

Mercredi 24 juin 2020 de 10h30 à 12h00

Comprendre l'impact des maladies invalidantes et identifier les ressources mobilisables

Avec l'intervention de

Mme Maryline Perrot, médecin généraliste algologue

Mme Evelyne Billot, ingénieure sociale

Centre George-François Leclerc.

Le webinaire débutera dans quelques instants...



Les prochaines rencontres du réseau

[COVID-19] : animation uniquement en webinaire

23 juin 2020 de 10h30 à 12h00 – «Webinaire spécial CFA Agefiph-FIPHFP» du Handi-Pacte Bourgogne-Franche-Comté

03 Juillet 2020 de 10h00 à 11h30 – Comité des Employeurs Publics du Handi-Pacte Grand Est : « La crise COVID-19 : premiers enseignements et perspectives »

Fabrice Geurts

Directeur territorial Handicap

FIPHFP Bourgogne-Franche-Comté

Direction Régionale Bourgogne-Franche-Comté



La prise en compte des maladies invalidantes dans le cadre professionnel

Docteur Maryline PERROT, médecin généraliste
algologue
Evelyne BILLOT, ingénieure sociale

Webinaire du 24 juin 2020

 **unicancer** BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ

 **CGFL**
CENTRE GEORGES
FRANÇOIS LECLERC
Ensemble, dépassons le cancer

- Présentation des troubles de santé invalidants
- Les répercussions de la maladie
- Le retour patient en consultation hospitalière
- Comment concilier traitement et travail ?
- Place aux questions

1. Les troubles de santé invalidants

Troubles de santé invalidants : définitions

- **Maladie chronique (OMS)** : problème de santé qui nécessite une prise en charge pendant plusieurs années, souvent associée à une invalidité et à la menace de complication grave
- Recouvre
 - Maladies non transmissibles : affection cardiovasculaires, cancer, diabète, SEP...
 - Maladies transmissibles : hépatites, VIH...
 - Maladies mentales : psychoses
 - Atteintes fonctionnelles : cécité, douleur chronique...
- 2 traits communs
 - La durée de la maladie
 - Obligation de la gestion de la chronicité dans toutes les sphères de la vie sociale

- Le handicap selon Wood (1980)
 - La **déficience** psychologique, physiologique ou anatomique : aspect lésionnel du handicap
 - L'**incapacité**, réduction partielle ou totale d'une capacité : aspect fonctionnel du handicap
 - Le **désavantage** pour l'insertion sociale, scolaire ou professionnelle : aspect situationnel du handicap
- Révision par l'OMS (2001) : rôle des facteurs environnementaux dans la situation de handicap
 - **La fonction organique** (fonction mentale, sensorielle, digestives...) faisant référence au domaine de fonctionnement corporel
 - **La structure anatomique** (structure du système nerveux, structure liée au mouvement,...) situant l'organisation physique en jeu
 - **L'activité et la participation** (activité de communication, de mobilité,...) identifiant les fonctionnements concernés
 - **Les facteurs environnementaux** (produit et système technique, soutien et relation,...) qui relie aux facteurs extérieurs potentiellement handicapants

- La situation de handicap résulte de la **rencontre entre une déficience et une situation de la vie courante, et les incompatibilités que cela implique du fait d'un environnement inadapté.**
- Confirmation de la dimension sociale et environnementale du handicap en 2005 avec la loi « *pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes* ».

Troubles de santé invalidants : définitions

- **Maladie invalidante** : maladie qui, de part ses effets sur l'organisme, peut générer un handicap, et évoluer dans le temps.
- Alors que les déficiences ont pour conséquence la limitation d'une fonction, qu'elle soit sensorielle, motrice ou mentale, la maladie invalidante entraîne une **restriction d'activité**, qu'elle soit liée à aux conséquences de la maladie elle-même ou à ses traitements.
- L'activité ainsi réduite peut porter sur l'activité motrice, la quantité de travail à accomplir, la durée ou l'intensité pour le réaliser.
- **Invalidité juridique** : ce qui va réduire les capacités de travail ou de gain.
- Diminution de la performance au travail pouvant aboutir au déclassement, à l'inaptitude, au reclassement et/ou au licenciement.

- 10 millions de personnes sont concernées par le handicap, soit **un quart de la population en âge de travailler**.
 - 2,5 millions de personnes de 18 à 64 ans déclarant avoir une RQTH (étude Handicap et santé auprès des ménages 2008).
 - 10 millions de personnes bénéficiant du dispositif d'affection de longue durée ALD (96% ALD 30, 7% ALD hors liste, 1 % au titre de la polyopathie invalidante).
- ⇒ Les effets de la disqualification sociale, liée au dévoilement d'une maladie, ainsi que le bénéfice de prestations sociales semblent détourner les potentiels bénéficiaires de ces dispositifs.
- ⇒ Déni collectif s'appuyant sur la représentation de la maladie qui est considérée comme incompatible avec le maintien des activités professionnelles (arrêt de travail pour arrêt maladie).

- Maladie chronique associée à un risque accru d'incapacité professionnelle, de limitation de l'activité, de perte / changement d'emploi et d'absentéisme au travail.
- Les affections de longue durée engendrent des inégalités en terme de participation au marché du travail, de sous-emploi, de durée de travail et de départ prématuré à la retraite.
- Inégalités non compensées malgré les dispositifs de protection sociale.
- Véritable amplificateur des inégalités socio-économiques.

La majorité des patients atteints de maladie chronique souhaite poursuivre une activité professionnelle pour diverses raisons :

- raisons financières
- intérêt que peut revêtir l'activité et les relations au travail
- aussi comme un puissant instrument de dégagement de l'emprise de la maladie et de l'enfermement dans le statut social de malade

2. Les retentissements de la maladie

« Une allure de vie réglée par des normes vitales dépréciées »

Georges Canguilhem, médecin et philosophe

Etude VICAN 5, INCa

Données sur les conditions de vie et sur la qualité de vie des personnes à échéance de 5 ans après le diagnostic

- Fatigue
- Gènes dans le mouvement
- Douleurs
- Troubles du sommeil
- Troubles de la mémoire
- Troubles de la concentration
- Modification des sensibilités du corps / Transformation de la mémoire des capacités physiques

Difficulté d'estimation / Fluctuation des symptômes

- 48,8 % des hommes / 52,6 % des femmes sont **limités dans leur activité physique**.

Ces limitations sont moins fréquentes qu'à deux ans du diagnostic.

Mais elles concernent plus souvent les jeunes et les personnes confrontées à des difficultés matérielles et professionnelles.

Extrapolation aux maladies chroniques non cancéreuses

- 48,7 % des personnes souffrent d'une **fatigue** cliniquement significative. Cette proportion est similaire à celle observée à deux ans du diagnostic.

Elle est aussi plus marquée

chez les femmes (56,5 % versus 35,7 % parmi les hommes),
chez les personnes les plus jeunes et celles qui se trouvent en situation de précarité.

- La fatigue des femmes s'explique aussi par le maintien de l'ensemble de leurs fonctions sociales VS les hommes qui se concentrent sur l'activité professionnelle

- 73 % des personnes ont ressenti des **douleurs** au cours des quinze derniers jours.
Dans 35,3 % des cas, ces douleurs ont un caractère neuropathique.
Elles sont généralement installées depuis de longs mois.
Elles perturbent le sommeil.
Elles altèrent l'ensemble des activités quotidiennes
et elles contribuent à rendre l'insertion professionnelle plus difficile.
- 32,5 % des personnes rapportent une dégradation persistante de leur **qualité de vie mentale**.
Cette prévalence est très proche de celle observée à deux ans du diagnostic. Elle est plus marquée pour certaines localisations cancéreuses : col de l'utérus, voies aérodigestives supérieures, thyroïde.
- 46,1 % des personnes rapportent des **troubles anxieux** et 16,8 % des **troubles dépressifs dont l'origine peut être multifactorielle dont**
Douleurs
Problématiques socio-économiques notamment

Les retentissements psychiques de la maladie

- Le travail psychique de la maladie
 - L'expérience d'une rupture biographique
 - L'arrivée de nouvelles fragilités consécutives à la maladie
- A l'annonce de la maladie grave
 - L'idée de finitude*, rupture des rythmes sociaux, les premiers questionnements : comment préparer son absence du travail ?
 - L'entrée dans *la carrière de malade* : mesure nouvelle de ses capacités physiques et de ses performances
 - La suspension temporelle liée à l'avancée dans la maladie
- Transformation identitaire profonde
 - De l'identité de « *malade* » : organisation sociale personnelle centrée sur le soin
 - A une identité de « *soigné* » : *métamorphose identitaire* qui passe par des turbulences émotionnelles intenses
 - Le *paradoxe de la réintégration* : le retour à la normalité du sujet transformé et décalage avec son environnement

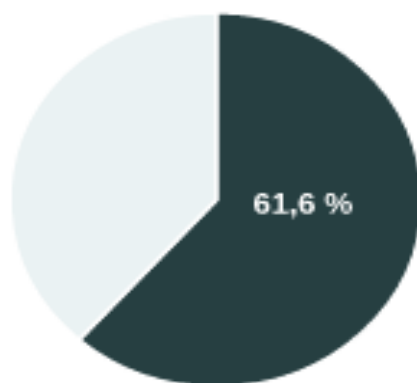
L'instauration d'une nouvelle dynamique psychique
Une nouvelle allure de vie



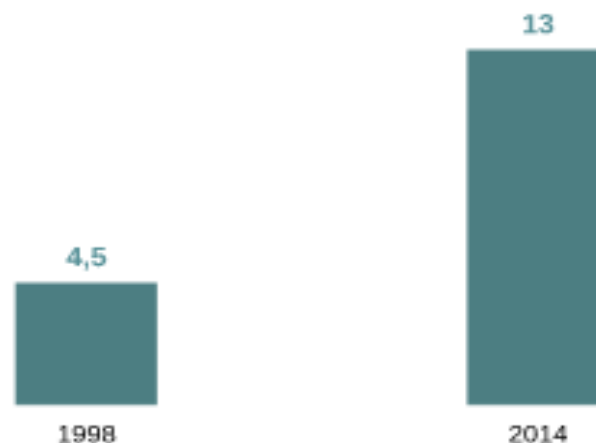
UNE HAUSSE DES DÉPENSES D'ALD QUI EXERCE UNE PRESSION SUR LA COUVERTURE DES SOINS

16,6 % de la population sont couverts au titre d'une **affection de longue durée** (ALD), qui donne droit, pour la pathologie concernée, à une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie et à l'exonération des tickets modérateurs et franchises

Une part prépondérante des ALD dans les remboursements de l'assurance maladie (2014)



Une forte progression du coût du dispositif des ALD (en Md€)



Source : Cour des comptes

Incidences socio-économiques sur le plan individuel

- **Baisse des revenus**

26,3 % des personnes ont vu leurs revenus baisser.

Les personnes les plus concernées

Celles qui ont perdu leur emploi depuis le diagnostic,

Celles qui exerçaient un métier d'exécution

Les travailleurs indépendants,

Celles qui rapportent des séquelles importantes.

Etude Vican 5, INCa

- Survenue de nouvelles dépenses de santé et nouveaux besoins à domicile
- Incidence de précarité socio-économique

- **La complexité des démarches administratives**

Des démarches souvent longues, complexes et épuisantes

Obstacles pour accéder aux droits

Un sentiment d'injustice et vécu du parcours du combattant

15 % des personnes interrogées abandonnent les démarches entreprises.

Or, le fait de ne pas renoncer à ses droits à cause d'obstacles administratifs est associé à un bien meilleur vécu du parcours de soins,

comparativement aux personnes qui ont abandonné certaines démarches.

Rapport 2018/2019 de l'observatoire sociétal des cancers, Ligue contre le cancer

Perte d'emploi

- 20 % des personnes âgées entre 18 et 54 ans et en emploi au diagnostic, ne travaillent plus cinq ans après.

La perte de l'emploi occupé au diagnostic concerne davantage

Les personnes réputées les plus vulnérables sur le marché du travail

Les moins de 40 ans et les plus de 50 ans

Les personnes les moins diplômées, celles ayant peu d'expérience

Qui ont un contrat de travail précaire

Les salariés sont plus touchés que les indépendants.

- Parmi les personnes en emploi au diagnostic,
 - 54,5 % ont gardé le même emploi
 - 17,4 % en ont changé
 - 5,9 % sont au chômage
 - 7,5 % en invalidité
 - et 13 % à la retraite.

Risque de dévalorisation sociale et intégration d'une situation infériorisée

Etude Vican 5, INCa

Incidences professionnelles provoquée par la maladie

- Mise à l'arrêt du travail
 - Rupture dans le parcours professionnel
 - Risque de rupture du lien et perte des relations avec le milieu de travail
 - Sentiment de solitude et isolement social
- Corrélation entre la durée de l'arrêt de travail et la perte d'employabilité
- Corrélation entre la CSP et la durée de l'arrêt de travail
- A l'issue de l'arrêt de travail
 - Issue défavorable de la mise en invalidité
 - Changement de statut administratif et vécu de double peine
 - Nouvelle baisse de niveau de revenus
- Risque d'exclusion professionnelle et sociale

3. Retours des patients en consultation hospitalière

- Cancer = maladie chronique avec le risque de létalité
- Représentations possiblement négatives dans le milieu du travail
- Rémission \neq guérison
- Épée de Damoclès

- Trajectoire simple : modèle idéal

Diagnostic, traitement (arrêt de travail possible), guérison sans stigmates.

- Trajectoire invalidante

Le travail thérapeutique a pour effet d'éradiquer la pathologie cancéreuse en laissant toutefois des stigmates définitifs.

Problème majeur : maîtriser dans la longue durée le handicap lié au cancer.

- Trajectoire simple puis décroissante : maladie que l'on a pu considérer guérie après un traitement mais qui, au bout d'un temps plus ou moins long, se déclare à nouveau, illustrant ce qu'on appelle en cancérologie **une récurrence**,

⇒ Première période de rémission

- Le malade a recouvré un état semblable à celui dans lequel il se trouvait avant de tomber malade.
- Cela peut laisser penser que le malade est à priori guéri puisque tous les symptômes de sa maladie ont disparu.

Il a quitté l'institution médicale et retrouvé ses activités antérieures sans stigmates organiques.

⇒ Lors de la rechute

- Nécessité d'apprendre à vivre avec sa maladie jusqu'en des termes qu'il sait ne pas contrôler.
- Les épisodes de rémission = états récurrents fluctuants puis de plus en plus déclinants, avec des répits ponctuels qui conduisent inexorablement au décès du patient.

- Trajectoire décroissante

- Jamais de retour à l'état antérieur de bonne santé
- Etapes de stabilité sans complication
- D'aggravation en aggravation, conduisant à la mort
- Trajectoire particulièrement problématique : chaque nouvelle étape thérapeutique engage de nouveaux traitements

D'où appréhensions et incertitudes

- La rémission s'apparente, dans ces trajectoires, non à la disparition de symptômes mais à leur accalmie temporaire

- Trajectoire sans réponse

- Aucun traitement n'est efficace, à quelque moment que ce soit
- Absence de rémission
- Traitements fortement iatrogènes, diminution de l'intégrité physique sans savoir si c'est le fait des traitements, de la maladie ou des deux
- Trajectoires éprouvantes avec incertitudes importantes

- La trajectoire à réponse différée
 - Trajectoire d'abord sans réponse qui connaît un succès après un changement de thérapie
 - Source de grande satisfaction après avoir été, dans un premier temps, source de grande incertitude
 - La rémission dans ces trajectoires s'apparente à celle des trajectoires ascendantes

- Le cancer constitue une rupture identitaire, une métamorphose durable du soi devant l'incertitude de la guérison.
- La maladie chronique et le cancer notamment pousse la personne à développer des compétences nouvelles rarement mises à profit : il s'agit du travail de santé.
- Capacité organisationnelles, meilleure prise en compte de soi et donc des autres, maturité dans les échanges.

- Epreuve de la différence aux autres lors de la reprise du travail : se sentir vulnérable quand tout au travail pousse à masquer cette vulnérabilité, ne pas pouvoir suivre le même rythme (changement de temporalité), ne plus adhérer aux mêmes objectifs qu'avant.
- Epreuve de la différence compliquée par le déni des autres qui attendent un retour « comme avant », surtout quand les séquelles sont invisibles.
- La double face du travail : il menace une santé déjà fragilisée et en même temps est instrument de lutte contre la maladie.

- Invisibilité de la pathologie et donc du handicap qu'il en résulte
- Méconnaissance de la physiopathologie et de la prise en charge par le corps médical qui sous-estime la problématique
- Sentiment d'abandon de la personne par le corps médical
- Sentiment de dévalorisation et culpabilité à ne pas pouvoir assurer son activité professionnelle
- Ressentiment et incompréhension : le milieu du travail ne reconnaît pas les efforts prodigués par la personne douloureuse.

- Le retour au travail met la **place** au cœur du questionnement
 - Place perdue
 - Place à reconquérir
 - Place à reconstruire
 - Place à déplacer
- Avoir une place c'est être quelqu'un dans l'entreprise ou l'institution
- Retrouver la place répond à 3 exigences :
 - Exigence de sens
 - Exigence de reconnaissance
 - Exigence de préservation d'un équilibre entre les différents sphères de la vie

- Nécessité d'anticiper le retour au travail d'autant plus si le poste a été supprimé ou si la personne a été remplacée
 - Possible réactivation du sentiment de mort dans la pathologie cancéreuse ou d'inutilité dans les maladies chroniques notamment la douleur chronique.
- Mort sociale que réalise cet effacement, suivie du retour avec la présence d'un remplaçant complique la reconstruction de la place perdue.
- Ne pas avoir l'impression que
 - L'on me donne un poste par pitié
 - On me crée un poste sur mesure
 - Ou qu'il existe une consigne de ne pas donner de responsabilité du fait de la maladie

- La mise en concurrence entre souci de soi et souci du travail bien fait est une caractéristique majeure des configurations organisationnelles actuelles.
Elle est particulièrement délétère pour ceux qui vivent avec une maladie chronique
- Cela sous-tend la divulgation ou non du statut de malade
Chez certains on observe une stratégie d'évitement cognitif pour oublier complètement ce qui fait problème. La totale mise à l'écart de la maladie est porteuse d'une croyance de protection.
- D'autres patients vont partiellement diffuser l'information aux tiers dans un but de sauvegarder le cadre habituel du travail. L'absence de renvoi de l'image de malade conforte dans la décision de discrétion et de bien-fondé du maintien de son activité
- D'autres patients font le choix d'annoncer clairement et sans distinction d'interlocuteur leur maladie, ce qui est vécu pour elle comme positif et source d'un climat de confiance.

- Taire la maladie c'est donc résister au statut de malade. Dans le monde du travail cette catégorie n'a pas sa place. Le malade est en arrêt maladie et temporairement hors travail.
- Il est toujours suspect :
 - soit de faire usage de sa pathologie déclarée pour se soustraire aux contraintes du travail qui s'imposent au autres
 - soit de ne plus faire preuve de la fiabilité attendue, génératrice de précarité dans l'organisation et les relations de travail.
- Dévoiler sa maladie au travail c'est donner à voir une vulnérabilité, une levée de tabou rendant ainsi possible la prise de parole et l'échange au sein du collectif.
- Cependant, le collectif de travail peut adopter des mécanismes de projection en réponse au sentiment de malaise provoqué par l'irruption de la maladie dans le milieu de travail qui n'y est pas préparé.
- Le malade introduit du désordre (défaut de confiance, réduction de la prévisibilité, inégalité de traitement, charge de travail supplémentaire pour les autres...)

- Du fait de leur maladie les patients ressentent une culpabilité de faire porter à leur collègues une charge de travail supplémentaire ce qui engendre une auto-dévalorisation.
- La fatigabilité est également source de culpabilité et de mésestime de soi.
- Enfin les périodes d'indisponibilité en lien avec les recrudescences des symptômes ou la traitements interviennent également négativement sur l'image que les patients ont d'eux-mêmes.

4. Comment concilier traitement et travail ?

L'importance de l'anticipation de la réintégration de l'agent

Eviter le décrochage professionnel

La variété des trajectoires professionnelles

- Schéma de la trajectoire professionnelle qui diffère du parcours de soin
- L'influence du contexte
 - L'augmentation des dépistages précoces et l'amélioration des traitements
 - La chronicisation des maladies
- Le rôle du corps médical
 - La prise en compte de la vie « hors les soins »
 - L'adaptation des soins à l'activité professionnelle et inversement
- Le rapport au travail entretenu par le maladie
 - Le travail comme agent de socialisation
 - Le travail comme facteur d'intégration sociale
 - La centralité du travail dans l'identité
 - Le travail comme producteur de reconnaissance
 - La fonction structurante du travail : repères temporels, spatiaux
- La question déterminante de l'attribution de la maladie

La consultation d'aide à la reprise du travail

- Consultation hospitalière pluridisciplinaire : médecin de santé au travail, psychologue clinicienne et assistante sociale
- A tout moment dans la prise en charge médicale
 - Sentiment d'abandon à la fin des traitements
- Aide à l'élaboration du projet de reprise d'activité
 - Identification des difficultés persistantes et des motivations à la reprise
 - Soutien dans la levée des freins et des peurs
 - Orientation vers les professionnels et les bons interlocuteurs
 - Conseils et informations
 - Clarifier le rôle des différents acteurs impliqués
 - Trouver le bon moment pour reprendre et freiner l'impatience
 - Valoriser l'acquisition de nouvelles compétences
- Acter la fin de la routine des soins avec reprise en main du cours de sa vie
- Invitation à l'indulgence du malade pour son environnement de travail

- **Du point de vue de l'agent**
 - Se projeter dans un avenir qui n'est plus barré
 - Dépasser des sentiments négatifs générés par l'absence au travail et le report de la charge de travail sur les collègues
 - Evaluer le climat et les potentiels soutiens sociaux spontanés
 - Estimer les qualités de l'environnement de travail
 - Tenir compte des contraintes des procédures administratives liées à l'octroi de congé
- **Du point de vue de l'administration employeur**
 - Désamorcer les représentations négatives
 - Besoin d'intercompréhension
 - Gérer les problématiques de remplacement des agents absents
 - Faire face aux éventuels dysfonctionnement de l'organisation de travail
 - Concilier l'exigence de performance et qualité de vie au travail

NOTE D'INFORMATION

LA VISITE DE PRE-REPRISE :

UNE VISITE TROP MECONNUE, UN OUTIL INCONTOURNABLE POUR
LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

**Vous êtes en arrêt de travail de plus de trois mois
et vous vous interrogez sur votre reprise :**
**VOUS POUVEZ DEMANDER UNE VISITE DE PRÉ-REPRISE
RÉALISÉE AUPRES DE NOTRE MEDECIN DU TRAVAIL**

Quand la demander ?

À tout moment,
pendant votre
arrêt de travail

Pourquoi la demander ?

Afin d'échanger sur votre situation
et d'être accompagné au mieux
pour la préparation à votre
retour à l'emploi

Qui peut la demander ?

- Vous-même
- Votre Médecin Traitant
- Le Médecin Conseil de
la Sécurité Sociale



Cette visite ne donne pas lieu à la délivrance d'une aptitude au poste de travail. Elle a pour objectif de préparer votre reprise du travail en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire et votre employeur.

Vous pouvez contacter notre Médecin du travail :

cellulepdsistvo@groupe-heloise.com

La visite à la demande

Inciter à demander une visite de
pré-reprise

Rôle pivot du médecin de
prévention et du médecin traitant

Faciliter les conditions de retour
au travail

Concertation entre l'agent, le
médecin du travail et
l'administration (cadre, RH, AS,
réfèrent Handicap...)

Adaptation et aménagement du
poste de travail et des conditions
de travail

Echange sur les conditions de
reprise

Fluidification du parcours de
l'agent

Les outils de la reprise : le temps partiel thérapeutique

- 24 % des salariés parmi ceux en emploi au diagnostic ont repris à temps partiel thérapeutique.

Parmi les salariés, le temps partiel thérapeutique survient en moyenne 17 mois après le diagnostic et il est plus fréquent pour les femmes.

Etude VICAN 5, Inca

- L'intérêt de la reprise progressive « marche par marche » à 50 % à minima
- La limite du TPT à 12 mois pour une même affection
- Le risque de se laisser déborder en cas de charge de travail inadaptée
- La nécessaire vigilance sur la réussite du TPT car les séquelles sont parfois invisibles et peuvent provoquer de nouvelles difficultés
Risque de surinvestissement et d'épuisement
- L'intérêt du plan formalisé et individualisé de retour à l'emploi
Suivi régulier par l'encadrement / RH / Médecin de prévention

- Raisons de la mobilisation du congé fractionné
 - Concilier poursuite des traitements longs et poursuite de l'activité
 - Contexte des contraintes de l'organisation de travail / lieu de soins
- Les difficultés dans la mise en place de ce dispositif
 - Méconnaissance du dispositif par les agents
 - Nature des soins « validés » par le Comité Médical
 - Evolution des traitements peu prise en compte
 - Le caractère imprévisible du cancer : maladie à rebondissements

Autre outil : la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

- Représentation négative dominante
 - Maladie VS Handicap
 - Durabilité des séquelles
- Les difficultés dans l'acceptation de passer le pas pour déposer une demande
 - Nécessité d'explicitation
 - Appropriation de la qualification TH
 - Une nécessaire utilité réciproque
- Les aides pour soutenir au maintien dans l'emploi
 - Activation de dispositifs facilitateurs du MDE
 - Financement de l'adaptation du poste / Reclassement interne – externe / Formation

En conclusion : valorisation de l'expérience de la maladie invalidante

- L'acquisition de nouvelles compétences par l'expérience
 - La gestion du stress et des imprévus
 - La gestion des priorités et des urgences
 - Les compétences humaines : l'empathie et la posture constructive
- L'expérience de la résilience
 - La confrontation à l'idée de sa propre mort invite au dépassement
- Le développement de la *force mentale*
 - L'engagement en tant que persévérance
 - Le défi en tant qu'apprentissage dans de nouvelles situations
 - Le contrôle en tant que régulation des émotions
 - La confiance dans ses capacités et confiance interpersonnelle
- La *flexibilité psychologique*
 - La capacité de continuer à poursuivre des buts et à agir selon ses valeurs malgré les difficultés
 - La détermination dans le développement des projets

Peter Clough, professeur de psychologie à l'Université de Huddersfield (RU)

Place à vos questions



Prochains rendez-vous :

23 juin 2020 de 10h30 à 12h00 du Handi-Pacte bourgogne-Franche-Comté – Webinaire spécial CFA Agefiph- FIPHFP.

03 Juillet 2020 de 10h00 à 11h30 – Comité des Employeurs Publics du Handi-Pacte Grand Est :

« La crise COVID-19 : premiers enseignements et perspectives »