

Insertion professionnelle des personnes atteintes de troubles psychiques: analyse de cas

Les troubles psychiques ont généré une forte augmentation du nombre de rentes AI entre 1990 et 2004. Il restait à savoir pourquoi. Plusieurs études ont traité cette délicate question dans le cadre du programme de recherche sur l'invalidité. Ainsi, l'analyse des dossiers de Baer/Frick/Fasel (2009) a permis d'identifier des facteurs de risque favorisant la mise en invalidité pour raisons psychiques: elle a constaté entre autres que les médecins, durant la période étudiée (1992-2006), n'ont que rarement examiné les assurés par rapport au marché de l'emploi ou jugé leur capacité de travail ou fonctionnelle du point de vue assurantiel. D'où l'absence fréquente d'indications pourtant utiles à une réadaptation rapide des assurés. L'étude réalisée par l'équipe des cliniques psychiatriques universitaires bâloises vient compléter ces résultats quantitatifs par une enquête et une évaluation qualitatives.

nelle des personnes présentant des troubles psychiques, de façon à leur éviter le passage à la rente AI et à favoriser leur prise en charge sur le marché du travail. Elle devait répondre aux questions suivantes:

1. Quels facteurs favorisent ou empêchent la réinsertion professionnelle des malades psychiques?
2. Comment se passe la collaboration entre les professionnels là où plusieurs institutions interviennent (problématique des interfaces)?
3. Quels enseignements peut-on en tirer pour la prévention?

Echantillons

45 patients et patientes ayant été hospitalisés dans une clinique universitaire bâloise (UPK) et formant un échantillon hétérogène, en termes d'âge et de diagnostic psychiatrique, ont été interrogés sur leur santé et leur situation professionnelle dans le cadre de quatre entretiens au maximum. Pour pouvoir explorer de manière exhaustive le champ de la problématique, nous avons inclus dans l'étude aussi bien des personnes qui travaillaient encore au moment du traitement que des personnes touchées par l'invalidité qui avaient déjà perdu leur emploi, touchaient une rente AI et/ou avaient suivi ou suivait des mesures de réadaptation.

Pour analyser l'évolution de la maladie et le déroulement de la réadaptation, et pour compléter et valider les déclarations des intéressés, nous avons également pris en compte l'avis de 40 personnes exerçant différentes fonctions d'*encadrement* au sein du système de prise en charge impliqué.

Nous avons en outre constitué un échantillon de 24 experts en droit des assurances et en réinsertion professionnelle afin d'évaluer les diagnostics



Henrike Winckel

Cliniques psychiatriques universitaires de Bâle



Barbara Laskowska



Jörg Herdt

Contexte

Le nombre de personnes qui touchent une rente AI en raison d'un handicap psychique a doublé ces dix dernières années. La 5^e révision de l'AI a donc eu pour but de contrecarrer cette tendance en remettant au premier plan le principe: « la réinsertion prime la rente ». Parallèlement, dans le cadre de son programme de recherche sur l'invalidité (PR-AI), l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) soutient des études ayant

pour but, d'une part, d'analyser les causes de l'invalidité et, d'autre part, d'améliorer l'effet préventif et intégrateur des mesures d'ordre professionnel et des lois correspondantes. L'étude dont il est ici question en fait partie.

Objectifs et questions posées

L'étude avait pour but d'identifier des éléments susceptibles de prédire le succès de la réinsertion profession-

et les interventions, la problématique des interfaces qui y est associée et de mettre en évidence les approches intéressantes en termes de capacité de travail et de gain dans le domaine de la prévention et de la réinsertion.

Méthodologie

Le projet est une étude longitudinale abordée sous l'angle qualitatif. Le suivi des cas a été limité à 18 mois.

Tous les entretiens ont été enregistrés et retranscrits par voie informatique en vue d'une analyse de contenu selon la méthode de Mayring (2003). Plusieurs étapes de l'analyse ont été assistées par ordinateur afin de réduire et d'abstraire les données, de façon à en obtenir une traduction généralisable (codage) et une subdivision théorique (catégorisation). Ainsi identifiés et généralisés, les facteurs agissant sur les processus de réadaptation et les relations avec les interactions (notamment professionnelles) analysées ont été structurées sous forme de listes de codes thématiques, susceptibles de servir d'instrument d'analyse dans d'autres enquêtes.

Résultats et conclusions

Tout en apportant un éclairage complémentaire, ces résultats de l'analyse de contenu confirment ceux des recherches antérieures sur les facteurs de risque et les chances de réinsertion professionnelle. Ces recherches étaient jusque-là plutôt d'ordre quantitatif (comme l'analyse des dossiers réalisée par Baer/Frick/Fasel en 2009). Notre analyse cas a permis d'identifier des liens concrets explorables, ainsi que de nouveaux aspects n'ayant pas encore été pris en compte dans la réadaptation professionnelle des personnes atteintes de troubles psychiques. Pour ce qui est du diagnostic, des programmes d'insertion, du placement et de l'encadrement de ces personnes, nous avons pu

déduire des critères qualitatifs utiles aux professionnels et formuler diverses recommandations pour prévenir le « décrochage » professionnel et les risques pour la santé et la capacité de travail.

Première question

Les **facteurs qui favorisent ou empêchent** la réinsertion professionnelle relèvent de trois domaines : la personne assurée elle-même, les conditions de travail et de soutien, et l'environnement social des assurés.

Au sujet des **facteurs personnels**, les décisions touchant le traitement et la réadaptation ne devraient pas mettre l'accent sur les comportements observables de la personne, mais sur son *ressenti*, qui peut être considérablement modifié par les atteintes psychiques qui l'affectent. La prise en compte du point de vue des sujets devrait notamment permettre de généraliser les particularités des processus cognitifs des malades ; ces processus subjectifs, par lesquels les malades traitent l'information, exercent une influence considérable sur leur façon de vivre, de moduler et de juger les situations où il est question de performance. Ces façons qu'ont les intéressés *de ressentir et de penser*, parfois induites par les troubles et donc instables (satisfaction par rapport au traitement, exigences trop élevées vis-à-vis de soi-même, focalisation sur les performances, attente de l'échec, etc.), expliquent en partie les comportements observés au cours de la thérapie et de la réadaptation ; elles donnent des indications sur le soutien dont a besoin chaque individu : celui-ci ne devrait pas toujours viser, dans un premier temps, à améliorer les performances.

Après analyse de l'évolution des cas, y compris du point de vue des experts, l'âge, le stade de la maladie et la qualification professionnelle se sont avérés des facteurs personnels objectifs non déterminants quant à la réussite de la réadaptation ; ils consti-

tuent au mieux un indicateur des ressources qu'ils confèrent (capacité d'adaptation, volonté de faire des efforts ou aptitude à apprendre). Pour atteindre un degré de précision plus élevé dans la liste des codes, nous avons donc classé les difficultés découlant de la maladie en plusieurs *domaines fonctionnels en lien avec le travail*. Ceux-ci devraient être considérés comme des *critères* à utiliser, de façon répétée et en fonction de la situation, pour *le diagnostic et le traitement de l'incapacité de travail et de gain*. L'examen des motifs du traitement, de la réadaptation ou encore d'une demande de rente suppose en effet que l'on *considère à fond et de manière répétée* les cognitions découlant de la maladie, ainsi que les motivations, les attentes et les peurs en lien avec le travail, en prenant en compte le vécu sur lequel elles reposent.

Dans le domaine des **conditions de travail et de soutien**, l'accent a été mis non seulement sur une organisation personnalisée et plus souple du travail et sur certaines activités généralement considérées comme favorables à la santé par la psychologie du travail et de l'organisation, mais aussi sur les *caractéristiques sociales des instructeurs* en tant que principaux facteurs d'influence en termes de santé et de performances. Les études de cas ont en effet permis d'identifier des améliorations à apporter au niveau du marché du travail (primaire et secondaire), surtout en ce qui concerne les *méthodes et les compétences sociales* des supérieurs hiérarchiques et des instructeurs. Comme mesure concrète de prévention et d'intervention, nous proposons un *entretien qualifié dirigé par les collaborateurs*, dans le cadre duquel tous les partenaires participant à la réinsertion puissent conclure des accords conformes aux objectifs et décider des contrôles à réaliser.

L'**environnement social** comporte des facteurs de stress influençant la santé et les chances de réinsertion des personnes atteintes de troubles psychiques, et susceptibles de provoquer des rechutes. Pour le travail thérapeu-

tique, il est donc conseillé de *prendre en compte cet environnement suffisamment tôt*, en y intégrant notamment les relations de couple, l'éducation des enfants et les relations amicales. De même, les *ressources* qu'il recèle, comme le soutien de la famille et des amis, pourraient être mieux intégrées à la prise en charge de la réadaptation, car elles facilitent la détection précoce et la stabilisation des symptômes.

Deuxième question

La liste de codes établie en réponse à la deuxième question – **problématique des interfaces** – caractérise les structures et les procédures, ainsi que leur évaluation, à l'intention des différents acteurs. De manière générale, nous avons repéré de nombreux processus dans lesquels on laisse passer beaucoup de temps et d'occasions avant de réagir à la problématique globale. On ne peut pas encore parler de *détection précoce* au moment du dépôt de la demande, même si les intervenants connaissent en théorie les instruments de l'AI censés servir à la détection et à l'intervention précoces (DIP). D'une part, ils n'en savent ni les effets ni l'efficacité et n'ont pas confiance – même certains spécialistes – dans les objectifs et les procédures de l'AI. D'autre part, au moment du dépôt de la demande, la maladie et ses conséquences ont le plus souvent déjà eu le temps de s'installer, alors qu'il faudrait mettre en œuvre les *mesures de prévention primaire* dès l'école ou la formation, et améliorer la sensibilisation et la qualification des médecins généralistes. *A l'hôpital*, la question du travail est abordée trop tardivement ou marginalement, alors même que les patients estiment qu'il y aurait *quelque chose à faire*, sachant qu'ils seront d'une manière ou d'une autre confrontés, après l'hospitalisation, à un reclassement ou à une réorientation, ou parce qu'ils ont des doutes quant à leurs performances et à leurs relations professionnelles. Pour la reprise d'un emploi existant, *l'aide*

au placement doit faire preuve de doigté lorsqu'il s'agit de parler du problème et d'aménager le poste de travail. Les *démarches des services sociaux des hôpitaux* paraissent adaptées aux besoins et à la situation, mais elles arrivent souvent trop tard et ne semblent pas avoir pour but de trouver une solution à long terme lorsqu'elles portent sur des phases de transition, pourtant ressenties comme critiques. Les *possibilités d'examen et d'entraînement* en milieu hospitalier dans le cadre de la réadaptation au travail offrent à quelques patients un champ d'expérience et d'action utile, mais elles ne servent pas encore suffisamment à mettre en place des mesures visant le long terme. Globalement, les *connaissances médicales et thérapeutiques*, tant en interne qu'entre institutions, ne semblent pas suffisamment mises en relation avec le *côté pratique de la réadaptation*, ce qui complique le transfert de ce qui a été appris. Une plus grande transparence des structures d'information et une répartition plus claire des compétences pourraient améliorer cette situation, et une *gestion par cas* éviterait un certain nombre de problèmes tels que les compétences mal définies ou changeantes, les flux d'information déficients et le retrait trop brutal des aides.

A différents niveaux, il serait souhaitable que la façon de procéder pour les examens et l'accompagnement de la réinsertion soit *plus personnelle et transparente*. L'AI répondrait mieux aux particularités psychosociales des personnes atteintes de troubles psychiques si elle attribuait des *interlocuteurs fixes* à chaque cas pour intensifier son accompagnement et l'axer davantage sur le long terme.

En ce qui concerne les mesures de réinsertion, les bénéficiaires de prestations AI ne parviennent que difficilement, et rarement, à se faire une place sur le marché primaire du travail avec les capacités qu'ils ont acquises ou stabilisées dans le secteur protégé. Un *jobcoach* est la personne toute désignée pour répondre au besoin, car

l'accompagnement devrait être permanent et confié à des personnes de référence familières du domaine, connaissant la réalité du terrain et insérées dans un réseau. Ce coaching ne devrait donc pas dépendre des compétences propres à chaque institution, mais de la situation personnelle et professionnelle des intéressés (« *orientation personne* » et non pas « *orientation structure* »).

Troisième question

Les **mesures préventives** comprennent des mesures *stratégiques, organisationnelles et structurelles* et, d'autre part, des *mesures pratiques d'aide* à la personne. En matière de réadaptation, nous recommandons le diagnostic/l'expertise en lien avec la capacité de travail, la gestion par cas, les mesures pédagogiques mises en œuvre dans le cadre professionnel pour la prévention et l'amélioration de la capacité de travail, les thérapies et les mesures relevant de la socio-pédagogie et du travail social, le tout dans le but d'améliorer la santé et les performances. Les améliorations sont à apporter aux niveaux politique, économique, sociétal, thérapeutique, dans la prise en charge en vue de la réadaptation, dans les entreprises de réinsertion ou dans celles du marché primaire de l'emploi, dans l'organisation du développement et des processus de l'AI et, enfin, dans le réseau de prise en charge sociale en général.

- Grâce aux critères de qualité définis pour le *diagnostic et l'expertise*, les structures et les contenus doivent permettre une instruction valable, efficace et proche de la pratique. L'instruction devrait être axée sur la réadaptation, utiliser plusieurs méthodes, adopter une approche interdisciplinaire et porter sur les différents domaines fonctionnels influant sur les performances. Pour les décisions relatives à la réadaptation, l'AI doit mieux prendre en compte la compétence technique et la connaissance de la personne ex-

pertisée que possèdent les médecins, les thérapeutes et les spécialistes de la réadaptation, et impliquer les intéressés eux-mêmes. Afin d'optimiser le placement, il faudrait intégrer les indications fournies par le passé professionnel et le comportement des assurés au travail lors des essais professionnels préalables à la réinsertion. De manière générale, en consacrant davantage de temps et de personnel à la phase d'instruction et au programme d'aide, on adapterait les mesures aux capacités et aux intérêts personnels des assurés, et aux exigences d'une activité.

- Pour que le plan d'insertion soit formulé avec précision et correctement suivi, il est souhaitable de faire appel à un *gestionnaire de cas* qui, n'étant pas attaché à une institution particulière, soit à même de coordonner systématiquement et efficacement les aides à la formation professionnelle et d'en contrôler les objectifs à long terme.
- Les *mesures de réadaptation* doivent être individualisées et effectuées à temps, c'est-à-dire le plus tôt possible, en fonction de la situation, des problèmes et des besoins reconnus. Pour pouvoir tester leurs capacités et les développer, il faudrait d'abord placer les personnes atteintes de troubles psychiques dans un environnement sécurisant et leur proposer des tâches d'une manière souple, bien structurée et adaptée à leurs forces et à leurs faiblesses. Après une période de chômage assez longue, les meilleures conditions d'apprentissage, aptes à restaurer la confiance et à améliorer le ressenti, correspondent aux besoins ; il s'agit donc de développer des instruments permettant de définir les objectifs et de les suivre sous le contrôle de la personne concernée et de tiers. Un suivi continu et des feedbacks réguliers améliorent la perception, souvent mauvaise, que les malades psychiques ont d'eux-mêmes, ainsi que leurs performances, qui doivent être adaptées aux exigences. Pour cela, il faut avant tout mettre en place des formations (initiales et continues) en pédagogie du travail à l'intention des instructeurs et des supérieurs hiérarchiques, afin de leur expliquer les maladies psychiques et de leur faire acquérir très concrètement les aptitudes de direction, les compétences sociales et les règles de la communication dont ils ont besoin.
- Les *critères de qualité dans le contexte thérapeutique* sont quasiment identiques à ceux en vigueur dans d'autres domaines : aides

faciles d'accès et durables, prise en charge globale et intégrée avec accompagnement individualisé et transparent, associés à une prévention secondaire et tertiaire. Ce type de prise en charge personnalisée est toutefois entravé par la répartition des compétences entre des structures spécifiques à différents secteurs. Les aides thérapeutiques doivent être complétées par de la réadaptation ; en effet, une hospitalisation, par exemple, constitue une bonne occasion d'analyser et de développer les aptitudes, les attitudes et les options favorables à la réinsertion. Les cliniques pourraient mettre à disposition la compétence dont elles disposent dans le domaine psychiatrique pour l'examen des troubles psychiques, notamment en entreprise.

- Les *mesures d'accompagnement fournies par la socio-pédagogie* sont particulièrement importantes pour les programmes de prévention primaire. Les services sociaux jouent un rôle majeur, en particulier dans la recherche et la coordination des aides nécessaires au suivi et à la préparation de la réinsertion. De bons réseaux, comprenant à la fois les collaborateurs internes et des ressources supplémentaires pour les contacts après la sortie, sont donc indispensables.

Résumé

Les conclusions pratiques de notre étude devraient permettre de concevoir et d'organiser les mesures de réadaptation et les conditions de travail de façon à répondre, de manière adaptée aux besoins et avec souplesse, aux caractéristiques des risques et aux problèmes mis en évidence dans le système de prise en charge. Pour définir les différents groupes de patients et les mesures qui conviennent le mieux à chacun, il est nécessaire de poursuivre la recherche en améliorant l'homogénéité, tant du groupe de sujets que des conditions des mesures,

celles-ci s'étant avérées ici très hétérogènes et très imbriquées les unes dans les autres. Il faudrait également définir d'emblée ce que l'on entend par « bénéfice » ou « succès » d'une mesure. En déterminant des objectifs réalistes et en allouant des ressources à cet effet aux niveaux politique, stratégique et opérationnel, l'élaboration de lignes directrices et la réalisation concomitante d'évaluations sont à même de garantir l'adéquation des mesures mises en œuvre. A condition que les objectifs fixés ne se limitent pas au court terme (financiers), mais visent un horizon plus durable, ces efforts seront positifs non seulement pour les intéressés, mais aussi, par des économies à plus long terme dans le système social, pour la société en général.

Bibliographie

Baer, N., Frick, U. & Fasel, T. (2009). Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe. OFAS, rapport de recherche 6/09. Berne. Office fédéral des assurances sociales.

Mayring, P. (2003). Die Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken (8^e éd.). Weinheim. Beltz.

Henrike Winkel, dipl. de psychologie, collaboratrice scientifique, cliniques psychiatriques universitaires de Bâle.
Mél. : henrike.winkel@upkbs.ch

Barbara Laskowska, psychologue MS, collaboratrice scientifique, cliniques psychiatriques universitaires de Bâle.
Mél. : barbara.laskowska@upkbs.ch

Jörg Herdt, Dr. phil., dipl. de psychologie, chef de l'état-major de direction, unité Diagnostic psychiatrique et évaluation, cliniques psychiatriques universitaires de Bâle.
Mél. : joerg.herdt@upkbs.ch