesure de ses possibilités.

Maintenant, après avoir cité les différents axes d'insertion, reste à partager la réflexion de Bonnet : « *La proposition : allocation aux adultes handicapés + centre d'aide par le travail + neuroleptiques d'action prolongée + tutelle) est une solution qui, si elle peut, à certains égards, donner l'illusion d'une assez bonne qualité de vie (autonomie financière, peu de risques de difficultés d'existence pratique) fait peu de cas de désir du patient : on l'insère, ce n'est pas lui qui s'insère. Il trouve une place, pas nécessairement sa place, dans la mesure où les propositions sont relativement stéréotypées* » (39).

## Historique

Au Moyen Âge, l'Église brûlait les hérétiques, les sorciers et les malades mentaux, car la magie et la folie heurtaient le principe de raison. La magie exploitait les pouvoirs spéciaux de la nature en conduisant des procédés occultes, et la folie par l'expression de ses troubles inexplicable ébranlait l'équilibre interne de la société. (44).

En 1656, l'Hôpital général était fondé, comme lieu de police qui visait à contenir tous les marginaux. La folie ne devient maladie mentale qu'à partir du XVIIIe siècle, où les premiers asiles sont créés en Europe sous l'influence du courant scientifique et philosophique du XI<sup>e</sup> siècle (inspiré par les idées d'Avicenne et Averroès) (45). Donc après la révolution de 1789, les fous sortent des prisons pour les asiles d'aliénés. Le personnel n'était que des gardiens. Les psychiatres de l'époque espéraient de faire de ces maisons d'aliénés un lieu de guérison (29).

En 1795, Philippe Pinel instaure la première réhabilitation du malade mentale. Il constatait que certains fous le sont par période et d'autres continuellement. Il décidait alors de leur retirer leurs chaînes et de classer les maladies mentales selon leurs signes cliniques, leur continuité et leurs crises de folie. Pinel avait remarqué aussi une amélioration de l'état des patients pauvres qui devaient travailler pour survivre en comparaison à la stagnation des patients riches qui ne travaillaient pas (46).

Au début du XIX<sup>e</sup> siècle, Esquirol dessinait la construction des asiles comme lieu de soin et d'assistance aux aliénés (29). A partir de 1850 en Europe le but de travail au milieu asilaire était d'occuper le malade sans avoir aucune fonction thérapeutique complémentaire (46).

Après la première guerre mondiale, l'Etat Français s'est préoccupé sérieusement du sort des handicapés dans le milieu du travail. En donnant naissance à la loi du 24 avril 1924 qui faisait obligation aux entreprises de plus de dix salariés d'employer au moins 10% de mutilés de guerre (46).

La thérapeutique par le travail au début de siècle a constitué une sorte de rééducation (29). Dans les années 1920, Hermann Simon avait l'idée que « *dans le psychisme de chaque malade existe, à côté d'une partie malade, une partie saine et le psychiatre doit intentionnellement négliger la première(...)et chez chaque malade, à côté des symptômes appartenant en propre à la maladie, se trouvent d'autres manifestations psychiques (comportements agressifs, inhibition, perte de la vivacité, théâtralisme, stéréotypies, et spécialement toutes les manifestations à caractère antisocial) qui sont conditionnées par l'ambiance et, étant en rapport avec la personnalité pré-morbide elles peuvent être favorablement influencées par la thérapeutique plus active* » (39). Simon considérait que le système asilaire a des effets pervers de l'institutionnalisation sur les malades mentaux, et que les soins souffrent de trois grands maux, qui sont la base de « *la maladie institutionnelle* » :

*L'inactivité,*

*L'ambiance asilaire défavorable*

Le préjugé d'irresponsabilité de l'aliéné(39) (47).

Simon a fait également une comparaison entre les aliénés et les enfants en se posant la question « qu'est-ce qui caractérise le petit enfant? ». Et Il répondait :

« L'agitation continuelle, l'instabilité psychomotrice.

La tendance à l'imitation qui agit dans le sens de la moindre résistance, c'est à dire que l'enfant a une tendance à se diriger vers le facile

Le négativisme » (32).

Dans ce sens là, L'aliéné est un enfant et l'enfant est un être incomplet et attiré par le mal .une conception partagée par les manuels d'éducation du XIX<sup>e</sup> siècle afin de justifier l'autorité. « *Quoi qu'en disent certains philosophes, nous naissons mauvais. Notre âme, si on lui laisse la liberté de déployer tous ses penchants, ressemblera bientôt à certains terrains laissés en friche; elle ne produira guère que des ronces et des chardons [...]. Elever un enfant, c'est avant tout le tailler, le cultiver et l'émonder, c'est à dire le corriger [...].il faut qu'il sache au besoin plier sa volonté et implorer quand il a failli, un pardon qui l'humilie* » (32).

En 1922, Adolph Meyer établit que l'homme est un organisme biologique et psychologique en *interaction constante avec son environnement social. Le modèle proposé impliquait trois dimensions :*  
« *Une dimension biologique comprenant l'aspect 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* » (10).

Le grand courant de psychothérapie institutionnelle apparaît à la fin de la seconde guerre mondiale, suite aux conditions dramatiques faites aux malades mentaux sous l'occupation et qui ont mené au décès de plus de 40 000 d'entre eux (29). Dans les années 1950, Sivadon et Louis Le Guillant, ont créé un club de malades ouvert sur l'extérieur et réalisé un foyer de post-cure (47). ce club ou CTRS (centre de traitement et de réadaptation sociale intra-hospitalière) il s'agissait de traiter « *les problèmes concernant le réentrainement au travail, la rééducation et le reclassement professionnel des malades mentaux à la sortie de l'hôpital* » (32).

### **La pratique de l'ergothérapie:**

L'ergothérapie n'est pas une thérapie spécifique, comme le soulignait B. Fernandez « *l'occupation doit être élective et individuelle suivant l'état du malade [...] il faut harmoniser l'individualisation du traitement avec le rythme, l'esprit et les finalités de la vie collective* ». Dans cette optique, l'ergothérapie constitue une forme de psychothérapie collective (47). Au début, l'introduction du travail avait une valeur moralisante, comme une dérivation des orientations délirantes et pour rendre le traitement de malades mentaux plus humain (32).

Afin de classer le travail dans les hôpitaux psychiatriques, Herman Simon a établi une grille de travaux en cinq degrés :

« Le travail simple : travaux ménagers ;

Le travail mécanique: plier des enveloppes, faire les lits

Le travail exigeant une attention régulière, de l'intelligence et de l'initiative : jardinage, couture

Le travail nécessitant une bonne attention et un raisonnement presque normal : travaux de culture, confections variées ;

Le travail équivalent à celui d'un ouvrier normal » (32).

En 1952, Sivadon a considéré dans la prescription et la mise en place de l'ergothérapie :

La structure, la densité et l'homogénéité du groupe que les malades engagés dans une activité ergothérapeutique allaient former partie,

Le type d'occupation proposé,

Le système du travail,

Les matériaux à manipuler,

L'aire de travail,

Le degré de spécialisation requis,

Le degré de collaboration demandé aux participants,

Le degré de responsabilité engagé (47).

L'arrêté du 4 février 1985 a modifié l'organisation du travail thérapeutique dans les hôpitaux psychiatrique sous trois formes

Les travaux de type agricole : ex. jardinage et horticulture

Les travaux effectués dans les services généraux de l'établissement : ex. buanderie, atelier et chantiers et travaux ménagers divers.

Les travaux dans les ateliers médicaux (32).

Selon Dunton, qui est considéré comme le père de thérapie occupationnelle : *« dans son application, la thérapie occupationnelle ne doit être administrée que lorsque l'indication en a été posée et sous la surveillance du médecin, en accord avec les autres thérapeutiques. La technique et le dosage doivent en être précisés comme pour les autres traitements. Il ne faut pas laisser le travail dégénérer en divertissement. Le type et l'intensité de l'occupation doivent être modifiés progressivement pour s'adapter continuellement à mesure que le malade s'améliore et que ses forces et ses capacités augmentent. L'occupation choisie doit être à la portée de l'intérêt et des capacités du malade. Bien que certain malades travaillent mieux tout seuls, il est à conseiller l'occupation en groupes afin de favoriser l'adaptation sociale et aussi de stimuler le travail par l'exemple, par l'émulation et les commentaires. La seule appréciation sûre de l'efficacité du traitement consiste dans l'effet produit chez le malade » (47).*

*En d'autres termes, le travail proposé doit répondre à trois questions en psychiatrie:*

« Est-il intéressant pour le malade ?

Peut-il être thérapeutique dans sa présentation et son contrôle ?

Le malade peut-il en effectuer au moins les 4/5 ? » (47).

*Les conditions nécessaires à la bonne organisation de la thérapie du travail Comme les proposait Freitz Walter, sont :*

- avoir à disposition un programme varié de commandes différenciées ;
- ce programme doit être exécuté en groupes sous la direction d'un chef de groupe compétent ;
- dans le cadre des mesures de thérapie par le travail, l'avancement d'un patient doit être possible soit en lui permettant d'un autre groupe de travail, soit en lui permettant d'effectuer un travail plus différencié et plus exigeant pour lui donner enfin la possibilité de résoudre certaines tâches sous sa responsabilité;
- par ce travail, il ne faut en aucun cas ni trop demander au patient, ni le sous-estimer ;
- le groupe doit discuter des problèmes concrets faisant leur apparition sur le lieu de travail de façon à ce que chaque patient soit toujours à même de comprendre le sens de son travail à l'intérieur de ce groupe;
- le but de la thérapie du travail doit être d'édifier et maintenir des relations inter humaines sur le lieu de travail ;
- la question de la rémunération doit faire l'objet d'une attention toute particulière (46).

L'introduction des activités thérapeutiques par le travail selon B. Fernandez, peut commencer dès le début de la prise en charge, « on doit procurer de l'occupation dès les premiers jours et tous les malades même les cas aigus en traitement par les méthodes de choc doivent autant que possible être mis au régime de psychothérapie collective et de travail » (47).



## **À la sortie de l'asile**

«Aussi inhumain de laisser sans encadrement un handicapé psychique dans la vie sociale que d'abandonner un amputé non appareillé sur la grande route déserte » (48). L'évolution des maladies mentales, y compris les psychoses schizophréniques, se fait au long cours et s'accompagne le plus souvent d'incapacités et de désavantages sociaux (40). Le développement psychopharmacologique n'empêche pas certains patients à développer des incapacités sévères qui les amènent aux difficultés d'apprendre, de travailler et de vivre. Les facteurs sociaux influencent largement le pronostic de ces maladies, comme soulignait Gittelman «*si on ne s'occupe pas de l'insertion sociale des schizophrènes, on ne traite que la moitié de la maladie*»(45). Pour ces patients, la réhabilitation dépassera le niveau d'intervention pour agir sur l'environnement et sur la capacité de la société à recevoir des personnes atteintes de troubles psychiatriques. «*L'insertion ne saurait être superficielle mais doit s'enraciner dans des liens et des identités sociales partagées par tous* » (15). Autrement dit, Le processus de re-insertion sociale doit être réciproque de la part de la société d'accueil et la personne en cour d'insertion.

Bonnet et Arveiller indiquait trois étapes nécessaires pour arriver à l'insertion : « trouver de soi-même une image valorisée ; avoir le sentiment de faire partie d'un sous-système d'appartenance et se construire un sentiment de citoyenneté »(39). Pour eux, l'individu, le groupe et la société sont les trois niveaux d'appartenance qui signent l'insertion.

### **Définir la réhabilitation**

L'origine de mot « réhabilitation » vient des termes anglais « able, ability » ce qui signifie " la capacité". En français, le mot appartenait à la terminologie juridique «*fait de rétablir dans une situation juridique antérieure, en relevant de déchéance, d'incapacité* » (29) donc le terme n'était utilisé en psychiatrie que récemment. Selon Cnaan et al, La réhabilitation psychosociale est : "un processus qui facilite le retour d'un individu à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté " (49).

Marianne Farkas en 2004 a proposé la définition suivante « la réhabilitation est constituée par la somme des actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet et atténuer les difficultés résultantes de ses conduites déficitaires ou anormales. Son but est d'améliorer le fonctionnement de la personne et qu'elle puisse remporter des succès et éprouver des satisfactions dans un milieu de son choix et avec le moins d'interventions professionnelles possibles » (50).

une autre définition proposée par Vidon : « les actions développées pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet malade et atténuer les difficultés persistantes d'un sujet malade et atténuer les difficultés résultantes des conduites déficitaires ou anormales » il a fait également une synthèse a la lumière des travaux de Wood: « le champ de la réhabilitation s'étendrait aux incapacités et aux désavantages (handicaps) et engloberait ce que l'on nomme habituellement réadaptation et réinsertion » (15).

Tableau 4 : le champ de réhabilitation décrit par Vidon (15)

Plan n°1 maladie	observation Clinique	sanitaire
Plan n°2 déficience	traitement	sanitaire
Plan n°3 incapacité	réadaptation	sanitaire
REHABILITATION		
Plan n°4 désavantage (Handicap)	réinsertion	social

### **Les grands principes de la Réhabilitation Psychosociale**

Les principes à développer pendant le processus de réhabilitation sont :

- 1- *la relation d'aide donne la priorité à la personne du sujet plutôt qu'au diagnostic ou à la pathologie dont elle souffre.*
- 2- *La réhabilitation, par voie de conséquence, ne s'intéresse pas à réduire les symptômes ou améliorer la compréhension intrapsychique mais essentiellement à améliorer le fonctionnement de la personne dans ses activités quotidiennes.*
- 3- *Le soutien à la personne se fait à la demande de celle-ci, au moment où elle le désire, sans quoi il s'agit d'une ingérence mal supportée.*
- 4- *La réhabilitation vise à aider la personne en fonction d'exigences de son environnement spécifique et du rôle qui lui est imposé.*
- 5- *Le rétablissement doit s'opérer selon un processus auquel participe la personne et non à son bénéfice en l'absence de sa contribution active.*
- 6- *La personne, dans ce processus, doit garder la possibilité de choisir en toute liberté le lieu où elle veut vivre ; apprendre, travailler : la réinsertion sociale est centrale pour la réussite du rétablissement.*
- 7- *L'évaluation de la réhabilitation se fait en fonction de l'incidence de ses résultats pour la personne.*
- 8- *Le rétablissement peut ne survenir qu'après une longue période à un niveau stationnaire, aussi est-il important de mettre en valeur le potentiel de développement de la personne en dépit des difficultés qui peuvent survenir à un moment donné" (50).*

On conclut en partageant le point de vue de Jean-Claude Gabus : « Aider, c'est proposer sans disposer ni imposer, c'est donner et non ordonner. Aider un handicapé, c'est le regarder, l'écouter, l'informer afin de le laisser faire, seul, le choix des moyens dont il entend se doter pour affronter les obstacles qui jalonnent son existence; c'est répondre à sa demande sans se sentir, en retour, investi d'un droit. C'est aussi ne pas l'inhiber ni le surprotéger, mais plutôt lutter à ses côtés. Aider, c'est respecter! » (51).

## **Partie II : L'atelier thérapeutique agricole (l'ATA) au centre hospitalier sainte Marie de Nice**

Le Centre Hospitalier Ste Marie de Nice, spécialisé dans la prise en charge des malades psychiatriques, fait partie de l'Association Hospitalière Ste Marie dont le siège social et la direction générale sont à Chamalières. L'association hospitalière Ste. Marie regroupe 5 établissements, Clermont Ferrand, Privas, Le Puy en Velay, Rodez et Nice. Le CH Ste. Marie de Nice a été créé en 1862, c'est un établissement privé à mission de service public (52).

La création de l'ATA rentre dans le cadre de loi relative à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, Dans ce contexte, le territoire national français est découpé en aires géographiques dites secteurs de psychiatrie générale et secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Un secteur de psychiatrie générale pourrait recouvrir une aire comportant environ 70 000 habitants, et qu'un secteur de psychiatrie infanto-juvénile pourrait recouvrir deux ou trois secteurs de psychiatrie générale (12).

Il y a officiellement trois types de secteur de psychiatrie publique, ce sont le secteur de psychiatrie générale, le secteur de psychiatrie infanto-juvénile et le secteur pénitentiaire. Les deux premiers sont basés sur une notion géographique, le troisième sur une notion démographique.

### **Le but du secteur psychiatrique est :**

- D'éviter l'éloignement du sujet et de son milieu, la réalité sociale y est bien présente
- D'éviter les hospitalisations, la notion de prévention y est implicite
- D'assurer la continuité de soins, ce qui justifie une planification autour d'objectifs (12).

### **Les pôles**

Depuis la fin de l'année 2005, les secteurs de psychiatrie sont regroupés en 7 pôles (52). Le centre hospitalier sainte Marie de Nice se compose de pôles médicaux regroupant les structures intersectorielles par activité :

- 1- Accueil, admission et orientation : CAP
- 2- Psychiatrie légale : USIP, SIPAD
- 3- Trois pôles de psychiatrie générale :
  - Pôle de psychiatrie générale regroupant les secteurs 06G08 et 06G010
  - Pôle de psychiatrie générale regroupant les secteurs 06G09 et 06G013
  - Pôle de psychiatrie générale regroupant les secteurs 06G11 et 06G012
- 4- pôle de réhabilitation sanitaire et psychosociale : ATA, DPPDA, ATP
- 5- pôle de psychogériatrie
- 6- pôle de suivi somatique et d'addictologie
- 7- pôle de psychiatrie en milieu pénitentiaire : SMPR (53)

## **Structure composant le pôle Sanitaire de Réhabilitation psychosociale**

- 1- CRESUS (Cellule Relais d'Entrée aux Soins pour les Usagers en Santé Mentale)
- 1- Département Pour Autistes (DPA) :66 lits + 15 places
- 2- Atelier Thérapeutique Agricole (ATA) : 12 lits + 13 places
- 3- Atelier Thérapeutique Polyvalent (ATP) :12 places
- 4- Appartements Thérapeutiques : 6 places
- 5- Accueil Familial Thérapeutique : 4 places
- 6- Espace Saint Denis (Centre d'ergothérapie et d'art-thérapie) (53).

### **Atelier Thérapeutique Agricole (ATA) :**

L'ATA s'inscrit dans le cadre de l'arrêté du 14 mars 1986, relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales avec ou sans hébergement. Cette structure a été créée en novembre 1986 en plein mouvement de désinstitutionnalisation des malades mentaux, où il était question de supprimer 19 000 lits de psychiatrie en France (55).

C'est le mardi 17 mars 1987 que l'ATA a commencé son fonctionnement. Cette création a été conduite par le docteur ROURE qui posait cette question essentielle «fallait-il utiliser tout le temps dont allaient disposer de plus en plus les malades dits chroniques dans un registre d'oisiveté et de loisir ou bien dans un registre laborieux ? ».

Le bâtiment de l'ATA est situé en dehors de l'hôpital psychiatrique (à 2,5 kilomètres environ), sur la commune de Saint-André, au cœur d'une oliveraie de 2 hectares. Cette structure dispose :

- D'un bâtiment où se trouve le cabinet médical, une salle destinée au repas, un hangar pour l'entrepôt du matériel, un cabinet de toilette, et une salle des loisirs ;
- D'un foyer d'hébergement (57).

### **La capacité d'accueil est de 25 places :**

- Accueil à temps plein : foyer de 6 chambres à 2 lits,
- Accueil de jour : 13 places
- Appartements thérapeutiques situés dans le centre de Nice(57).

## **Contexte de Création du projet de l'ATA**

L'opinion de fou incurable et à enfermer était encore enracinée dans l'opinion publique, D'où la nature insidieuse de la maladie mentale crée une dépendance à l'égard du thérapeute et de l'institution. Ce qui retarde la guérison ou la stabilisation. Dans ce contexte là, le patient a tendance à s'installer dans sa maladie en paniquant face au monde extérieur qui l'attend à la sortie (55).

### ***Le besoin de soins :***

Des nouveaux besoins en psychiatrie sont apparus, nécessitant le développement de structures extrahospitalières, Suite à :

- la disparition de la psychiatrie asilaire et l'augmentation du nombre des malades mentaux prise en charge en totalité ou en très grande partie hors de l'hôpital psychiatrique, et par conséquence, la diminution du nombre des malades hospitalisés et la réduction de la durée moyenne de leur séjour hospitalier. (Le nombre de lits à l'hôpital Sainte-Marie est passé de 1 400 au 437 lits et 240 places à l'heure actuel. La création de l'ATA s'intégrait dans le cadre d'organisation du secteur n°7 avec la diminution du nombre de lits, qui est passé de 226 au 1-1-1981 à 67 au 8-1-1991) (56).
- l'observation que la plupart des malades et surtout ceux qui souffrent de la schizophrénie, sortant de l'hôpital, ne peuvent être immédiatement intégrés dans le milieu professionnel (55).

### ***L'offre de soins:***

- Il s'agissait de créer une unité d'hospitalisation non classique et intégrée au milieu naturel. Afin de compléter de manière efficace la stratégie thérapeutique par la prise en charge socio-thérapeutique associée aux traitements médicamenteux.
- Il n'était pas question de recréer des ateliers d'ergothérapie pour chroniciser le malade plutôt que de le redynamiser en vue de sa réadaptation et sa réinsertion sociale. Le rythme où les moments d'activité laborieuse alternent avec des périodes de congés destinées aux loisirs, contribue à restructurer les personnalités qui sont déjà fragilisées par les crises (55).

## Les membres d'équipe de soins

- Le médecin psychiatre

Il est chargé des admissions et du suivi de chaque patient. Il est en lien étroit avec le médecin traitant ou le psychiatre ayant initié la demande d'admission du patient et qui assure un suivi régulier.

- Le psychologue

Il réalise des tests afin d'évaluer les capacités intellectuelles, les aptitudes et la personnalité des patients ce qui est souvent indispensable au moment de l'élaboration du projet professionnel. Il peut aider la personne dans le cadre d'une thérapie individuelle ou de groupe.

- Les infirmières

Sont au nombre de 4. Leur fonctionnement s'établit en roulements "de matin (6h45 – 14h31) et d'après midi (13h30- 21h 30). Ils ont la responsabilité de stagiaires ; ils identifient avec chacun les problèmes majeurs ; ils sont en contact privilégié avec eux lors de la réalisation des soins infirmiers mais surtout lors des entretiens individuels qu'elles mènent très régulièrement. Ils animent les groupes de parole. (57)

- L'assistante sociale

Elle recueille les informations sur le patient et sur sa famille en collaborant à l'établissement du diagnostic. Elle sert d'intermédiaire entre le patient et l'extérieur. Elle aide la personne hospitalisée, l'accompagne dans sa réinsertion sociale. De plus, elle soutient et informe les proches, est en lien direct le cas échéant avec le tuteur ou le curateur et ceci en accord avec le patient.

- Les aides soignants

Au nombre de 5, assurent le suivi du patient, ils sont chargés des divers déplacements aux navettes des patients entre le centre hospitalier sainte- Marie et l'ATA, (deux aides soignantes se détachent à tour de rôle, selon les disponibilités).

- L'équipe technique

Composée de 3 infirmiers spécialisés en activités agricoles diverses, de 2 moniteurs-éducateurs et de 2 jardiniers, elle assure une prise en charge des patients du lundi au vendredi, de 9 h à 17 h.

- Les agents des services hospitaliers

Partie intégrante de l'équipe, les deux agents participant à l'entretien de locaux de l'ATA et des appartements relais. Elles apportent leur contribution dans les accompagnements éducatifs des patients.

- La secrétaire

Assure les courriers et transmissions avec les divers partenaires.

- L'équipe de nuit

Composée de deux infirmières et de deux aides soignants. Elle assure la surveillance des patients admis en foyer en favorisant la communication auprès des patients par sa disponibilité et son écoute.(57) (46)

## Les outils et le fonctionnement

Selon l'arrêté du 14 mars 1986 détermine la nature de ces équipements et services. Cet Atelier thérapeutique doit obéir aux critères dictés par la législation ci-dessous :

« Il doit utiliser des techniques de soins particulières, groupes ergothérapeutiques, notamment en vue de réentraînement à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale

Il correspond à une prise en charge spécifique qui doit être distinguée de la prise en charge faite dans les ateliers d'ergothérapie existant dans chaque établissement d'une part et de l'activité des centre d'aide par le travail d'autre part.

L'action de cet atelier thérapeutique s'inscrit dans une étape de la prise en charge où le projet thérapeutique est orienté principalement vers la réinsertion professionnelle et la réadaptation sociale (réadaptation à des rythmes réguliers de travail, aux gestes et relations du milieu de travail.

Il peut y avoir, conjointement, des centres medico-psychologiques (C.M.P) ou même une prise en charge en hôpital de nuit mais l'Atelier thérapeutique doit se distinguer de l'hôpital psychiatrique implanté dans la ville ou dans le village. C'est un lieu de soin intégré au milieu naturel. Le C.M.P peut maintenir la continuité des soins, même quand le patient travaille au sein de l'ATA, vu les articulations que cet atelier maintient avec l'hôpital.

L'ATA concerne les malades adultes. Il fonctionne sous contrôle médicale, avec des infirmiers ergothérapeutes et professionnel techniciens. Ces personnes doivent travailler avec les équipes soignantes et le milieu du travail » (46).

**L'ATA répond à l'exigence de ces législations dans le sens où :**

- la structure est éloignée du CHS d'origine. Lieu de soin intégré au milieu « naturel »
- il se situe au sein d'une petite commune ou d'un village
- le bâtiment pouvant à la fois abriter les sujets et pouvant permettre d'entreprendre toutes les activités complémentaires nécessaires. (46) (55)

## La gestion du temps de patients

Le matin, les stagiaires non hébergés se rassemblent au niveau de la "pelouse" de l'hôpital, puis les aides-soignants effectuent les déplacements pour les conduire à l'ATA et rejoindre les stagiaires du foyer. Ils se répartissent en groupes d'activité et se mettent au travail en fonction de leur rythme. Une réunion hebdomadaire réunit tous les membres de l'équipe afin d'aborder le cas de chaque patient. Une diversité dans les activités est introduite progressivement:

- Entretien d'espaces verts,
- Agriculture : oléiculture, maraîchage
- Horticulture, floriculture
- Débroussaillage
- Travaux d'atelier, petite maçonnerie
- Art floral, ergothérapie (peinture sur verre, ferronnerie...)
- Vente de produits...

L'atelier est planifié de 9 à 17 heures, du lundi au vendredi. Les week-ends sont consacrés aux activités récréatives, éducationnelles et ludiques pour les patients admis à temps plein ou en appartement relais. Elles peuvent être soit individuelles, au choix du patient, dans le cadre d'une autorisation de sortie, soit collectives organisées et effectuées avec l'équipe soignante (55) (46).

### Activités non-agricole :

Le reste de la prise en charge consiste en un accompagnement par l'équipe soignante, avec les perspectives de prévenir les rechutes et de réhabilitation où l'approche éducative est essentielle. Parmi les outils utilisés au sein de l'atelier afin de réaliser cette approche éducative :

- **Groupe de gestion d'interaction** : des groupes de parole, animés par les infirmières de l'atelier. L'hygiène alimentaire était choisie comme thème sur laquelle plusieurs sessions sont organisées.
- **INSIGHT** : un programme psycho-éducatif, destiné aux patients souffrant de schizophrénie. Et qui a pour objectif de favoriser l'alliance thérapeutique et l'adhésion aux soins. Les sessions du programme sont axées sur les différentes dimensions de la conscience du trouble (conscience des symptômes positifs, négatifs, de désorganisation, conscience du traitement, conscience des conséquences de la maladie). A travers les quizz, vidéos, et film d'animation.

**PACT (psychose, aider, comprendre et traiter)** : un autre programme psycho-éducatif audiovisuel d'animation de réunion, destiné aux patients atteints de schizophrénie ainsi qu'à leurs familles. Pour objectif de favoriser une bonne observance en offrant des informations sur l'étiologie de la maladie, les symptômes et le traitement. L'autre objectif c'est de dédramatiser et démystifier la maladie et d'aider la famille et le patient à mieux vivre ensemble et à mieux gérer la maladie pour rendre la vie quotidienne supportable.



**Les loisirs :**

L'activité est interrompue par le moment du repas qui se prend en commun sur place, qui est aussi un moment d'échange entre les patients. Des activités ludiques peuvent être proposées à l'ensemble des patients.

**La rémunération:**

Les stagiaires-travailleurs reçoivent une rémunération symbolique d'encouragement proportionnelle au travail accompli. Le pécule reçu mensuellement comme une récompense est établi selon une échelle de points par les animateurs techniques qui attribuent ce pécule en fonction de l'investissement et des capacités des patients. Cette motivation pécuniaire doit être accompagnée d'encouragement de patients devant leur progrès. (46)

**Procédure d'admission**

L'entretien d'admission :

Il est fixé après la réception d'une demande médicale d'admission faite par le médecin psychiatre prescripteurs. Cette première rencontre permet pour le médecin de faire l'étude clinique et dynamique du patient, elle consiste aussi à présenter la structure au candidat et de l'informer sur les objectifs de soins, les activités et les règles de fonctionnement.

Le bilan clinique est fait par le médecin et le psychologue lors de cet entretien. Une anamnèse permet d'apprécier l'évaluation de la maladie du sujet, son milieu de vie, ses possibilités de soutien familial et social et ses antécédents professionnels. Le médecin s'assure de la stabilisation mentale du candidat et vérifie qu'il n'y a aucune contre-indication à son admission. Le bilan dynamique consiste à mesurer sa motivation et son potentiel évolutif.

Ce premier entretien signe un premier engagement du patient, celui d'accepter de s'inscrire dans une démarche de réinsertion. (46)(57)

La période d'essai :

Après cet entretien, le candidat est admis pour une période d'essai de 15 jours. Selon le cas, l'admission pourrait être en temps plein ou en hôpital de jour. Cette période constitue une période d'observation et de test afin de mesurer l'implication du candidat dans sa demande d'insertion, et lui permet d'établir un projet de réinsertion. La pathologie réelle peut être dévoilée aussi pendant ces 15 jours.

A la fin de cette période une réunion de synthèse de l'équipe va amener une décision:

- Soit, l'admission définitive
- Soit, lorsque la période d'essai est insatisfaisante,

Une prolongation

Un ajournement

Une exclusion définitive (cas rare) (57)

**Admission définitive :**

Est prononcé lorsque la période d'essai est concluante, soit immédiatement si il y a des disponibilités de places, soit dans un délai plus ou moins long lorsque l'effectif est au complet.

**Les malades accueillis dans cette structure :**

Psychotique stabilisé.

Troubles du comportement stabilisés

Troubles de la dépendance stabilisés (alcoolisme, toxicomanie),

Troubles de l'humeur stabilisés.

**Règlement intérieur de l'A.T.A.**

C'est interdit à tout candidat admis à l'A.T.A. d'y introduire :

Des boissons alcoolisées;

De la drogue;

Des médicaments non- prescrits

Des produits toxiques.

C'est interdit également aux patients :

De provoquer des bagarres ;

De faire des fugues ;

Et de commettre des vols.

**Règlement du foyer-hébergement:**

Les horaires des repas et des sorties doivent être suivis à la lettre;

La consommation de tabac est interdite dans les chambres ;

Il est interdit de causer toute nuisance au delà de 22 heures ;

Les violences physiques sont proscrites ;

Le respect de l'hygiène élémentaire doit être appliqué;

Lors de l'admission, le dépôt des objets jugés dangereux par l'équipe soignante, est obligatoire;

La participation aux tâches ménagères est souhaitée (vaisselle, desservir, mise du couvert...);

L'entretien de chaque chambre relève de son occupant ;

Toute dégradation matérielle peut être sanctionnée

Toute personnalisation de la chambre doit être soumise auparavant aux conseils d'un soignant ;

L'hygiène de locaux est de rigueur;

Chaque occupant est responsable de la propreté de son linge avec l'aide de l'encadrement et du matériel mis à sa disposition;

Le tenu vestimentaire et l'hygiène corporelle seront contrôlés (46)(57).

## Partie III : Analyse de la situation Égyptienne

### Contexte général

L'Égypte est un pays de 1.001.450 km<sup>2</sup> de superficie dont seulement 6% est habitée. Sa population totale est de 74,166 millions habitants dont 58 % vivant en zones rurales, et 16.7 % vivant en dessous du seuil national de la pauvreté (58). Le revenu est intermédiaire (GNI per capita PPP de 5.400 \$ en 2007). La valeur d'index de pauvreté humaine (HPI) est 20.0 ce qui situe l'Égypte à la 48<sup>e</sup> position parmi les 108 pays en voie de développement, avec un indice de développement humain fort (IDH 0,708). L'espérance de vie à la naissance est 71 ans (58). Le taux d'analphabétisme chez les adultes est de 28.6 % (59).



Figure 1 : La carte d'Égypte, source : Perry-Castañeda Library Map Collection

### Analyse du système de santé égyptienne

La gestion du système de santé est fortement centralisée au niveau du Ministère de la Santé et de la Population (MoHP).

- **le secteur public comprend :**

Le Ministère de la santé,

Le GO THI (General Organization for Teaching Hospital Institute)

Les CHU, (centres hospitaliers universitaires)

Les hôpitaux centraux,

Les hôpitaux dépendants de l'assurance maladie,

Les hôpitaux militaires

- **le secteur privé détient** 11% des lits, est constitué d'hôpitaux couvrant l'ensemble des spécialités. Les médecins privés et organisations non-gouvernementales (ONG) sont impliqués également dans les prestations des services de santé mais sans mécanismes d'évaluation des performances (60).

Les tableaux ci dessous, illustrent le financement du système de sante égyptien :

Tableau 5 : Les indicateurs-clés relatifs au financement de la santé en Egypte

Total des dépenses de santé par habitant (en dollars internationaux)	279.0 (2005)
Dépenses publiques de santé en % du total des dépenses publiques	7.3 (2005)
Dépenses publiques en % du total des dépenses de santé	38 (2005)
Total des dépenses de santé en % du PIB	6.1 (2005)
Males	239
taux de mortalité adulte per (1000)	
femelles	158
7.5La probabilité de ne pas survivre après l'âge de 40 ans (%)	

Source: World health statistics OMS, 2007.

Tableau 1: Ressources humaines en santé

Indicateurs	2006
Médecins (nombre)	179 900
Médecins (densité pour 10 000 hab)	24
Infirmière (nombre)	249 787
Infirmières (densité pour 10 000 hab)	34
Dentistes (nombre)	25 170
Dentistes (densité pour 10 000 hab)	3

Source : world health statistics, 2008.

Les dépenses privées sont constituées des assurances ainsi que de la participation financière directe des usagers aux services de santé. Une loi sur l'assurance sociale a été mise en place en 1975 pour inclure la prise en charge du risque maladie pour les salariés du secteur privé et public. Le système est financé sur base professionnelle par cotisations salariales et patronales.

### La réforme du secteur de la santé en Égypte

Le programme de réforme du secteur de la santé a été lancé en Égypte en 1997 pour une période de 15 – 20 ans (61).

#### Les services de santé présentaient des lacunes, comme :

- Inégalité de la couverture et de la qualité des services ;
- Inaccessibilité des services, particulièrement pour les couches défavorisées et les communautés rurales ;
- Mauvaise utilisation des ressources disponibles,
- Prise en compte insuffisante des attentes du public concernant la prestation de services.

#### La réforme du secteur de la santé visait les quatre objectifs ci-après :

- Améliorer la capacité du secteur de la santé à répondre aux besoins de la population ;
- Améliorer l'accès aux soins ;
- Améliorer la qualité des soins de santé ;
- Abaisser les coûts tout en améliorant l'efficacité et la rentabilité.

Le programme de réforme du secteur sanitaire a initié une stratégie afin de créer des unités de santé familiale " Family Health Units" (FHU's) visant à couvrir, à la fin de l'année 2009, tous les centres publics de soins de santé primaires.

#### Les éléments essentiels du programme de réforme

Redéfinir le rôle du ministère de la santé, établir un mécanisme d'accréditation afin de créer des

programmes verticaux de santé public.

Décentraliser la gestion gouvernementale du système de soins au niveau des gouvernorats et districts en offrant un degré d'autonomie.

Renforcer les programmes de formation continue pour les médecins et les infirmières en mettant l'accent sur les soins préventifs.

Rationaliser l'investissement dans l'infrastructure (62).

### **Les défis**

Des défis économiques comme le chômage, la pauvreté, les phénomènes de sans-abri et l'inégalité sociale.

La consommation des substances illicites augmente de plus en plus, créant un cercle vicieux de pauvreté, violence et de stress.

Manque de confiance au secteur public avec un recours au privé qui est relativement cher et non réglementé.

Manque de coordination entre le ministère de la santé, les universités, les établissements de formation et l'ensemble de la population.

La formation continue n'est pas intégrée dans les services de santé.

## Offre de soins en santé mentale:

### Lits consacré aux soins psychiatriques en Égypte

La prestation des soins en psychiatrie est offerte principalement par des hôpitaux qui font partie du secrétariat général de psychiatrie (MHS) qui est une institution relativement autonome par rapport au ministère de la santé. Ces hôpitaux issus du MHS possèdent environ 5597 lits. L'autre partie des soins est offerte par les hôpitaux du ministère de la santé (environ 1019 lits). Les départements de psychiatrie dans les hôpitaux universitaire participent avec 277 lits (63).

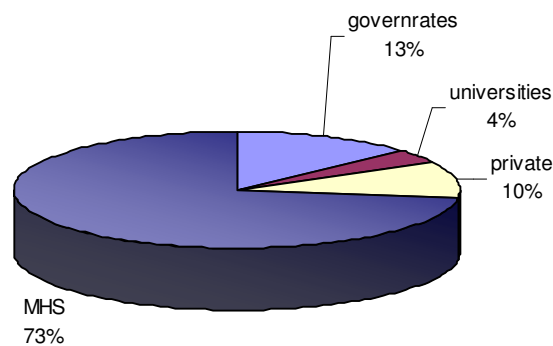


Figure 2: Pourcentage de lits actifs

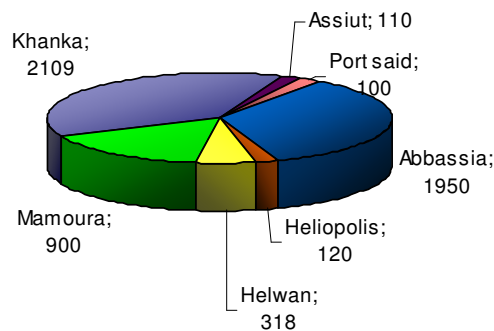


Figure 3 : Nombre de lits au secrétariat général de psychiatrie

Tableau 2: lits consacrés à la psychiatrie dans les hôpitaux du ministère de la santé, autres que le MHS

hôpital	Nombre de lits
Banha	300
Sheben Alkom	80
Tanta	107
Alzzazi	105
Menya	65
Bani swef	155
Sohag	20
Aswan	65

Tableau 3: nombre de lits aux départements de psychiatrie dans les hopitaux générales

**Departments de psychiatrie dans les hopitaux generals**

12Damietta  
6  
24  
8  
5  
3  
25  
2  
2  
2  
6  
7  
20  
Mansourra  
Kafr AIshekh  
Mehla  
Kafr Aldawar  
Mahmoudia  
Fayom  
Aladwa  
Abo alteg  
Alghanayem  
Abnob  
Sahel sleim  
Matroh

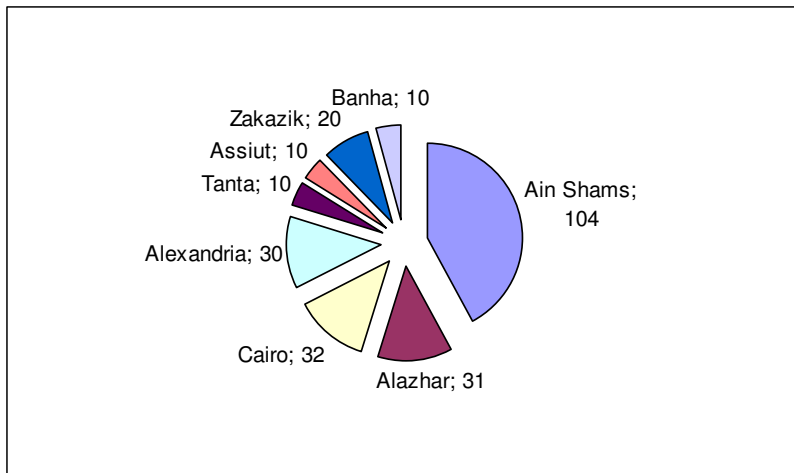


Figure 4: Nombre de lits au département de psychiatrie aux hôpitaux universitaires

## **Le contexte social**

Les préjugés présentent les défis essentiels face à la promotion de la santé mentale. En effet, ils provoquent la stigmatisation et entraînent un comportement discriminatoire à l'encontre des malades mentaux. La stigmatisation a été décrite comme « *un aspect de la souffrance qui s'ajoute à la maladie première et qui peut être plus dévastatrice, plus contraignante et plus durable qu'elle* » (64).

Les idées principales partagées par le public sur la nature de la maladie mentale sont les suivantes :

- « Les malades mentaux sont violents et dangereux. »
- « Les malades mentaux sont pauvres et moins intelligents. »
- « Les maladies mentales touchent les faibles. »
- « Les maladies mentales ne peuvent être traitées. » (65)

En Août 2008, un patient âgé de 50 ans avec une histoire de schizophrénie se suicidait dans un hôpital psychiatrique car sa famille a refusé de l'accueillir à sa sortie. Ce monsieur était hospitalisé en (HO) suite à un comportement hétéro agressif qui l'a amené à blesser gravement quelqu'un. Il a passé 11 ans à l'hôpital psychiatrique. Après avoir été stabilisé, il était confronté au refus de la part de sa famille qui préférait le laisser à l'hôpital. Il profitait d'une coupure d'électricité, pour commettre une tentative de suicide par pendaison qui a réussi.

En août 2008, 19 personnes, y compris ce monsieur, étaient confrontés à la même situation : d'être rejeté par leur famille respective (66).



## **Partie IV**

### **But du travail:**

Bilan de l'expérience réalisée à l'ATA, et possibilités d'applications au sein d'autres pays.

### **Objectifs spécifiques :**

Évaluer l'impact de processus de prise en charge à l'Atelier thérapeutique agricole sur la qualité de vie ressentie par les usagers de service.

## **Méthodologie**

Étude analytique descriptive et transversale de l'expérience de l'ATA, à partir du suivi de patients.

## **Sujet et méthode**

### **La population étudiée**

Les 25 stagiaires au sein de l'Atelier Thérapeutique Agricole au CHS Ste. Marie de Nice, pendant sept journées de travail , du 23 mai au 3 juin, à partir des entretiens individuels à l'aide des questionnaires de profil de santé générale de Duke.

Des entretiens individuels et du groupe sont également effectués tout au long du stage, du 4 mai jusqu'au 30 juillet, afin de suivre les stagiaires et de recueillir leur témoignages

## **Collecte des données :**

La collecte des données est passé par les étapes suivante:

Observation directe et entretiens avec le groupe :

Des entretiens avec les usagers de services pendant leurs activités, afin d'établir un bon rapport avec eux, ce qui semblait une étape préparatoire avant de leur passer les questionnaires de profil de santé. Cela permettait également de décrire les activités menées à l'atelier.

Les entretiens effectués ont permis aussi de collecter des témoignage de stagiaires sur l'expérience à l'ATA. De cerner les points forts et les points faibles, du point de vue d'utilisateurs de service, dans le processus de la prise en charge dans l'atelier. (Annexes n°4)

Entretiens Individuels

Des interviews avec les usagers de service, dans le cabinet médical au sein du foyer de l'ATA. Après avoir obtenu leur consentement oral, en utilisant le questionnaire de profil de santé de Duke, qui permet d'évaluer la santé ressentie et déclarée par les individus à partir des dix-sept items du questionnaire. Cet instrument comporte 17 questions (tableau n°9) combinées entre elles pour former différentes échelles correspondant aux dimensions suivantes : physique, mental, social, santé perçue, anxiété, dépression, douleur, et estime de soi .

### **Analyse documentaires**

Études de trois dossiers des anciens usagers de service qui sont stabilisés et qui travaillent soit en milieu ordinaire (non protégé) ou dans l'ESAT. Des entretiens sont effectués avec deux de ces trois sujets. (Annexes n° 3)

Tableau 9 : les dimensions de questionnaire de profile de santé de Duke

	<b>Dimensions</b>
1. Je me trouve bien comme je suis	Mentale, estime de soi
2. Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	Sociale, estime de soi, anxiété
3. Au fond, je suis bien portant	Santé perçue
4. Je me décourage trop facilement	Mentale, estime de soi, dépression
5. J'ai du mal à me concentrer	Mentale, anxiété, dépression
6. Je suis content de ma vie de famille	Sociale, estime de soi
7. Je suis à l'aise avec les autres	Sociale, anxiété, estime de soi
8. Vous auriez du mal à monter un étage	Physique
9. Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	Physique
<b>AU COURS DES 8 DERNIERS JOURS</b>	
10. Vous avez eu des problèmes de sommeil	Physique, anxiété, dépression
11. Vous avez eu des douleurs quelque part	Physique, douleur
12. Vous avez eu l'impression d'être vite fatigué(e)	Physique, anxiété, dépression
13. Vous avez été triste ou déprimé(e)	Mentale, dépression
14. Vous avez été tendu(e) ou nerveux (se)	Mentale, anxiété
<b>AU COURS DES 8 DERNIERS JOURS</b>	
15. Vous avez rencontré des parents ou des amis (conversation, visite...)	Sociale
16. Vous avez des activités de groupes (réunions, activités religieuses, association...) ou de loisirs (cinéma, sport, soirées...)	Sociale
<b>AU COURS DES 8 DERNIERS JOURS</b>	
17. Vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé (maladie ou accident)	Incapacité

### **Contraintes:**

La contrainte principale rencontrée pendant la réalisation de cette étude était la petite taille de l'échantillon. Mais vu la prévalence de la maladie qui n'est pas élevée (la prévalence de la schizophrénie dans la population générale est de 1%), et vu le temps limité pour effectuer cette étude, le test de Student a été le plus pertinent pour comparer les variables quantitatives.

## **Analyse statistique des résultats**

Les données sont exprimées en valeur moyenne. Les calculs de ces données ainsi que leurs présentations graphiques sont réalisées à l'aide de logiciel de calcul Excel (Microsoft office 2003).

L'analyse statistique de résultats est réalisée à l'aide de logiciel de statistique (épi-info) source CDC/OMS.

### **Outils d'analyse :**

- A l'aide du profil de santé générale de Duke, les scores obtenus après l'association des questions sont normalisés de 0, le score de santé le plus bas, à 100. Excepté pour les scores d'anxiété, de dépression, d'incapacité et de douleur qui sont évalués en sens inverse : les scores optimaux prenant la valeur 0. Un score global nommé « santé générale », peut être également calculé en additionnant la dimension physique, mentale et sociale.
- Le teste statistique de Student sur coefficient de corrélation a été utilisé dans la comparaison de variable quantitatives avec un risque d'erreur de 20%, vu de petit taille de l'échantillon et faible prévalence de la maladie.

## Résultats

Les résultats de cette étude descriptive réalisée au sein de l'atelier thérapeutique agricole à travers le suivi d'usagers de service, portent sur l'impact de la prise en charge sur le score de santé générale et la qualité de vie ressentie.

### Les caractéristiques sociodémographiques des usagers de services :

#### Sexe

Parmi les 25 stagiaires au sein de l'atelier, il y'avait une seule femme. Les restes « 24 stagiaires » sont des hommes.

#### Age

L'âge variait entre 18 et 60 ans «moyen 32,68 ans »

#### Niveau d'instruction

La distribution de fréquence montre que la plupart des utilisateurs de service sont arrivés au niveau d'études secondaire (44%). En revanche, 24% de stagiaires ne savent ni lire ni écrire, 24% ont reçu une éducation primaire. Et les moins représentés (8%) sont ceux qui ont arrivé à obtenir un bac professionnel (2 stagiaires).

Tableau 10 : Niveau d'études des stagiaires à l'ATA de l'hôpital Ste. Marie de Nice

Niveau d'études	Fréquence	effectif
Ne sait pas ni lire ni écrire	24%	6
Etudes primaires	24%	6
Etudes secondaires	44%	11
Bac professionnel	8%	2

#### Mode d'hospitalisation :

Parmi les 25 stagiaires, 6 sont admis en mode hospitalisation d'office(HO), un cas d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT). Et la plupart des stagiaires sont admis en hospitalisation libre (HL) « 18 stagiaires ».

#### Diagnostic :

La majorité de stagiaires au sein de l'Atelier Thérapeutique Agricole souffraient de schizophrénie (22 personnes), les autres diagnostics rencontrés étaient ceux de troubles de l'humeur (1 personne), troubles de la personnalité (1 personne) et l'alcoolisme (1 personne), qui étaient stabilisées.

Concernant les deux anciens usagers de services qui sont suivi au cours de stage, leur diagnostic était celui de :

- « troubles de la personnalité de type borderline avec une grande immaturité affective et intolérance à la frustration, avec un passage à l'acte hétéro-agressive »
- « trouble grave de la personnalité de type schizotypique qui semble évoluer vers un trouble schizophréniforme, avec une phobie sociale qui se manifestait avec des symptômes physiques et d'angoisse et qui s'est développée vers un repli sur lui-même avec impossibilité de sortir de chez lui. »

### Ancienneté du trouble

La majorité de stagiaires (14 personnes- ce qui représente 56%) étaient en souffrance psychique pendant dix ans ou plus.

Tableau 11 : Ancienneté du trouble en années des stagiaires à l'ATA de l'hôpital Ste. Marie de Nice

ancienneté du trouble en années	Fréquence	effectif
≤ 5 ans	7	28%
6 - 10 ans	6	24%
11 - 15 ans	4	16%
>15	8	32%
max	20	
min	1	
average	11.22	

### Temps passé dans la structure

Parmi les 25 stagiaires, le temps maximal passé à l'ATA était celui de 28 mois, par contre le temps minimal était celui de 2 jours. 36 % de stagiaires étaient encore en période d'essai (9 patients),

Tableau 12 : temps passé à l'ATA en semaines

Temps passé dans la structure en semaines	Fréquence	Percent	Cum Percent
≤ 10	4	16.0%	16.0%
>10	11	44.0%	60.0%
>15	3	12.0%	72.0%
>20	4	16.0%	88.0%
>25	3	12.0%	100.0%
Total	25	100.0%	100.0%

D'après le tableau ci-dessus, on constate que 28% de stagiaires dépassaient une année au sein de structure, dont 12 % (3 stagiaires) ont dépassé 2 ans à l'atelier

### Le score de santé générale

La figure 5 montre que la majorité (80%) de stagiaires ont un score élevé de santé (score >50). Par contre 16 % de stagiaires ont un score qui est inférieur à 50.



### le score de santé générale

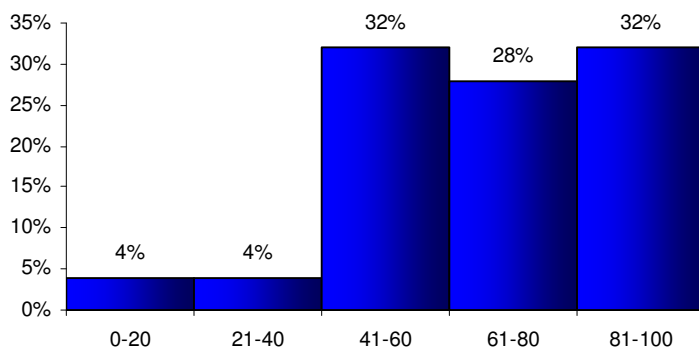


Figure 5 : Distribution de fréquences de score de santé générale des stagiaires au sein de l'ATA durant la période de 23 mai au 3 juin

### Le score de santé physique

#### le score de santé physique

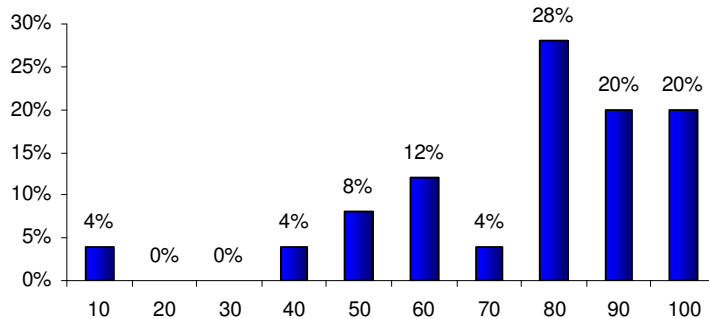


Figure 6 : Distribution de fréquences de score de santé physique des stagiaires au sein de l'ATA durant la période de 23 mai au 3 juin

D'après la figure ci-dessus, on constate que la majorité de stagiaires (84%) ont un score de santé physique supérieur à 50. par contre, 4 % de stagiaires ont un score qui est inférieur à 10.

### Le score de santé sociale :

La figure 7 montre que 56% de stagiaires ont un score de santé sociale supérieur à 50. Par contre 44% de sujets ont un score inférieur à 50. Ce qui rend une valeur moyenne de score de santé sociale de (56.8).

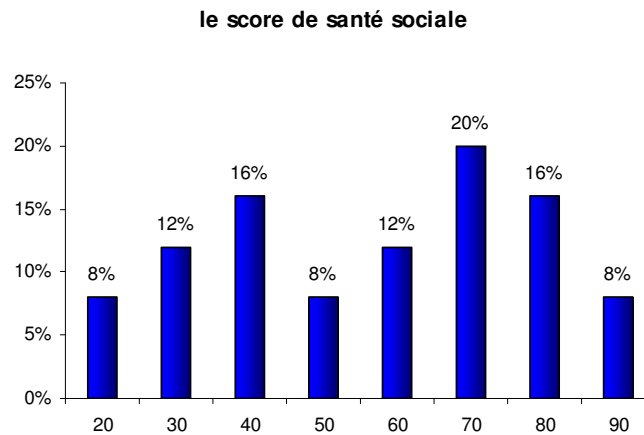


Figure 7 : Distribution de fréquences de score de santé sociale des stagiaires au sein de l'ATA durant la période de 23 mai au 3 juin

#### **Le score d'estime de soi :**

Selon Le tableau ci-dessous, la majorité d'utilisateurs de service (76 %) ont un score supérieur à 50, et 28 % d'entre eux ont un score supérieur à 80.

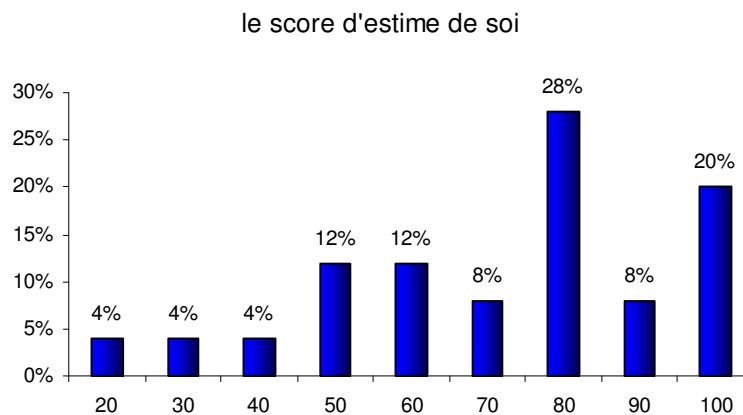


Figure 8 : Distribution de fréquences de score d'estime de soi des stagiaires au sein de l'ATA durant la période de 23 mai au 3 juin

#### **Influence du temps passés dans la structure sur le score de santé générale:**

La figure 9 montre que plus le patient passe du temps au sein de la structure, plus son score de santé

générale est élevé. En utilisant la loi de Student (le test est significatif lorsque  $T = 1.319$  pour un risque d'erreur de 20%) on a trouvé un  $T = 2.07$ , ce qui montre qu'il y a une relation directe entre le temps passé au sein de la structure et le score de santé générale.

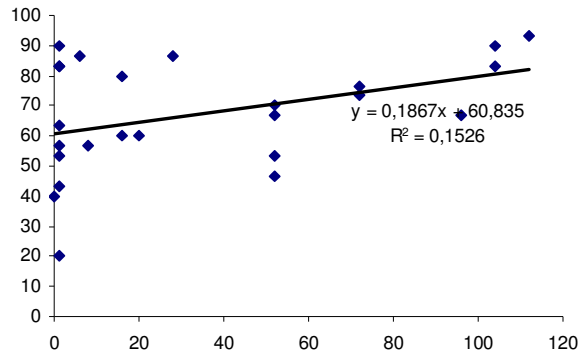


Figure 9: Distribution en nuage de points et courbe de tendance selon le temps passé au sein de la structure et le score de santé générale des usagers de service de l'ATA au CHS Ste. Marie durant la période de 23 mai au 3 juin.

#### Influence du temps passé dans la structure sur le score de santé sociale:

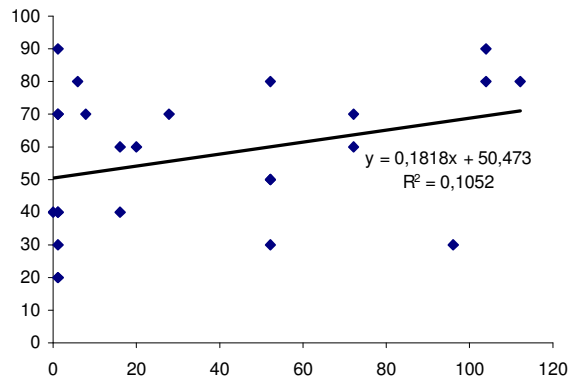


Figure 10 : Distribution en nuage de points et courbe de tendance selon le temps passé au sein de la structure et le score de santé sociale des usagers de service de l'ATA au CHS Ste. Marie durant la période de 23 mai au 3 juin

En ce qui concerne la santé sociale, la figure ci-dessus montre que plus le patient passe du temps au sein de la structure plus le score de santé sociale est élevé. Par contre, on n'a pas trouvé une relation directe entre l'amélioration du score de santé sociale et le temps passé au sein de la structure ( $T = 0.117$ ).

#### Influence de temps sur le score de santé mentale

D'après la figure 11 le score de santé mentale s'améliore aussi avec le temps sans qu'il y ait un lien

direct entre le score de santé mentale et le temps passé au sein de la structure ( $T = 0.45$ ,  $p > 0.50$ )

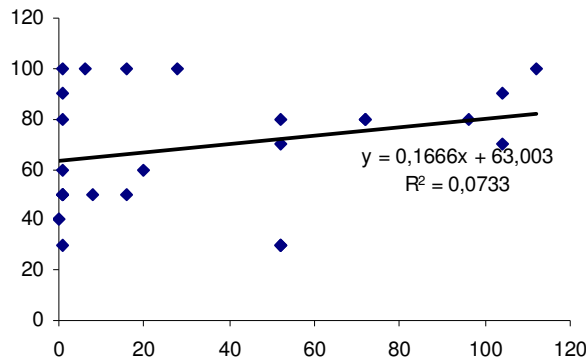


Figure 11: Distribution en nuage de points et courbe de tendance selon le temps passé au sein de la structure et le score de santé mentale des usagers de service de l'ATA au CHS Ste. Marie durant la période de 23 mai au 3 juin

### L'influence du temps passé dans la structure sur le score de santé physique:

La figure 12 montre que le score de santé physique est **directement lié** au temps passé au sein de la structure. Plus le patient passe du temps au sein de la structure, plus son score de santé physique est élevé. ( $T = 1.831$ ,  $P = 0.10$ )

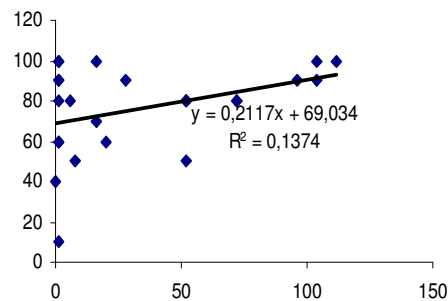


Figure 12 : Distribution en nuage de points et courbe de tendance selon le temps passé au sein de la structure et le score de santé physique des usagers de service de l'ATA au CHS Ste. Marie durant la période de 23 mai au 3 juin

### Influence de l'âge sur le score de santé générale ressentie:

D'après la figure ci-dessous, on constate que plus l'âge du sujet est avancé, plus son score de santé

générale ressentie est bas. Mais il n'y a pas de lien direct entre l'âge et le score de santé générale (T=0.3985, P > 0.50)

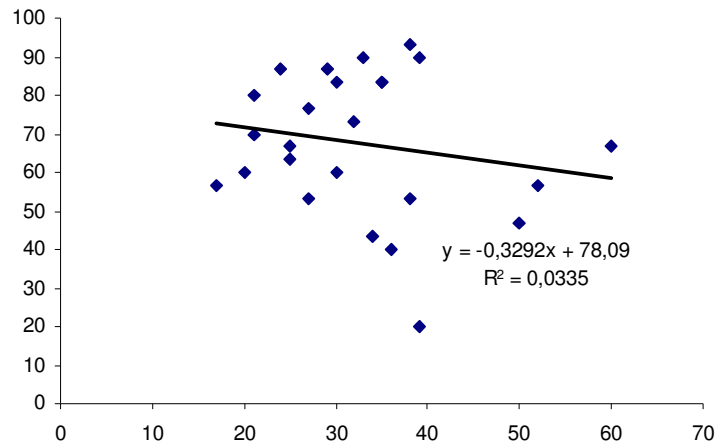


Figure 13: Distribution en nuage de points et courbe de tendance selon l'âge et le score de santé générale des usagers de service de l'ATA au CHS Ste. Marie durant la période de 23 mai au 3 juin

### Influence du temps passé dans la structure sur le score d'anxiété- dépression

D'après la figure 14 les sujets qui ont passé plus du temps au sein de la structure ont de meilleurs scores d'anxiété- dépression, mais cette amélioration n'est pas directement liée au temps passé dans la structure. (T=1.17, P > 0.20)

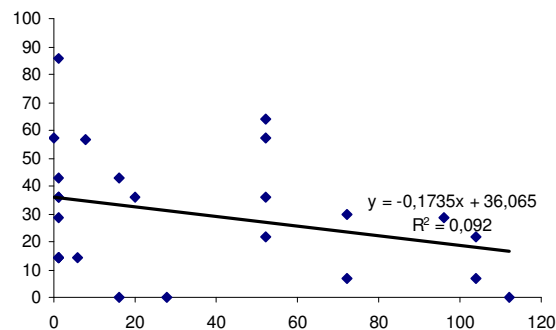


Figure 14: Distribution en nuage de points et courbe de tendance selon le temps passé au sein de la structure et le score d'anxiété-dépression des usagers de service de l'ATA au CHS Ste. Marie durant la période de 23 mai au 3 juin.

### Influence de l'ancienneté du trouble sur le score de santé mentale :

D'après la figure ci-dessous, il y a un lien direct entre l'ancienneté du trouble et le score de santé mentale (  $T = 1.456$ ,  $P < 0.20$ ). Plus le trouble est ancien, plus le score de santé mentale perçu est bas.

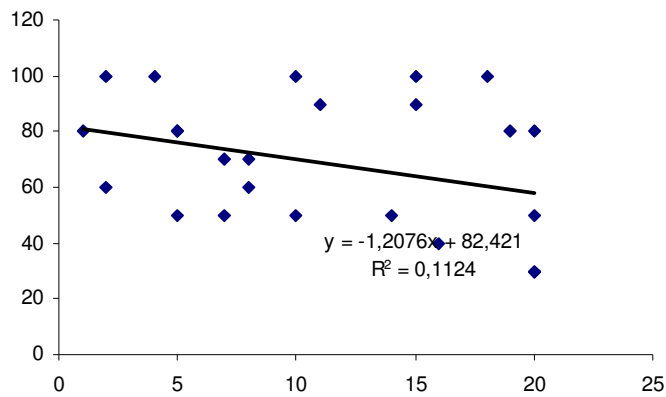


Figure 15 : Distribution en nuage de points et courbe de tendance selon l'ancienneté du trouble et le score de santé mentale des usagers de service de l'ATA au CHS Ste. Marie durant la période de 23 mai au 3 juin

### Influence de l'ancienneté du trouble sur le score de santé générale

La figure 16 montre que les sujets souffrants de troubles plus ancien ont un score de santé général plus bas, mais cette baisse de score de santé perçu n'est pas directement lié a l'ancienneté du trouble (  $T = 0.66$ ,  $P > 0.50$ )

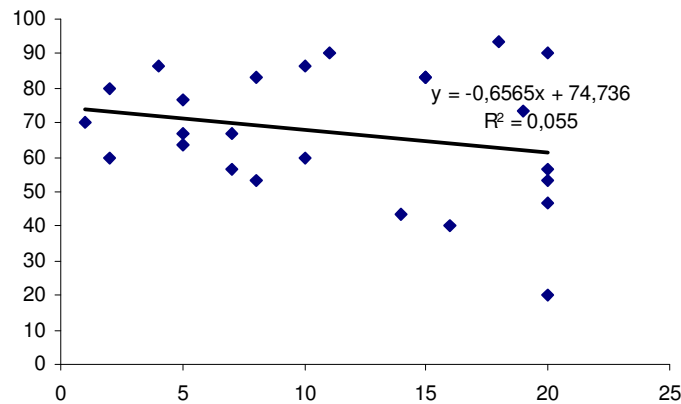


Figure 16 : Distribution en nuage de points et courbe de tendance selon l'ancienneté du trouble et le score de santé générale des usagers de service de l'ATA au CHS Ste. Marie durant la période de 23 mai au 3 juin

Concernant les résultats des profils de santé des anciens usagers du service : Monsieur P, qui a réussi à travailler en milieu non-protégé, montrait un manque d'estime de soi (score 40) avec insatisfaction de vie sociale (score 50), ainsi que des sentiments d'anxiété (score 58.33) et de dépression (score 40). Son score de santé général était 63.33 alors que son score de santé perçu était 100.

Monsieur F, qui a réussi à travailler en milieu protégé, Son score de santé général était 76.33. Il montrait une bonne santé physique ressentie (score 80), avec satisfaction de vie sociale (score 70) son score de santé mentale ressentie était 80 et concernant l'estime de soi, le score était 70. Il avait des sentiments d'anxiété (score 41.665) et de dépression (score 20) alors que son score de santé perçu était 100.

## Discussion

Cette expérience visait à étudier l'apport de l'ergothérapie dans la réhabilitation psychosociale de personnes souffrant de troubles psychiatriques, à travers l'évaluation de la qualité de vie ressentie par les usagers de l'atelier thérapeutique agricole de l'hôpital sainte Marie de Nice. Et éventuellement, la possibilité d'application de cette méthode de prise en charge dans le contexte égyptien.

La contrainte principale rencontrée pendant la réalisation de cette étude était la petite taille d'échantillon. Mais vu la prévalence de la maladie qui n'est pas élevée (la prévalence de la schizophrénie dans la population générale est de 1%), et vu le temps limité pour effectuer cette étude, le test de Student a été le plus pertinent pour comparer les variables quantitatives.

Le premier constat contribue à une confirmation : l'ergothérapie favorise le bien-être des personnes en souffrance psychique. La majorité de stagiaires (80%) avaient un score élevé de santé générale<sup>1</sup> qui se situait entre 50 et 90. Ce score est lié au temps passé au sein de la structure. Mais cette situation due principalement à l'amélioration de santé physique ressentie, qui est à son tour liée au temps passée à l'ATA. On constate également une amélioration progressive du score de santé sociale et mentale, mais qui n'est pas directement liée au temps passé dans la structure. Ces résultantes affirment la non-nécessité de garder les patients longtemps dans les structures de réhabilitation afin d'atteindre une meilleure insertion sociale. Car c'est leur perception de la santé physique qui s'améliore avec le temps, alors que le défi social demeure.

Selon les résultats, le score de santé générale se réduit avec l'âge, sans avoir de lien direct. Ce qui est aussi le cas dans la population générale où l'âge est considéré comme facteur discriminant de la qualité de vie. (67)

L'élimination des symptômes n'est pas recherchée comme un but particulier. En d'autres termes, il n'existe pas de corrélation entre l'état clinique et la réussite de l'insertion sociale. Dans le cas de Monsieur P, malgré l'histoire qu'il avait derrière lui, de 12 ans de troubles psychiques, il a réussi à travailler en milieu non-protégé comme brancardier. Il a réussi aussi à vivre avec sa maladie : « *parfois j'ai l'envie de fuir, de me mettre à l'abri et j'ai du mal à m'endormir [...] parfois je sens un peu de fatigue à cause des médicaments, mais ça va* » affirmait-t-il. Concernant son profil de santé, il montrait un manque d'estime de soi (score 40) avec insatisfaction de vie social (score 50), ainsi que des sentiments d'anxiété (score 58.33) et de dépression (score 40). Son score de santé général était 63.33. Mais malgré tout, son score de santé perçue était 100.

La stigmatisation envers les personnes en souffrance psychique représente un obstacle à leur intégration sociale. Quoique les patients avaient conscience de leur maladie et de ses conséquences, et

---

<sup>1</sup> Le score de santé générale = [(le score de santé physique + le score de santé sociale + le score de santé mentale) / 3]



qu'ils réussissent à apprendre ou à réapprendre les moyens de fonctionnement et de participation à la vie en société et en développant une image valorisée de soi, ils n'arrivent pas à atteindre un niveau d'interaction sociale satisfaisant. Ce qui influence négativement non seulement la perception de leur santé mentale mais aussi le pronostic. La plupart des stagiaires (84%) montraient un score de santé physique supérieur à 50, presque la moitié (56%) d'entre eux avait un score de santé sociale plus de 50 alors que seulement 44 % parmi les utilisateurs de service sont arrivés à un score de santé mentale ressenti qui est supérieure à 50. En revanche, 76 % de stagiaires avaient un score d'estime de soi qui dépasse 50. Ces résultats reflètent l'image des malades mentales dans la société. La maladie mentale engendre des sentiments d'incompréhension, ce qui a un mauvais impact sur les attentes de vie des malades et de leurs familles et ceci peut empêcher les malades de se faire soigner, malgré la disponibilité de traitements efficaces, surtout quand la communauté réduit le malade à sa maladie et n'accepte pas ces gens comme des voisins et des amis.

Cette opinion publique négative sur la nature de la maladie mentale a été décrite également dans une étude effectuée en 2001 au Québec sur la discrimination envers les malades mentaux. Elle révélait que si près de la moitié des gens s'entendent pour dire que les patients schizophrènes doivent être intégrés dans la communauté, 40 % sont encore d'avis contraire. La moitié des personnes interrogées (54 %) estimaient que les personnes souffrant de schizophrénie sont violentes et dangereuses. Environ une personne sur dix croyait que cette maladie ne peut être guérie. Plus de la moitié (54 %) comprenaient qu'il s'agissait d'une maladie d'ordre organique, alors que 14 % l'identifiaient comme une maladie de l'âme. Cette opinion allait jusqu'à 72 % parmi les personnes les plus scolarisées et les répondants plus jeunes apportaient des points de vue plus actualisés. (64)

L'idée que le public se fait des maladies mentales peut influencer l'opinion que les malades ont d'eux-mêmes. Dans cette étude, on a constaté que les sujets souffrant de troubles plus anciens avaient un score de santé général plus bas, mais cette baisse n'est pas directement liée à l'ancienneté du trouble. Par contre, il y a un lien direct entre l'ancienneté du trouble et le score de santé mentale ressenti ( $T=1.456$ ), ce qui reflète les difficultés rencontrées par les patients à surmonter l'incapacité psychique.

La thérapie par le travail est très délicate. La prise en charge doit être adaptée et personnalisée à chaque patient en lui proposant un emploi qui lui semble intéressant car le travail est considéré comme un moyen de responsabilisation des malades mentaux. Afin de surmonter les *sentiments d'inutilité sociale et de dévalorisation de soi qui présentent la difficulté essentielle à l'insertion et qui peuvent faire glisser le patient vers l'exclusion sociale*. Le témoignage de Mr. P décrit parfaitement cette situation : « *c'était une bonne transition pour reprendre la vie normale. A l'ATA, on est bien entouré mais aussi on peut faire des choses par soi-même, et j'aime être autonome moi ! Je n'aime pas les contraintes et l'ATA m'a permis de prendre des responsabilités et de progresser au niveau relationnel* ».

La motivation des sujets est considérée comme l'un des principaux moyens qui les incite à adhérer au programme de prise en charge. Cela se confirme dans les témoignages suivants:

- « *On est en grande terre, j'aime travailler à l'extérieur* ».

- « Ici, j'apprends quelque chose de nouveau, de travailler avec les légumes, **mais** je trouve que le salaire, le pécule n'est pas beaucoup »

- « Quand les tomates seront mûr, ça ferait un an que je suis là et j'ai fini par aimer travailler ... Je n'ai pas aimé mon travail, ça a toujours été la même chose, et je me décourage trop rapidement. J'aime bien l'effort et mon ancien travail demandait beaucoup de concentration »

- « Je ne sais pas si ça va me servir. Je ne compte pas travailler dans le jardinage ».

Enfin, le travail des personnes souffrant de troubles psychiques dans la structure de réhabilitation psycho-sociale n'est pas une revendication à la normalité, une normalité et un bien être qui est déjà difficile à définir. En d'autre terme, l'introduction de l'emploi doit être progressive et sans exigence afin d'éviter le risque de rechute.

## Conclusion et recommandations

« Le malade mental, qu'on le veuille ou non, est effrayant » (5). Ce travail nous a permis d'accompagner des personnes souffrant de troubles psychiques en voie de transition, de l'intra vers l'extrahospitalier, dans un parcours de rétablissement et d'acquisition d'habilité sociale par le travail. L'étude portait sur l'impact de la thérapie par le travail sur l'insertion sociale de personnes souffrant de troubles psychique à travers l'évaluation de leur qualité de vie et leur santé générale ressentie. Dans le but d'appliquer ce modèle de prise en charge dans la structure sociale égyptienne.

Cette étude nous a permis de constater que :

Le rôle de l'hôpital dans la prestation des soins en matière de santé mentale est très délicat. Tout d'abord, le CHS n'offre pas le soin de réhabilitation ou de soin au long cours. De plus, l'hospitalisation peut avoir des effets iatrogènes en séparant le patient de son environnement ou en fragilisant ses liens sociaux, et en créant une situation de dépendance à l'institution. Or, le recours à l'hospitalisation reste important face à une situation de crise qui demande beaucoup d'évaluation multidisciplinaire.

Dans ce contexte de rupture avec les stratégies thérapeutiques traditionnelles, on voit l'émergence du concept de santé mentale positive. La notion de soins en psychiatrie ne visait plus la disparition des symptômes ou l'adaptation du patient à son milieu en lui offrant une place qui n'est pas forcément la sienne. L'insertion doit être réciproque, l'environnement aussi doit s'adapter pour accepter la personne en lui donnant le droit à la différence.

Le service de santé mentale en Égypte présente encore des lacunes en matière de soins au long cours et de suivi des sujets souffrant de troubles psychiatriques stabilisés. Ces personnes, en sortant de l'hôpital psychiatrique, se retrouvent confrontées avec une pression sociale très forte qui peut déclencher leurs rechutes.

Au niveau mondial, le passé asilaire représente un héritage lourd. En France, comme en Egypte, la maladie mentale engendre une grande incompréhension. L'opinion négative de la publique influence l'attente de vie des patients et de leurs familles.

## Recommandations

A la lumière de cette expérience, les recommandations seront axées sur trois idées principales:

### **Faciliter le recours aux soins**

- La tendance mondiale de la mise en cause du passé asilaire, et l'évolution de la thérapie vers la prise en charge communautaire avec la chute du nombre des lits consacrés aux hospitalisations complètes ne doit pas être une stratégie rigide. En d'autres termes, il faut toujours favoriser le recours aux soins, et faciliter l'admission à l'hôpital en mode libre, avant que le patient passe par le mode HO.
- L'approche de santé publique devrait permettre le travail en réseaux entre les domaines sanitaire et social afin d'améliorer l'accès au soin des personnes en situation de précarité.

### **L'intégration des soins de santé mentale aux soins primaires et le renforcement du rôle des médecins généralistes**

- En Égypte, le besoin de créer de nouvelles infrastructures n'est pas urgent. Par contre, le défi reste au niveau organisationnel. Selon le système de santé actuelle, l'intégration des services de santé mentale aux soins primaires pourrait être très bénéfique.
- Les politiques de santé doivent viser la réduction de la charge de morbidité mentale et établir un plan de prévention et de traitement afin d'éviter la chronicité des problèmes de santé mentale, ainsi que d'assurer la disponibilité des médicaments, la surveillance et le suivi.
- Renforcer le rôle des travailleurs sociaux dans les écoles afin de faciliter le recours aux soins et accompagner la famille des patients, en faveur d'une meilleure qualité de vie et une meilleure observance aux traitements.

### **Le rôle de medias**

- mener des campagnes d'information pour démystifier la maladie mentale. Et faire connaître au grand public les pathologies principales, leurs causes, leurs symptômes et leurs traitements, afin de modifier les perceptions et à améliorer le suivi médical des personnes souffrant de troubles psychiatriques.

## Références

- 1- Ouellet M, Gagne M D. *conférence des Nations-Unies sur l'Environnement et le développement*(CNUED), Bissau 1992; 173 p. Disponible sur (<http://www.ceci.ca/w/i/n/m010173.htm>)\_(consulté le 16/01/2009).
- 2- TIZIO S. état de santé et systèmes de soins dans les pays en développement: la contribution des politiques de santé au développement durable. *mondes en développement* 2004/3; **32**(127): 101-17.
- 3- Kovess V, Facy F. *épidémiologie et santé mentale*. Paris: Flammarion médecine;1996, 162p.
- 4- OMS, Rapport de situation, maladies non transmissibles et santé mentale, Genève 2000, 17 p. Disponible sur ([www.who.int/mip2001/files/2246/MIP\\_01\\_APR\\_NMH.fr.pdf](http://www.who.int/mip2001/files/2246/MIP_01_APR_NMH.fr.pdf)) \_ (Consulté le 16/01/2009).
- 5- Palazzolo J., *L'institution psychiatrique. Le psychiatre, le malade et leur environnement*. Collection Champs Ouverts. Paris: Ellébore; 2003, 187 p.
- 6- OMS, *non à l'exclusion oui aux soins. la santé mentale a travers le monde*, journée mondiale de la sante 2001, Disponible sur ([www.who.int/entity/mental\\_health/media/en/390.pdf](http://www.who.int/entity/mental_health/media/en/390.pdf)) \_ (consulté le 16/01/2009)
- 7- Piel E, Roeland J L. *de la psychiatrie vers la santé mentale*, rapport de mission. juillet 2001, P 4-85 disponible sur ([http://www.academie-medecine.fr/UserFiles/File/rapports\\_thematiques/sante\\_mentale/Rapport\\_PielRoeland\\_de\\_la\\_psychiatrie\\_vers\\_la\\_sant\\_mentale\\_juillet\\_2001.pdf](http://www.academie-medecine.fr/UserFiles/File/rapports_thematiques/sante_mentale/Rapport_PielRoeland_de_la_psychiatrie_vers_la_sant_mentale_juillet_2001.pdf))\_(consulté le 16/01/2009)
- 8- OMS, impact des troubles mentaux et du comportement. la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. rapport sur la santé dans le monde. 2001, disponible sur ([http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf)) (consulté le 16/01/2009)
- 9- La définition de la santé de l'OMS, Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 disponible sur (<http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>) \_ (consulté le 01/02/2009)
- 10- Kovess MV. *Precaire et sante mentale*. paris : Doin; 2001, 103 p.
- 11- Corbière M, Bordeleau M, Provost G, Mercier C. Obstacles à l'insertion socioprofessionnelle de personnes ayant des problèmes graves de santé mentale : données empiriques et repères théoriques. *Santé mentale au Québec* 2002; **27**(1): 194-217.
- 12- Barres M, Chanoit PF, Verbizier J, Association française de psychiatrie et de psychopathologie sociales. *le secteur, instrument de transformation du service publique en sante mentale*. Colloque Sectorisation et prévention en psychiatrie 1987 : France. Toulouse: Erès; 2002, 346 p.
- 13- Reynaud M, Lopez A. *analyse des liens entre l'évolution des institutions et les modèles psychiatriques sous jacents. Evaluation et organisation des soins en psychiatrie*. Paris: Frison-Roche; 1994, 475 p.
- 14- Désaliénation – Basaglia. Disponible sur (<http://www.autreliu.be/archives/textes/d%E9sali%E9nisme.htm>)\_(consulté le 01-02-2009).
- 15- Vidon G, Dubuis J, Leguay D, Habib M. Le mouvement de réhabilitation psychosociale: Une opportunité pour la psychiatrie française. Congrès La Réhabilitation Psychosociale en France : Etat des Lieux. Journée N°1, Angers, FRANCE. *Information psychiatrique* 1999;**75** (4): 347-412.

- 16- Rodary C, Leplège A, Hill C, évaluation de la qualité de vie dans la recherche clinique en cancérologie. *Bulletin du cancer* 1998 ; **85** (2):140-8.
- 17- medical outcomes trust. <http://www.outcomes-trust.org/instruments.htm> (consulté le 19 janvier 2009)
- 18- The SF community. <http://www.sf-36.org/> (consulté le 5 février 2009).
- 19- Lemperière T, Féline A, Adès J, Hardy P. *Psychiatrie de l'adulte*. Paris : Masson; 2006, 555p.
- 20- la fondation d'entreprise MGEN pour la santé publique. the state of mental health in the European union: Un rapport sur la santé mentale dans les pays de l'Union Européenne. 2004, Disponible sur (<http://www.fondationmgen.org/PDF/rapport%20eu.pdf>) \_ (consulté le 16/01/2009)
- 21- Cordier B. Massé G. *Aspects législatifs et administratifs de la psychiatrie*. Paris: Maloine;1996, 265p.
- 22- Jaeger M. *L'articulation du sanitaire et du social*. paris : Dunod ; 2000, 172 p.
- 23- Rose N. Foucault, Laing et le pouvoir psychiatrique. *Sociologie et sociétés* 2006; **38**(2), p 113-31.
- 24- OMS, charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. conférence internationale pour la promotion de la santé vers une nouvelle santé publique, Novembre 1986 ; Ottawa, Ontario, Canda, disponible sur ([http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2?language=French](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=French)) \_ (consulté le 01/02/2009).
- 25- Labbe E, Moulin JJ, Gueguen R, Sass C, Chatin C, Gerbaud L.un indicateur de mesure de la précarité et de la"sante sociale" : le score EPICES l'experience des centres d'examens de sante de l'assurance maladie. *Revue de l'IRES* 2007; **53**:2-49
- 26- Marmot M. the solid facts: the social determinants of health. *Health promotion journal of Australia* 1999; **9**(2):133-9.
- 27- Wresinski J. grande pauvreté et précarité économique et sociale. *journal officiel de la république française*. 1987 28 février 1987(N°6).
- 28- Loi n° 92-722 du 29 juillet 1992 portant adaptation de la loi no 88-1088 du 1er décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion et relative à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et professionnelle. Disponible sur (<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000358413&fastPos=1&astReqId=1028995887&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>)\_(consulte le 19/01/2009).
- 29- Vidon G. la réhabilitation dans tous ses états in: la réhabilitation psychosociale en psychiatrie. Paris: Frison-Roche; 1995.
- 30- Cofemer. Handicap - Évaluation – Réadaptation – Réparation médico-légale 2006 ; 6p disponible sur <http://www.cofemer.fr/www.cofemer.fr/UserFiles/File/Ha2DefHandi.pdf>-(consulté le 1/02/2009).
- 31- Shakespeare T, Watson N. The social model of disability: an outdated ideology?. *Research in Social Science and Disability* 2002; **2**:9-28.
- 32- Arveiller JP, Bonnet C. *au travail dans la communauté. Dans au travail... les activités productives dans le traitement et la vie du malade mental*. Toulouse: Erès; 1991.

- 33- Bachran LL. perspectives on work and rehabilitation. *Hospital and community psychiatry*. 1991;**42**(9):890-1.
- 34- Nadeau B. Le « case management » au carrefour de l'intervention clinique et communautaire. *Santé mentale au Québec* 1989;**14**(2):51-9.
- 35- Le petit Robert, dictionnaire de la langue française, paris : les dictionnaires LE ROBERT 1994 ; p 1070.
- 36- Loi n° 57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement professionnel des travailleurs handicapés. *Disponible sur* ([www.vie-publique.fr/documents-vp/loi-de-1957.pdf](http://www.vie-publique.fr/documents-vp/loi-de-1957.pdf))\_(consulte le 30/01/2009).
- 37- International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) disponible sur (<http://www.who.ch/icidadh>) \_(consulté le 24 /01/ 2009)
- 38- Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées disponible sur (<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&dateTexte=>)\_(consulté le 24/01/ 2009)
- 39- Arveiller J P, CB. *l'insertion du malade mental.une place pour chacun ou chacun à sa place ?*. Toulouse: Erès;1994.
- 40- Bonnet C. quelle est la place de la réinsertion dans la prise en charge à long terme des psychoses schizophréniques? stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques; Paris: Frizon Roche ; 1994 p. 381-98.
- 41- *Site du secrétariat d'Etat aux personnes handicapés.*  
[http://archives.handicap.gouv.fr/dossiers/etabserv/etabserv\\_etab128.htm](http://archives.handicap.gouv.fr/dossiers/etabserv/etabserv_etab128.htm) (consulte le 30/01/2009).
- 42- Weil D. les enfants psychotiques devenus adultes. *Nervure*. 1991;**4**(8):81-3.
- 43- *Site du secrétariat d'Etat aux personnes handicapés*  
[http://archives.handicap.gouv.fr/dossiers/etabserv/etabserv\\_etab122.htm](http://archives.handicap.gouv.fr/dossiers/etabserv/etabserv_etab122.htm) (consulte le 30/01/2009).
- 44- Muchembled. *Magie et sorcellerie en Europe du moyen âge a nos jours*. Paris: Armand 1997; 335 p.
- 45- Cherrier A., Palazzolo J., *Schizophrénie : l'annonce du diagnostic*, Paris : Editions In Press ; 2006, 186 p.
- 46- Pahlavi X. Réinsertion sociale ou professionnelle. l'exemple d'un atelier thérapeutique agricole. Nice: université de Nice; 1991.160p. non publiée.
- 47- TOSQUELLES F., *Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique* 1967; Paris: Scarabée, 87 p.
- 48- Doussinet. le retour du malade à la vie sociale. *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale Croix-Marine*. 1957 n°3.
- 49- Cnaan et al. Psychosocial rehabilitation: towards a definition. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1998; **11**: 61-77.
- 50- Lepoutre R. les huit clefs de la réhabilitation. *Pluriels- la lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale* Decembre 2005-Janvier 2006;**54/55**:2-13.
- 51- Fondation Suisse pour les Téléthèses, (<http://www.fst.ch>) \_ (consulte le 30/01/09)

- 52- association hospitalière Sainte Marie (<http://www.groupe-sainte-marie.fr/publication/>)\_ (consulte le 30/01/2009).
- 53- Fouchet M. *projet de service de pole sanitaire de réhabilitation psychosociale*.2008; 33p. non publiée.
- 54- Loesche F. *De la réhabilitation à la réinsertion socioprofessionnelle du schizophrène en passant par l'ATP*. Mémoire sur la schizophrénie-Diplôme Universitaire de Psychiatrie Clinique et Thérapeutique-Faculté de Médecine de Lille. 2006-2007; 3-26. non-publie.
- 55- Roure L, Jover F. une expérience de thérapie en milieu agricole: l'atelier thérapeutique agricole de Saint-André a Nice, *psychiatrie magazine* 1990; **3**:10-14.
- 56- Roure L, Jover F. les malades aux champs ... ou la création d'un atelier thérapeutique agricole. *Psychiatrie pratique du médecin*, 1989; **60**: 24-29.
- 57- Fouchet M. *projet de l'ATA 2007*. non publié
- 58- UNDP, Human development report 2008; disponible sur (<http://hdr.undp.org/en/francais/>)\_(consulte le 30 /01/2009)
- 59- World bank, World Development Indicators database 2008; disponible sur ([http://ddpext.worldbank.org/ext/ddpreports/ViewSharedReport?&CF=1&REPORT\\_ID=9147&REQUEST\\_TYPE=VIEWADVANCED&HF=N&WSP=N](http://ddpext.worldbank.org/ext/ddpreports/ViewSharedReport?&CF=1&REPORT_ID=9147&REQUEST_TYPE=VIEWADVANCED&HF=N&WSP=N)) consulte le 30/01/2009)
- 60- groupement d'intérêt public santé et protection sociale internationale. Disponible sur ([www.gipspsi.org](http://www.gipspsi.org))\_(consulté le 1/02/2009)
- 61- Chiffolleau S. La réforme du système de santé égyptien : un nouveau type de processus politique entre logique internationale et enjeux nationaux. Disponible sur ([www.gremmo.mom.fr/chiffolleau/SanteChiffolleau.pdf](http://www.gremmo.mom.fr/chiffolleau/SanteChiffolleau.pdf))-(consulte le 30/01/2009)
- 62- Alwan A, Hornby P .Les répercussions de la réforme du secteur de la santé sur le développement des ressources humaines,*Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80(1): 56–60.
- 63- Mental health information center, mental health secretariat, MOHP, monthly statistics 2007. Non publié.
- 64- Stuart H, Stigmatisation. Leçons tirées des programmes visant sa diminution. *Santé mentale au Québec* .2003; **28**(1): 54-72
- 65- Conférence ministérielle européen de l'OMS sur la santé mentale: Relever les défis, trouver des solutions. Helsinki (Finlande), janvier 2005
- 66- Al-Ahram Journal, disponible sur (<http://www.alzoa.com/docView.php?con=28&docID=65170>)\_(consulté le 10/01/ 2009)
- 67- institut national de prévention et d'éducation pour la santé INPES. Baromètre santé premiers résultats 2000, qualité de vie, santé mentale et environnement. Disponible sur ([www.inpes.fr/Barometres/pdf](http://www.inpes.fr/Barometres/pdf)) \_ (consulté le 1/02/2009).