

Santé mentale et emploi



© Wolfgang Stiller, Matchbox 2008-2011, 160x40x60 cm, bois, polyuréthane, peinture acrylique et gouache

Selon l'OCDE, le coût annuel des atteintes à la santé mentale pour l'économie suisse – sous la forme d'incapacités de travail, de dépenses sociales et de coûts pour le système de santé – s'élève à 3,2% du produit intérieur brut. Les personnes souffrant de troubles psychiques sont surreprésentées tant à l'assurance-chômage qu'à l'AI et à l'aide sociale. Les auteurs de l'étude de l'OCDE « Santé mentale et emploi » soulignent le potentiel élevé du système suisse de santé, de formation et de protection sociale, qui devrait en principe être capable de maintenir ces personnes en activité. Parallèlement, ils recommandent une utilisation plus ciblée des ressources existantes auprès des employeurs, dans les systèmes d'assurance concernés et dans le système de santé. La transition entre le système de formation et la vie active gagnerait elle aussi à faire l'objet d'ajustements structurels.

Bien sûr, une coordination plus étroite entre des systèmes organisés de manière plus efficace n'empêchera pas le développement des troubles psychiques. Elle permettra néanmoins d'en réduire les effets préjudiciables sur les personnes concernées et leur environnement immédiat. Et elle offrira à ces personnes de nouvelles possibilités non seulement de stabiliser leur situation, mais aussi de renforcer et de mobiliser leurs ressources individuelles, économiques et sociales.

Santé mentale et emploi: recommandations de l'OCDE pour la Suisse

L'OCDE a étudié les possibilités de maintenir et d'améliorer l'activité lucrative des personnes atteintes dans leur santé psychique, pour permettre à ses Etats membres de faire face aux problèmes qu'engendre ce type de troubles pour les politiques sociales et de l'emploi. Le système suisse, très fragmenté, peine à mettre en œuvre de manière efficace des ressources pourtant suffisantes. Pour remédier à cette situation, des réformes importantes devront être menées dans plusieurs politiques publiques.

Les secteurs de la santé, de l'éducation et de la protection sociale disposent de ressources suffisantes et obtiennent de bons résultats. Ils comptent plusieurs points forts: un système éducatif doté d'une série d'outils efficaces; un réseau de soins psychiatriques très accessibles; un marché de placement professionnel florissant; un système de protection sociale modulable prévoyant aussi des rentes partielles et un marché du travail souple qui autorise un retour progressif à la vie active. Grâce à ces atouts, les taux d'activité des personnes présentant des troubles psychiques sont plus élevés en Suisse que dans d'autres pays.



Christopher Prinz

Organisation de coopération et de développement économiques



Niklas Baer



Veerle Miranda

Les maladies mentales représentent un coût élevé pour l'économie suisse – environ 3,2 % du PIB – en raison des incapacités de travail, des dépenses sociales et des coûts de la santé qu'elles occasionnent. Le marché du travail suisse se porte très bien et la récente crise économique l'a relativement bien épargné. Les personnes souffrant de troubles psychiques y rencontrent pourtant des difficultés. Cette catégorie de personnes présente un taux de chômage trois fois supérieur à la moyenne nationale et des taux d'activité clairement inférieurs. Dans l'ensemble, la dépendance à l'égard des rentes et de l'aide sociale est très élevée parmi les Suisses en âge de travailler (près de 20 %), et l'on observe, ces 20 dernières années, un glissement progressif des allocations de chômage vers les rentes d'invalidité et les prestations d'aide sociale. Nettement surreprésentées dans tous les systèmes de sécurité sociale, les personnes atteintes de troubles psychiques sont à l'origine de 40 % des nouvelles demandes de rente d'invalidité.

Les dépenses pour indemnités en cas de maladie et rentes d'invalidité y sont néanmoins élevées et de plus en plus souvent imputables à des problèmes de santé psychique. Afin d'améliorer l'insertion des personnes concernées sur le marché du travail et de les rendre moins dépendantes des prestations sociales, davantage d'efforts sont nécessaires. Il faut notamment combler les lacunes, réaffecter certaines ressources et renforcer les incitations destinées aux différents acteurs.

Etude

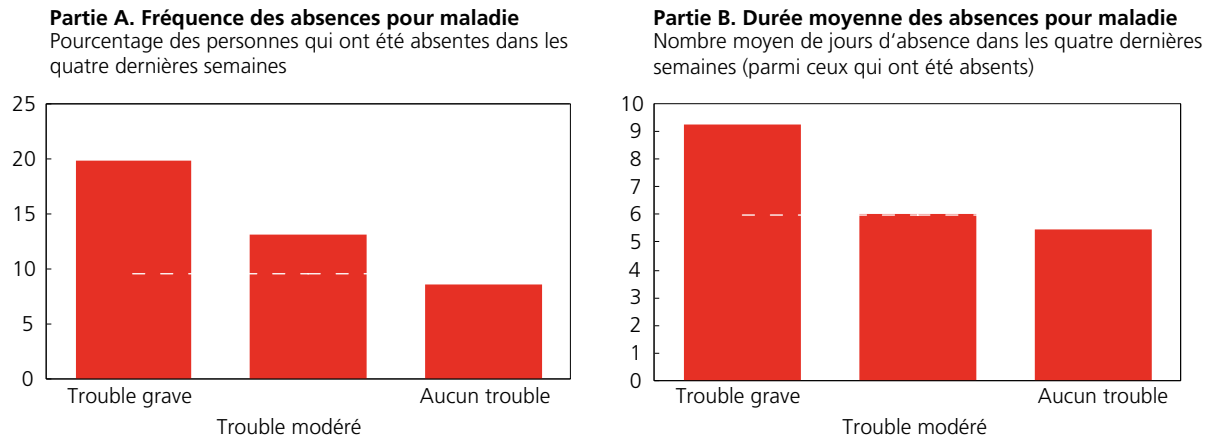
OCDE, *Santé mentale et emploi: Suisse*. Contribution à la sécurité sociale, rapport de recherche n° 12/13, sous <http://www.ofas.admin.ch>

→ Pratique → Recherche → Rapports de recherche

La fréquence et la durée des absences augmentent avec les problèmes de santé mentale

G1

Fréquence des absences pour maladie (en %) et durée moyenne des absences (en jours), selon la gravité du trouble psychique, 2010



Source: OCDE (2014), Santé mentale et emploi: Suisse

Renforcer les mesures prises sur le lieu de travail

En Suisse, tout comme dans les autres pays de l'OCDE, on constate des liens évidents entre santé mentale et situation au travail. Le droit du travail suisse exige des employeurs qu'ils prennent les mesures nécessaires pour protéger la santé de leurs salariés. Les données disponibles semblent toutefois indiquer que les employeurs suisses attachent moins d'importance que les entreprises de nombreux autres pays à la gestion des risques psychiques au travail et que la pression des services d'inspection du travail y est ressentie comme étant moins forte.

En moyenne, les salariés atteints dans leur santé mentale sont sensiblement plus souvent en congé maladie et plus longtemps absents du travail, la fréquence et la durée des absences augmentant en proportion du degré du trouble psychique (cf. graphique G1).

Un encadrement efficace permet de réduire les absences et de faciliter le retour au travail. En Suisse, les employeurs n'ont cependant aucune obligation légale dans ce domaine, leur responsabilité financière pour les salariés malades est régie par les contrats de travail individuels et les conventions collectives. De nombreuses compagnies d'assurances proposent des services de prévention et de réinsertion dont l'utilisation varie toutefois beaucoup d'une entreprise à l'autre. En outre, suivant les accords, les salariés malades doivent attendre plusieurs mois avant de bénéficier d'une gestion de cas appropriée. La couverture d'assurance étant tributaire de l'ancienneté, les salariés qui présentent des troubles psychiques sont désavantagés, car ils changent plus souvent d'emploi que la moyenne.

Rapprocher l'assurance-invalidité du monde du travail

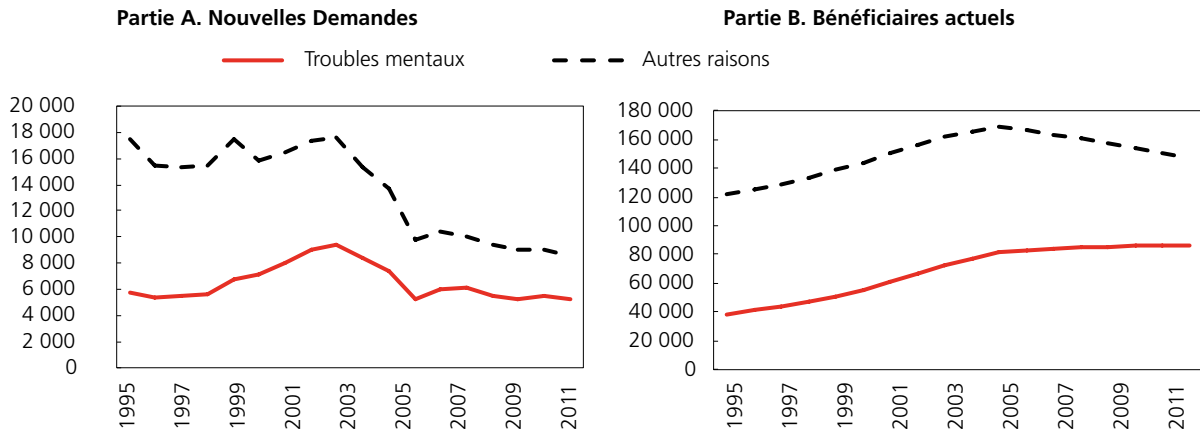
Grâce aux importantes réformes adoptées ces dix dernières années, l'assurance-invalidité s'est progressivement transformée pour passer d'un système passif d'administration de rentes à un régime de réadaptation professionnelle dynamique. Les réformes ont mis l'accent sur l'intervention précoce, le perfectionnement des examens médicaux et l'introduction de nouvelles mesures d'ordre professionnel assorties d'obligations plus nombreuses pour les demandeurs de prestations. Le processus de réforme a sensiblement réduit le nombre de demandes, mais n'a pu mettre un terme à l'augmentation du volume total des rentes d'invalidité octroyées pour des raisons psychiques, quand bien même les réformes étaient spécialement axées sur les troubles de ce type (cf. graphique G2).

Plusieurs facteurs expliquent cette situation. En premier lieu, les examens médicaux visent aujourd'hui encore à établir si la personne peut prétendre à une rente plutôt qu'à déterminer sa capacité de travail. Il est donc malaisé de planifier la réadaptation. Deuxièmement, les nouvelles mesures d'intervention précoce ne privilégient pas assez le maintien sur le marché primaire du travail et manquent souvent de toucher les demandeurs souffrant de troubles psychiques. D'ailleurs, le nombre d'annonces de détection précoce n'a pas augmenté ces cinq dernières années. Troisièmement, la possibilité de signaler à l'assurance-invalidité les cas de congé maladie de plus de 30 jours est trop rarement utilisée. Quatrièmement, les effets financiers dissuadant les personnes concernées de travailler restent importants, en particulier parmi les personnes à faible revenu chez lesquelles les troubles psychiques sont surreprésentés. Cinquièmement, les mesures

Parmi les bénéficiaires de prestations AI, ceux qui souffrent de troubles psychiques sont de plus en plus nombreux

G2

Nombre de nouvelles demandes et de bénéficiaires actuels : problèmes de santé psychique et autres raisons, 1995-2012



Source: OCDE (2014), Santé mentale et emploi : Suisse

d'intervention précoce ne profitent pas aux jeunes qui ne sont pas encore entrés sur le marché ordinaire du travail. Enfin, il n'est guère probable que les dernières mesures mises en place permettront de réorienter les bénéficiaires de rente (de longue date) et de les relancer sur le marché du travail.

Renforcer les capacités permettant de faire face aux problèmes de santé mentale dans les agences de placement et les services d'aide sociale

Depuis les années 90, les offices régionaux de placement (ORP) concentrent leurs efforts sur les personnes prêtes à travailler et disponibles pour ce faire. Du coup, les deman-

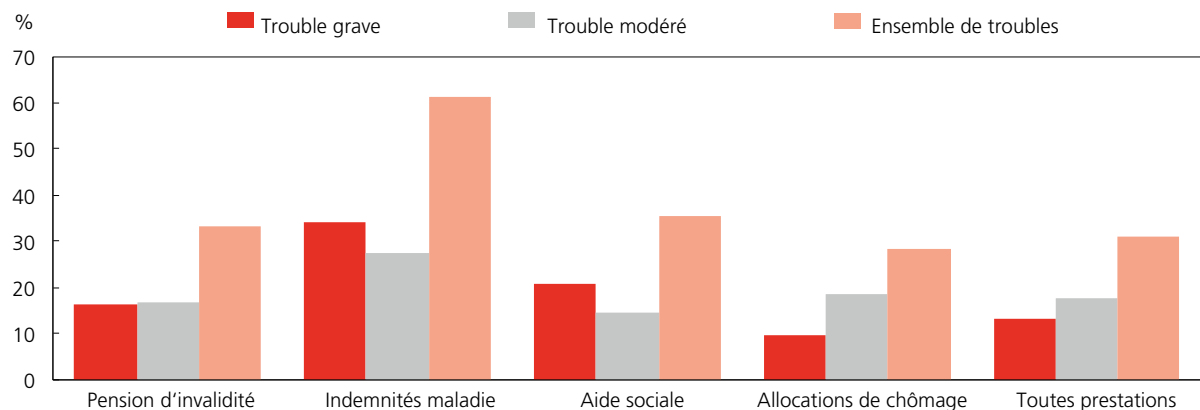
deurs d'emploi confrontés à des problèmes plus complexes sur le marché du travail n'ont plus été considérés comme des clients prioritaires des agences de placement. Cette réalité s'est traduite par une forte proportion de chômeurs de longue durée, malgré un faible taux de chômage global. L'une des conséquences de cette évolution est que les personnes qui n'étaient pas entièrement capables de travailler, dont beaucoup présentaient de sérieux troubles psychiques, ont été orientées vers l'assurance-invalidité ou les services sociaux. Souvent les chômeurs en fin de droit se tournent vers l'aide sociale et finissent tôt ou tard par solliciter une rente d'invalidité.

De ce fait, les problèmes des personnes atteintes de troubles psychiques sont ignorés ou pris en charge tardivement. Il existe donc parmi les chômeurs une grande partie de personnes souffrant de troubles psychiques dont

Le nombre de bénéficiaires de prestations est beaucoup plus élevé chez les personnes atteintes d'un trouble psychique

G3

Part de bénéficiaires de prestations pour personnes d'âge actif atteintes d'un trouble psychique

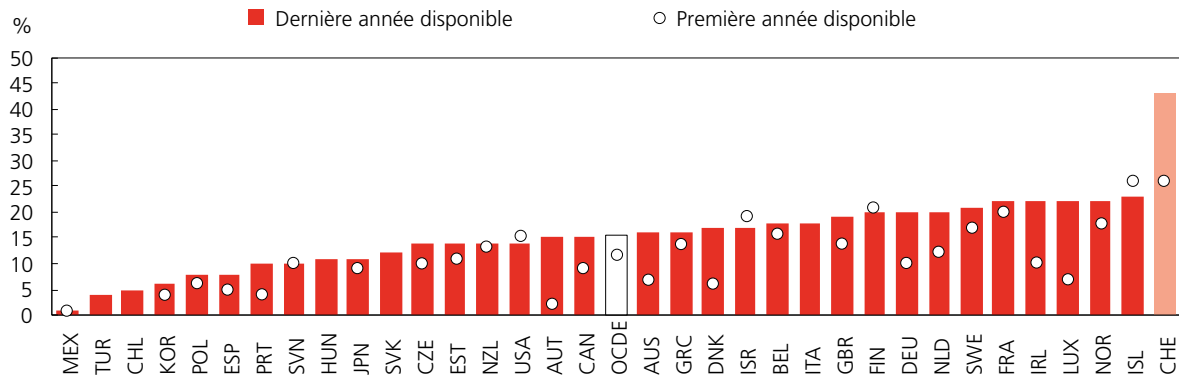


Source: OCDE (2014), Santé mentale et emploi : Suisse

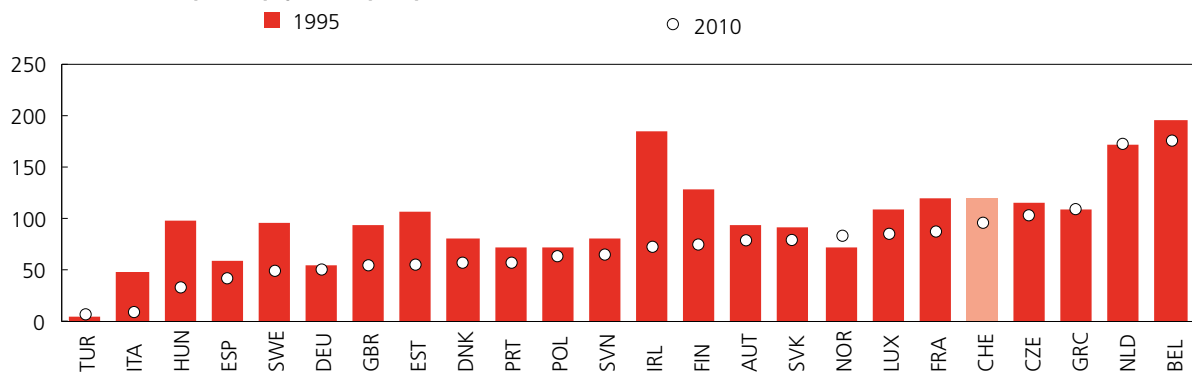
Les ressources pour le traitement psychiatrique sont énormes, mais ne profitent pas à tous

G4

Partie A. Psychiatres pour 100 000 habitants dans les pays de l'OCDE



Partie B. Lits en hôpitaux psychiatriques pour 100 000 habitants



Source : OCDE (2014), Santé mentale et emploi : Suisse

la gravité moyenne peut constituer un obstacle majeur dans leur recherche d'emploi (cf. graphique G3).

Environ un tiers des chômeurs présentent des troubles d'ordre psychique qui affectent considérablement leurs chances de placement, mais qui ne sont pas pris en charge. Il faudrait s'occuper de cette forte proportion de personnes en mauvaise santé parmi les « habitués » des ORP, pour favoriser leur retour rapide à l'emploi et éviter qu'elles ne se coupent du marché du travail. Si les services sociaux ont conscience de la forte prévalence de troubles psychiques chez leurs clients, ils n'ont pas les capacités nécessaires (ni d'ailleurs les ORP) pour réagir rapidement et efficacement.

Redéfinir la collaboration entre les institutions

Face à ces lacunes, la collaboration interinstitutionnelle (CII) s'est imposée comme un objectif central, initialement pour aider les individus présentant des problématiques complexes qui risquaient d'être ballotés entre les systèmes (chômage, invalidité, services sociaux). De grands efforts ont été déployés ces dix dernières années en faveur de la CII. D'importantes ressources ont été mobilisées dans le but de développer des mécanismes et outils de coopération aux niveaux cantonal et régional. Or, seul un très petit

nombre de personnes a bénéficié de ces nouvelles approches.

Le processus CII constitue un pas dans la bonne direction, mais il reste beaucoup à faire pour aller au-delà de la distinction souvent inadéquate entre les personnes aptes au travail, celles qui sont socialement défavorisées et celles atteintes d'invalidité. L'initiative souffre de ses priorités institutionnelles au détriment des individus concernés. Aussi, les institutions impliquées donnent-elles souvent des incitations insuffisantes ou contradictoires. Autre point faible majeur de la CII qui affecte particulièrement les personnes souffrant de troubles psychiques : l'absence du secteur de la santé et des contacts peu fréquents avec les employeurs. Une véritable intégration des services de santé et de l'emploi, pourtant essentielle, n'est pas assurée. Souvent, il serait plus simple de mettre en œuvre de tels services **au sein même** des organismes.

Améliorer les résultats sur le front de l'emploi grâce à un système psychiatrique doté de ressources adéquates

Le système suisse de psychiatrie offre un large éventail de services, à commencer par une multitude de centres de

soins ambulatoires et hospitaliers; le nombre de psychiatres par habitant y est le plus élevé de la zone OCDE (deux fois plus important que dans le pays placé en deuxième position) et on y trouve une quantité considérable de psychologues et psychothérapeutes qualifiés (cf. graphique G4).

En dépit de ces ressources considérables, seuls 7% de la population bénéficient de soins psychiatriques, un chiffre qui paraît faible par rapport à la prévalence des troubles psychiques sur douze mois, qui atteint environ un tiers de la population.

On peut dès lors penser qu'un nombre relativement limité d'individus bénéficient de traitements sophistiqués, coûteux et de longue durée.

Les taux de traitement des troubles psychiques varient beaucoup d'un canton à l'autre, ce qui semble indiquer que le recours au traitement est en partie conditionné par l'offre et repose peu sur des critères précis. En outre, les médecins généralistes, dont la clientèle compte de nombreux cas de troubles psychiques, ne traitent qu'un de ces patients sur dix et n'orientent que peu de personnes vers un psychiatre.

Bien que les services psychiatriques soient accessibles et offrent des soins efficaces, on constate que le système tarde encore à prendre conscience des problèmes que rencontrent les patients sur le plan professionnel. Un emploi a certes des effets très positifs sur la durée et les résultats du traitement et de nombreux patients exercent un travail (même s'ils y éprouvent des difficultés), et pourtant les psychiatres n'ont généralement pas de contact avec les employeurs. Cet aspect illustre une manière relativement étroite de voir les choses, ainsi que les incertitudes du secteur quant à la façon d'intervenir lorsqu'un patient a des problèmes au travail. Les caisses-maladie sont aujourd'hui encore réticentes à l'idée de financer des soins spécifiquement axés sur le travail et destinés à des personnes atteintes de troubles psychiques. Les questions relatives à l'emploi n'intéressent donc guère les médecins, que se soit dans le cadre de leur formation ou des prestations qu'ils fournissent.

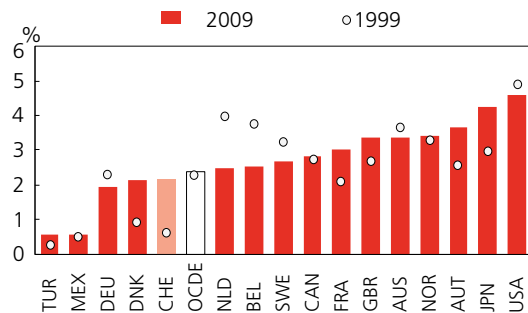
Mettre davantage l'accent sur la transition des études vers la vie active

La Suisse dispose de tout un éventail de services destinés aux enfants ayant des besoins éducatifs particuliers, dans les écoles et classes spécialisées de même que dans les établissements ordinaires. En font partie des services de psychiatrie et de psychologie, des services sociaux, ainsi que des dispositifs thérapeutiques et pédagogiques. En général, les enfants atteints de troubles psychiques diagnostiqués ont donc accès à des services spécialisés, avec toutefois d'importantes différences d'une école à l'autre. Les jeunes Suisses ont globalement peu de diffi-

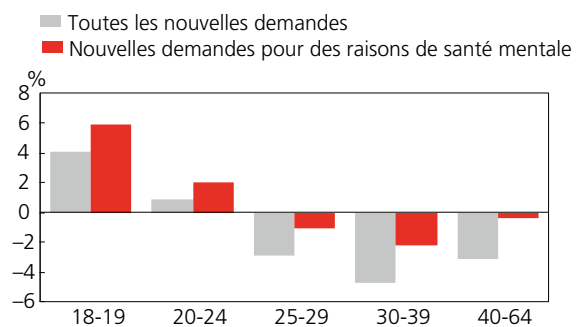
Les chances des jeunes peu qualifiés ont considérablement diminué

G5

Partie A. Taux de chômage relatif des jeunes peu qualifiés par rapport aux jeunes hautement qualifiés (< au niveau 3 de la CITE / > au niveau 3 de la CITE)



Partie B. Evolution annuelle moyenne en pourcentage des nouvelles demandes, par âge, 1995-2012



Source: OCDE (2014), Santé mentale et emploi: Suisse

cultés à entrer dans la vie active, notamment grâce à un système efficace d'enseignement professionnel qui, en Suisse, combine généralement études et travail.

Cependant, trois aspects de cette transition n'ont été à ce jour que rarement abordés (graphique G5). Premièrement, ces dix dernières années, les jeunes peu qualifiés ont vu se dégrader leur situation sur le marché du travail. Le taux de chômage parmi les jeunes de 15 à 24 ans peu qualifiés est de 30%. Parmi ces jeunes on trouve une proportion élevée de troubles psychiques. Deuxièmement, le nombre d'octrois de rente d'invalidité ne cesse d'augmenter chez les jeunes, contrairement à la tendance observée dans les autres groupes d'âge. Beaucoup de nouvelles rentes sont octroyées en raison de troubles psychiques. Troisièmement, il n'existe que peu de services destinés aux jeunes qui n'accomplissent pas de formation de niveau secondaire II et parmi lesquels les individus atteints de troubles psychiques courants sont surreprésentés. Ces constats soulignent la nécessité d'attacher davantage d'importance aux besoins des jeunes atteints de troubles psychiques. Dans ce contexte, on pourrait envisager un relèvement de la limite d'âge ouvrant l'accès à une rente

AI, et développer l'éventail des mesures favorisant activement la réadaptation.

Résumé

Le marché de l'emploi suisse est robuste et le pays possède des systèmes d'éducation et de santé riches en ressources et favorisant un taux d'activité élevé, même parmi les personnes atteintes de troubles psychiques. Grâce aussi à une vaste palette de prestations sociales, le risque de ces personnes de sombrer dans la pauvreté est comparativement plus faible que dans d'autres pays. La Suisse pourrait néanmoins faire plus pour maintenir et accroître leur participation à la vie professionnelle. Cela nécessitera cependant des adaptations structurelles. Il faudrait notamment accorder davantage d'attention aux besoins des jeunes peu qualifiés ainsi qu'aux usagers des offices de placement et des services d'aide sociale, parce que les troubles d'ordre psychique sont très répandus dans ces

catégories de personnes. En outre, la Suisse devrait veiller à rapprocher l'assurance-invalidité des milieux professionnels et à créer un système de santé encourageant les traitements qui favorisent l'emploi, surtout dans le domaine des soins psychiatriques. Enfin, il faudrait imposer davantage d'obligations aux employeurs, tout en créant de nouveaux instruments de soutien en leur faveur.

Christopher Prinz, PhD, économiste, OCDE.
Mél : Christopher.Prinz@OECD.org

Niklas Baer, Dr. phil., responsable du service cantonal de psychiatrie, Bâle-Campagne.
Mél : Niklas.Baer@pbl.ch

Veerle Miranda, PhD, économiste, OCDE.
Mél : Veerle.Miranda@OECD.org

Récapitulatif des principales recommandations de l'OCDE à la Suisse

Défis majeurs

1. Les employeurs ne sont pas assez préparés et équipés pour faire face à des salariés souffrant d'une mauvaise santé mentale.
2. L'assurance-invalidité n'implique pas suffisamment les employeurs et ne leur offre pas assez d'incitations.
3. Les offices régionaux de placement (ORP) et les services sociaux n'apportent qu'un soutien limité aux personnes souffrant de troubles psychiques.
4. La collaboration interinstitutionnelle (CII) n'est pas à la hauteur des problèmes rencontrés.
5. Le système de soins psychiatriques ne produit pas des résultats à la hauteur des vastes ressources dont il dispose.
6. Les ressources du système scolaire ne permettent pas d'empêcher les décrochages et de réduire le nombre de demandes de rentes AI.

Recommandations stratégiques

- Améliorer les incitations financières en faveur des employeurs et leur fournir un soutien adéquat pour affronter les problèmes psychosociaux au travail
- Envisager de reconnaître les troubles psychiques comme maladie professionnelle
- Instaurer des services de conseil aux employeurs
- Intensifier les mesures d'intervention précoce proches du marché du travail
- Créer des incitations au travail et encourager l'octroi de rentes partielles
- Accroître l'étendue des prestations des ORP et leurs obligations de prise en charge pour leur permettre de mieux réagir face aux troubles psychiques
- Renforcer les capacités de l'aide sociale en créant de nouveaux services régionaux ou cantonaux à l'intention des petites collectivités
- Étendre au grand nombre de personnes à risque l'attention portée aujourd'hui au petit nombre de personnes présentant des troubles graves et multiples
- Intégrer le système de santé dans la CII pour en faire un partenaire à part entière et resserrer les liens avec les employeurs
- Renforcer les prestations intégrées fournies **au sein même** des institutions concernées
- Renforcer les modules liés à l'emploi dans la formation initiale des médecins
- Elaborer des directives qui permettent de traiter les troubles psychiques dans le cadre du travail
- Réduire les soins hospitaliers au profit des soins ambulatoires et des cliniques de jour
- Comblent les lacunes de traitement et mieux rembourser les traitements de psychothérapie
- Contrer l'abandon de la scolarité et de l'apprentissage en assurant un suivi systématique des jeunes en formation et en améliorant la coopération avec les ORP, l'aide sociale et les services de psychiatrie
- Réduire le nombre de recours aux rentes AI en offrant aux jeunes à risque de meilleures incitations à travailler

Rapport de l'OCDE: séminaire et conférence de presse

Le 23 janvier 2014, l'OCDE a présenté à Berne les résultats de son étude sur la santé mentale et l'emploi en Suisse. Tous les participants au séminaire ont reconnu que le succès de l'insertion professionnelle des personnes atteintes dans leur santé psychique dépend de la collaboration de tous les acteurs impliqués. La présence de nombreux journalistes et représentants de groupes d'intérêt tout comme le fort écho médiatique ont témoigné de l'intérêt suscité par cette thématique.



Stefan Kühne
Office fédéral des assurances sociales

Réunion de tous les acteurs

Pour offrir à l'étude de l'OCDE l'attention qu'elle mérite et réunir les principaux acteurs concernés en Suisse, un séminaire a été organisé le 23 janvier sous la houlette de Christopher Prinz, chef du projet à l'OCDE. L'Office fédéral des assurances sociales, dont le domaine Assurance-invalidité a un intérêt non négligeable à ce que la réinsertion professionnelle des personnes atteintes de troubles psychiques soit un succès, a mis ses locaux à disposition pour le séminaire. Les autres parties prenantes de Suisse ont aussi eu la possibilité de donner leur avis sur l'étude et en particulier sur les recommandations formulées pour la Suisse. En outre, deux approches innovantes explorées en Belgique et au Royaume-Uni ont été présentées.

Un renforcement de la collaboration est indispensable au succès de l'insertion professionnelle

Plusieurs participants l'ont souligné: des améliorations sont nécessaires pour l'insertion sur le marché du travail des personnes souffrant de troubles psychiques – et notamment des plus jeunes –, même si une série de nouveaux instruments ciblés ont déjà été créés dans différents domaines.

Comme le souligne aussi l'étude de l'OCDE, plusieurs systèmes – la formation, le marché du travail, les soins de santé, la sécurité sociale – et leurs acteurs jouent un rôle important. Pour les participants au séminaire, le succès de l'insertion et de la réinsertion professionnelle dépend par conséquent de la collaboration entre ces acteurs. La collaboration fonctionne déjà en de nombreux endroits, mais elle pourrait encore être renforcée. Les spécialistes du marché du travail auraient ainsi avantage à améliorer leurs connaissances médicales, et les médecins bénéficieraient d'une meilleure compréhension du monde du travail. Au niveau de la coordination des différents acteurs, le séminaire a souligné l'importance du *case management*, en précisant que cette approche mériterait d'être renforcée. En outre, les systèmes concernés sont non seulement une partie de la solution, mais ils profitent aussi d'une meilleure insertion professionnelle: si l'assurance-invalidité est axée sur les conséquences d'une atteinte à la santé, l'aide sociale et l'assurance-chômage connaissent elles aussi un grand nombre de personnes souffrant de problèmes psychiques. Une meilleure santé mentale facilite donc leur travail.

Comme l'indique le titre de l'étude de l'OCDE, c'est l'emploi qui est au cœur des préoccupations. L'insertion sur le marché du travail est à la fois un objectif et un moyen : même si la vie professionnelle présente certains risques pour la santé psychique, les participants au séminaire étaient d'accord sur le principe qu'un emploi, ou plus précisément une activité lucrative, peut avoir un effet positif sur le psychisme.

Echo médiatique important

Une bonne vingtaine de journalistes et des représentants de groupes d'intérêt ont assisté à la conférence de presse organisée après le séminaire. Ils ont eu l'occasion de poser des questions aux intervenants, puis de mener des entretiens. Le soir même, l'événement était relayé par les journaux télévisés de Suisse latine et le lendemain, des articles sur l'étude de l'OCDE paraissaient dans dix grands journaux. Les médias ont par ailleurs continué d'en parler au cours des semaines suivantes.

Ils se sont d'abord intéressés au coût des maladies psychiques : l'OCDE les chiffre à environ 19 milliards de francs par an, compte tenu des coûts de la santé, des prestations sociales et des pertes de productivité. Ils ont aussi souvent relayé le manque d'efficacité constaté par l'OCDE dans l'emploi des ressources considérables dont la Suisse dispose justement dans le domaine de la psychiatrie. Plusieurs journaux ont également souligné que la Suisse avait du retard en matière de gestion des risques psychiques au travail. Enfin, d'autres aspects ont aussi retenu l'attention des médias, comme l'importance de la prévention et d'une intervention aussi précoce que possible, ou encore la question des incitations à travailler.

Stefan Kühne, lic. rer. pol. & MA (Bruges), collaborateur scientifique, secteur Législation, domaine AI, OFAS.

Mél : stefan.kuehne@bsv.admin.ch

La réadaptation professionnelle des personnes souffrant de troubles multiples

Bien qu'elles souhaitent travailler, les personnes souffrant de troubles psychiques et présentant des problématiques multiples sont confrontées à de nombreux obstacles. Le service public de l'emploi a donc mis sur pied un programme de trajet vers l'emploi mettant l'accent sur l'acquisition de véritables expériences professionnelles. Les demandeurs d'emploi ont par ailleurs été accompagnés par des psychologues et des coaches en autonomie qui les ont aidés à gérer leurs problèmes émotionnels, financiers ou autres. Ce premier projet à grande échelle prévoyant une collaboration étroite entre divers organismes s'est avéré concluant et a donc été prolongé.

tation professionnelle. Les employeurs ayant déjà eu des expériences avec le groupe cible sont en revanche mieux disposés à engager des personnes en situation de handicap¹. C'est la raison pour laquelle le VDAB souhaitait améliorer le contact entre employeurs et demandeurs d'emploi.

Transition professionnelle et collaboration intersectorielle

L'approche suivie par le VDAB repose sur un programme de transition professionnelle (TP). Elle implique une expérience professionnelle aidée, intégrée, non rémunérée et limitée dans le temps, dont l'objectif est d'aider les demandeurs d'emploi à trouver par eux-mêmes un poste sur le marché concurrentiel du travail. Le dévelop-



Jeroen Knaeps
Katholieke Universiteit Leuven



Chantal van Audenhove



Lut Gailly
Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB)

L'Office flamand de l'emploi et de la formation professionnelle (VDAB) a constaté que nombre de personnes souffrant de troubles psychiques multiples sont capables et désireuses de travailler. Ces personnes rencontrent néanmoins de nombreux obstacles (dont des problèmes sociaux et financiers, un manque de confiance ou de motivation) qui requièrent une collaboration intersectorielle plus poussée.

En outre, les employeurs sont souvent réticents à engager des personnes présentant des problèmes (psychiques) multiples. Les recherches montrent que les préjugés sont répandus et que les employeurs ne sont pas toujours informés des initiatives étatiques en faveur de la réadapt-

tement de la TP peut avoir des conséquences positives sur ce plan. Pour les demandeurs d'emploi, elle est aussi l'occasion de développer la confiance professionnelle, le respect de la ponctualité et la tolérance à la supervision². Dans le projet flamand, la TP proposait des emplois sur le marché (le VDAB n'était pas lui-même l'employeur). Les demandeurs d'emploi confrontés à de nombreux obstacles et essayant des échecs dans leur recherche de travail ont été orientés vers un coach «emploi» (www.

1 *Op.cit.* Gilbride et al.

2 *Op.cit.* Henry et al., Waghorn et Lloyd

gtb-vlaanderen.be) spécialisé dans l'accompagnement des personnes handicapées vers le marché du travail. Ce coach cherchait le plus rapidement possible un emploi TP susceptible de déboucher sur un engagement des personnes concernées³.

Pour surmonter les multiples difficultés, une collaboration intersectorielle avec des coaches «santé» et «autonomie» a été encouragée. Ces coaches ont été chargés d'identifier les services appropriés dans leurs secteurs respectifs. Le coaching en santé mentale était assuré par un psychologue travaillant dans un centre de soins en santé mentale. Il proposait des formations et du soutien (confiance en soi, gestion du stress, affirmation de soi, p. ex.). Le coaching en autonomie mettait quant à lui l'accent sur les obstacles psycho-économiques ou sociaux et abordait les problèmes en matière de mobilité, de finances ou de logement. Les deux formes de coaching travaillaient soit sur une base individuelle soit en groupe. Une définition claire des rôles, une évaluation des processus et des résultats, une formation appropriée et de bonnes structures de communication entre les divers services ont été mises en œuvre⁴.

Après avoir accumulé suffisamment d'expérience professionnelle (520 heures au maximum), le demandeur d'emploi et le coach «emploi» indiquaient au VDAB les moyens encore nécessaires pour venir en aide à la personne concernée. Un avis était formulé sur l'objectif qui leur semblait réaliste à court terme: formation préprofessionnelle, emploi ordinaire, emploi protégé ou absence d'emploi. Une aide continuait d'être apportée, même en cas d'engagement durant la période de TP.

Sur les 637 personnes pour lesquelles une intégration dans le marché primaire du travail avait été conseillée, 49% ont trouvé un emploi rémunéré. Ce taux d'emploi est resté stable durant les 24 mois suivant la fin du programme. L'emploi protégé a été considéré comme la solution la plus adéquate pour 363 demandeurs d'emploi et 42% d'entre eux ont trouvé un emploi rémunéré (aidé ou ordinaire) au cours ou à la fin du programme. Sur les 1877 demandeurs d'emploi qui n'étaient pas prêts à exercer une activité lucrative, 677 continuent d'améliorer leurs compétences dans le cadre de stages préprofessionnels. Les 1200 cas restants ont été orientés vers des services de soins spécialisés (en santé mentale) jusqu'à ce que leur réadaptation professionnelle devienne envisageable.

Conclusions

Le projet présenté dans le cadre de cet article est le plus important en Flandre à reposer sur une collaboration

entre services de santé mentale et services publics de réadaptation professionnelle. Satisfaits de cette nouvelle approche, ces deux secteurs et le gouvernement souhaitent aujourd'hui renforcer cette collaboration. Les taux d'emploi pourraient être encore améliorés en mettant davantage l'accent sur la formation en cours d'emploi et le suivi à long terme⁵.

Lut Gailly, Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB).

Mél: lut.gailly@vdab.be

Jeroen Knaeps, Centre de recherche interdisciplinaire LUCAS, KU Leuven (Université catholique de Louvain).

Prof. Dr. Chantal van Audenhove, Centre de recherche interdisciplinaire LUCAS, KU Leuven (Université catholique de Louvain).

Bibliographie

- Gilbride, D., Stensrud, R., Vandergoot, D., et Golden, K., « Identification of the characteristics of work environments and employers open to hiring and accommodating people with disabilities », in *Rehabilitation Counseling Bulletin* 46, 2003, p. 130
- Henry, A. D., Barreira, P., Banks, S., Brown, J. M., et McKay, C., « A retrospective study of clubhouse-based transitional employment », in *Psychiatric Rehabilitation Journal* 24, 2001-2002, p. 344
- Waghorn, G., et Lloyd, C., « The employment of people with mental illness. A discussion document prepared for the mental illness fellowship of Australia », in *Advances in Mental Health* 4, 2005, p. 129-171
- Macias, C., DeCarlo, L. T., Wang, Q., Frey, J., et Barreira, P., « Work interest as a predictor of competitive employment: policy implications for psychiatric rehabilitation », in *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 28, 2000-2001, p. 279-297
- Timmons, J. C., Cohen, A., et Fesko, Sh. L., « Merging cultural differences and professional identities: Strategies for maximizing collaborative efforts during the implementation of the Workforce Investment Act », in *Journal of Rehabilitation* 70, 2004, p. 19
- Knaeps, J., DeSmet, A., et Van Audenhove, Ch., « The IPS Fidelity Scale as a Guideline to Implement Supported Employment », in *Journal of Vocational Rehabilitation*, Nr. 37, 2012, p. 13-23

3 *Op.cit.* Macias et al.

4 *Op.cit.* Timmons et al.

5 *Op.cit.* Knaeps et al.

Santé mentale et emploi: défis pour le Royaume-Uni et la Suisse

Les études de l'OCDE menées sur la thématique de la santé mentale et de l'emploi dans neuf pays permettent de lever le voile sur certains aspects méconnus des économies développées. Dans la plupart d'entre elles, en effet, les troubles psychiques dans la population en âge de travailler – en particulier la dépression et l'anxiété – constituent un problème économique et social de taille qu'il faut aborder d'urgence. J'ai été particulièrement honoré de pouvoir exposer l'expérience britannique en la matière lors de la présentation du rapport consacré à la Suisse en janvier dernier.



Stephen Bevan
The Work Foundation, Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, un travailleur sur six souffre aujourd'hui de dépression, d'anxiété ou de stress, ce qui occasionne un coût de 26 milliards de livres sterling pour l'économie britannique, soit environ 1 035 livres par employé. Les problèmes de santé mentale entraînent en effet chaque année la perte de 70 millions de journées de travail. Parmi les personnes sans emploi bénéficiant d'une rente d'invalidité, des troubles psychiques sont en cause dans près de la moitié des cas. Par ailleurs, près d'un tiers des personnes souffrant de problèmes physiques à long terme présentent également des troubles psychiques (dépression ou anxiété): cette comorbidité augmente les coûts de soins de santé d'au moins 45%. Malgré la sensibilisation croissante du public à la problématique de la santé mentale au travail, une personne sur trois au Royaume-Uni déclare ne pas être prête à travailler avec un collègue souffrant de troubles psychiques, ce qui suggère que la «stigmatisation» constitue toujours un obstacle important au développement d'un environnement de travail adéquat.

L'un des défis que l'OCDE a mis en évidence dans le cas de la Suisse est bien connu des personnes qui travaillent sur cette thématique au Royaume-Uni: comment renforcer la collaboration entre les services de santé et les services de l'emploi en faveur des personnes souffrant de troubles psychiques? Bien que la Suisse soit le pays de l'OCDE qui compte le plus grand nombre de psychiatres par habitant, l'accès à un traitement comprenant des conseils et un soutien centré sur le travail n'y est pas plus aisé qu'ailleurs. Des évolutions récentes au Royaume-Uni autorisent néanmoins un optimisme prudent quant aux progrès réalisés sur ce point.

Depuis plusieurs années, le système IAPT (*Improving Access to Psychological Therapies*) a amélioré l'accès au traitement de la dépression et de l'anxiété. En 2012, plus de 50% de la population adulte avait accès à ce système qui a permis à plus de 680 000 personnes de commencer un traitement et à 45 000 de se passer d'indemnités de maladie. Plus récemment, l'introduction de conseillers en emploi dans les services IAPT a produit des résultats positifs sur l'intégration professionnelle des personnes présentant un risque de perdre leur emploi ou soucieuses d'en trouver un. Fort de ce succès, le gouvernement britannique a annoncé une nouvelle stratégie qui placera les troubles psychiques et les troubles physiques sur un pied d'égalité. Il a également annoncé le financement de programmes pilotes qui permettront de tester les avantages en matière d'emploi de quatre approches visant à améliorer la collaboration entre services de santé et ser-

vices de l'emploi. Il s'agit d'un service entièrement intégré (basé sur le Individual Placement and Support, IPS)¹, d'une approche faisant appel à des séances de groupe, d'une approche utilisant la thérapie cognitivo-comportementale (TTC) en ligne et enfin d'une approche expérimentant un service téléphonique de soutien aux personnes sans emploi. Il est rassurant de constater que nombre de ces propositions font écho aux recommandations formulées par l'OCDE dans son rapport sur le Royaume-Uni, rapport qui a été présenté à la presse dans les locaux de la Work Foundation en février de cette année.

Comme l'OCDE l'a souligné dans ses études, si le Royaume-Uni et la Suisse peuvent s'appuyer sur un

ensemble solide de bonnes pratiques, les deux pays ont encore beaucoup de chemin à parcourir pour fournir des services intégrés et cohérents aux personnes en âge de travailler souffrant de troubles psychiques. Pour ce qui est du Royaume-Uni, l'OCDE a relevé la qualité de la politique menée tout en déplorant la pauvreté de sa mise en œuvre, une critique qui me semble pleinement justifiée. J'ai toutefois bon espoir que les décideurs politiques et les praticiens collaborent désormais sur des initiatives concrètes qui prendront forme et aideront le Royaume-Uni à relever les défis que nos collègues de l'OCDE ont eu le mérite d'identifier.

¹ Voir Kawohl, Wolfram et al., « Le job coaching sous la loupe d'un projet zurichois », dans *CHSS* 1/2014, p. 41s.

Prof. Stephen Bevan, directeur du Centre for Work Force Effectiveness, The Work Foundation, Royaume-Uni.
Mél : shutchings@theworkfoundation.com

Un rapport riche en enseignements pour le système de santé

Le rapport de l'OCDE « Santé mentale et emploi » : Suisse pose un jalon important dans le processus visant à maintenir ou à réinsérer sur le marché du travail des personnes souffrant de troubles psychiques. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) prend au sérieux les recommandations formulées par l'OCDE et en tiendra compte pour perfectionner les structures et procédures actuelles de la politique de la santé.



Stefan Spycher
Office fédéral de la santé publique

Le rapport souligne qu'en comparaison internationale, le taux d'emploi des personnes en mauvaise santé mentale est élevé en Suisse. Il soulève toutefois qu'aujourd'hui encore, une part notable des nouvelles rentes AI sont octroyées pour cause de troubles psychiques. Les systèmes de santé et d'éducation suisses, de même que le réseau d'assurances sociales disposent pourtant de vastes ressources et de très bonnes possibilités d'agir.

Au niveau fédéral, ce sont avant tout l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) et le Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO) qui s'engagent pour améliorer les conditions de travail et les chances d'intégration des personnes en mauvaise santé mentale. L'OFSP participe, quant à lui, à plusieurs initiatives prometteuses et assume la direction de certaines d'entre elles :

- L'OFSP, le SECO, l'OFAS et la Conférence suisse des directrices et directeurs de la santé publique (CDS) sont responsables de Promotion Santé Suisse qui a mis en place le Réseau Santé Psychique Suisse¹, une plateforme destinée aux échanges entre acteurs sur le terrain et autorités administratives.
- Dans douze cantons, l'OFSP soutient les activités pratiques d'Alliance contre la dépression², un programme conçu en Allemagne pour favoriser le dépistage précoce et optimiser le traitement des dépressions.
- Des propositions concrètes visant à améliorer la prise en charge psychiatrique ainsi que la prévention et la détection précoces de maladies mentales seront prochainement formulées en réponse à deux postulats³.

En janvier 2013, le Conseil fédéral a approuvé la stratégie globale Santé2020 qui préconise un renforcement de la promotion de la santé – aussi dans les entreprises –, de la prévention et du dépistage précoce. L'objectif est d'empêcher que des personnes présentant des troubles psychiques soient évincées du monde du travail. Le sous-projet Santé psychique, issu d'une initiative lancée conjointement par la CDS, l'OFSP et Promotion Santé Suisse dans le cadre du projet Promotion de la santé et prévention 2020, doit contribuer à cet effort. Un autre objectif de Santé2020 est la consolidation des soins inté-

1 Réseau Santé Psychique Suisse : www.npg-rsp.ch ; voir également « Réseau Santé Psychique Suisse : un bilan intermédiaire », Alfred Künzler et Katrin Jentzsch dans CHSS 6/2013, p. 329 ss.

2 Office fédéral de la santé publique – Alliance contre la dépression : www.ofsp.admin.ch → Thèmes → Politique de la santé → Santé psychique → Réseau Santé Psychique Suisse.

3 Stähelin (10.3255) et Gutzwiller (13.3370) : www.parlement.ch → Documentation → Curia Vista – Base de données des objets parlementaires.

grés qui favorisera la coopération entre la médecine de premier recours et la psychiatrie.

Le rapport de l'OCDE met en évidence certaines particularités du système de santé suisse et formule plusieurs recommandations y relatives:

- Le système de santé dispose de vastes ressources et plusieurs enquêtes ont mis en évidence un niveau de satisfaction élevé des patients. Dans le domaine psychiatrique, néanmoins, les soins hospitaliers sont trop souvent privilégiés par rapport aux soins ambulatoires. Un développement de ces derniers est par conséquent préconisé. Toujours dans la prise en charge psychiatrique, il faudrait accorder davantage d'importance à la situation de travail des patients en mauvaise santé mentale. A cet effet, la formation de base et la formation postgrade des psychiatres devraient accorder plus de place aux modules liés à l'emploi et, plus particulièrement, aux perspectives de travail.
- Enfin, il faudrait attacher plus d'importance aux connaissances des professionnels de la santé dans la

collaboration interinstitutionnelle entre employeurs, offices AI et services d'aide sociale.

Il s'agit désormais d'appliquer ces précieux conseils à la politique suisse de la santé. En l'occurrence, l'OFSP s'efforce d'optimiser la collaboration entre les instances compétentes de la Confédération et des cantons, sans pour autant remettre fondamentalement en question la répartition actuelle des compétences. Il importe aussi de sensibiliser les acteurs non gouvernementaux, tels qu'employeurs, employés et médecins. Le rapport de l'OCDE contient des incitations efficaces pour y parvenir.

Dr. Stefan Spycher, économiste, vice-directeur de l'OFSP et responsable de l'unité de direction Politique de la santé.
Mél: stefan.spycher@bag.admin.ch

Point de vue de la pédagogie spécialisée

L'OCDE conseille à la Suisse d'améliorer l'efficacité des ressources du secteur éducatif afin de développer les opportunités d'emploi des jeunes souffrant de troubles psychiques. Elle formule sept recommandations à cet effet. En ce qui concerne la pédagogie spécialisée, les conseils relatifs à la scolarité obligatoire pourront être mis en œuvre dans le cadre de l'enseignement intégratif, tandis que les mesures concernant le passage à la vie active devront être prises en collaboration avec d'autres parties prenantes.



Beatrice Kronenberg
Directrice du Centre suisse de pédagogie spécialisée

Parmi les troubles psychiques apparaissant pendant l'enfance ou l'adolescence on compte les troubles d'hyperactivité avec déficit d'attention (THADA), l'autisme, la dépression, les troubles anxieux, l'usage nocif de substances psychoactives, les troubles du comportement alimentaire et les psychoses. Tous ces troubles ont une incidence sur le comportement et constituent de nos jours un défi notable pour l'école. En général, les troubles psychiques ont leur origine dans l'enfance. Trois quarts d'entre eux se manifestent jusqu'à l'âge de 24 ans, un quart apparaît avant sept ans¹.

L'étude de l'OCDE évalue entre autres la capacité du système éducatif suisse de gérer les maladies d'ordre psychique. Elle constate que le système suisse dispose de vastes ressources en matière de santé mentale, mais qu'il pourrait les exploiter de manière plus efficace. Elle évoque également un lien entre les jeunes mal formés ou restés à l'écart des possibilités éducatives et les troubles psychiques.

A l'instar du monde du travail, les institutions de formation sont des lieux où les maladies mentales peuvent

devenir **apparentes**. En matière de santé mentale, l'école a un rôle à jouer, sans pour autant être le principal protagoniste. Elle peut faire de la prévention, mais le traitement des troubles psychiques à proprement parler relève du système de santé.

Ci-après, nous analysons les recommandations de l'OCDE sous l'angle de la pédagogie spécialisée.

Améliorer l'efficacité des ressources scolaires :

Favoriser l'enseignement intégratif dans les établissements ordinaires en y scolarisant les élèves qui présentent des problèmes de comportement ou des troubles psychiques
Appréciation : les résultats de deux recherches soutiennent cette recommandation.

Or ce constat doit être modulé, car une synthèse des recherches réalisées sur l'encouragement scolaire intégré et séparé d'enfants présentant des comportements problématiques montre que l'efficacité de la scolarisation intégrative n'est pas clairement prouvée. Certains indices montrent néanmoins qu'il n'est pas dans l'intérêt des élèves présentant des troubles du comportement de les regrouper dans des classes spécialisées ou des écoles spéciales². Une étude confirme qu'en comparaison d'une scolarisation spécialisée, la scolarisation intégrative profite aux élèves ayant des difficultés d'apprentissage, en vue de leur formation postobligatoire³.

Recenser les mesures de soutien existantes

Appréciation : il serait certes souhaitable de répertorier les mesures de soutien destinées aux élèves atteints dans leur santé (physique et psychique).

Toutefois, compte tenu des structures fédéralistes en Suisse, la création d'un tel inventaire et sa mise à jour nécessiteraient des ressources financières et humaines considérables.

Etablir un cadre d'intervention au niveau scolaire

Appréciation : il semble utile d'élaborer des guides sur les mesures et prestations de soutien disponibles dans les écoles et pouvant être offertes en commun.

Compte tenu de la souveraineté cantonale en matière d'éducation, il ne faudrait toutefois pas établir de **cadre d'intervention unique valable dans toute la Suisse**. Il

1 *Op.cit.* Kessler et al., p. 595 ss.

2 *Op.cit.* Liesen et Luder, p.11 à 18.

3 *Op.cit.* Eckhart et al., p. 73.

vaudrait mieux instaurer un échange formalisé de programmes cantonaux et d'exemples de bonne pratique.

Faciliter le passage des jeunes à la vie active⁴

Mettre en place des mesures transitoires pour les jeunes ayant terminé leur scolarité

Appréciation : inutile de souligner le rôle essentiel que jouent les mesures transitoires. Il importe surtout d'utiliser les instruments disponibles et de mieux les diriger vers les jeunes souffrant de problèmes psychiques.

La Confédération et les cantons ont formulé des objectifs d'éducation communs : l'un d'entre eux stipule que 95 % des jeunes de moins de 25 ans doivent présenter une formation au moins équivalant à l'école secondaire II. Pour atteindre cet objectif, la Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique (CDIP) a réalisé de 2006 à 2010 le projet Transition. En 2011, elle a aussi formulé des recommandations aux cantons afin d'optimiser le passage de la scolarité obligatoire au degré secondaire II. Il en est résulté une multitude de projets et de mesures élaborés sur la base d'enquêtes menées dans les cantons et documentés de manière centralisée⁴. En font partie la gestion des cas, Case Management (CM), et l'encadrement individuel spécialisé (FiB), projets lancés par la Confédération en 2008 qui interviennent précisément aux points de transition. Conformément au rapport sur la formation de 2014, parmi les jeunes nés en Suisse, l'objectif des 95 % est d'ores et déjà atteint et la proportion de titulaires d'un certificat du secondaire II parmi les jeunes qui sont nés ailleurs est aussi élevée⁵.

Deux petits groupes de personnes qui quittent l'école sans obtenir de certificat du secondaire II ne peuvent pas être atteints par les mesures de transition existantes. C'est pourquoi il faut porter une attention particulière à leurs besoins. Il s'agit :

- des jeunes qui n'arrivent pas à accomplir une formation avec attestation fédérale de formation professionnelle (AFP) mais qui obtiennent un certificat de compétences par voie professionnelle, et
- des jeunes qui suivent une formation pratique selon INSOS (FPrA) ou une formation similaire hors de la législation sur la formation professionnelle. Nombre d'entre eux bénéficieraient d'une formation professionnelle initiale d'une durée de **deux ans** (EbA) au sens de l'art. 16 LAI.

Aborder les problèmes psychiques des jeunes qui abandonnent prématurément leurs études

Appréciation : la scolarité obligatoire est solidement ancrée en Suisse. Le nombre de jeunes qui abandonnent leurs études avant la fin de la scolarité obligatoire n'est pas précisément établi, mais certaines études cantonales indiquent qu'il est faible.

Grâce à l'introduction d'un indice particulier, on disposera désormais de davantage d'informations sur les particularités des jeunes abandonnant leurs études avant terme.

En ce qui concerne les jeunes qui ont terminé la scolarité sans trouver de solution transitoire – les NEET (Not in Education, Employment or Training) –, l'école n'en est plus responsable tandis que les acteurs de la formation professionnelle et du monde du travail ne sont pas encore compétents. Dans ces cas, il appartient surtout aux parents de réagir, mais souvent ils n'en sont pas en mesure. Entre la fin de la scolarité et l'aboutissement d'un apprentissage ou l'obtention d'un contrat de travail, les jeunes sont confrontés à une foule de difficultés. Ils doivent parfois attendre la fin d'une évaluation ou patienter pour accéder à un stage, une école professionnelle ou un poste de travail. Par ailleurs, le nombre d'acteurs impliqués est souvent élevé (ORP, office AI, services psychiatriques, entreprises, etc.), surtout dans des cas complexes. Sous l'angle de la pédagogie spécialisée, les NEET profiteraient grandement d'un comblement des lacunes entre instances responsables.

Conclusion : tout comme le travail peut avoir un effet thérapeutique sur les personnes souffrant de troubles psychiques, la formation peut contribuer à la santé mentale, notamment des jeunes. Il faut donc tout entreprendre pour éviter qu'ils ne quittent prématurément le système éducatif.

Beatrice Kronenberg, Dr. phil., directrice CSPPS.
Mél : beatrice.kronenberg@szh.ch

Bibliographie

L'éducation en Suisse – Rapport 2014 : www.skbf-csre.ch/fr → Monitoring de l'éducation → Rapport 2014 (PDF).

Eckhart, Michael et al. Langzeitwirkungen der schulischen Integration, Bern 2011.

Kessler, Ronald C. et al., « Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication », in *Archives of General Psychiatry*, n° 62, 2005, p. 593 à 603.

Liesen, Christian et Reto Luder, « Forschungsstand zur integrativen und separativen schulischen Förderung von Schülerinnen und Schülern mit Verhaltensauffälligkeiten », dans *Revue suisse de pédagogie spécialisée*, n° 9, 2011 (en allemand seulement).

4 Deux des quatre propositions ne concernent pas directement le système éducatif. Elles ne sont pas prises en compte ci-dessus.

5 www.cdip.ch → Système éducatif suisse → Enquêtes auprès des cantons → Enquête 2012/2013 (Transition scolarité obligatoire – degré secondaire II).

6 *Op.cit.* Rapport sur l'éducation en Suisse, p. 112.

Situation de la prise en charge des assurés souffrant de troubles psychiques: terra incognita?

Les maladies psychiques sont la cause la plus fréquente d'octroi d'une rente AI. L'OFAS a mandaté une étude de faisabilité pour analyser la prise en charge des assurés qui ont déposé une demande de prestations ou qui perçoivent une rente en raison de troubles psychiques. Etant donné le faible taux de traitement médical de ces personnes, le fait que la plupart d'entre elles avaient des antécédents médicaux chargés a constitué une relative surprise pour les responsables de l'étude.

population allemande fait état pour l'année 2012 d'un taux de traitement moyen d'environ 38%². En Suisse, environ un tiers des personnes souffrant de grave dépression (35 % des femmes et 37 % des hommes) ont recours à une aide professionnelle³.

Le cas échéant, la plupart d'entre elles s'adressent d'abord à leur médecin de famille. D'après une étude suisse, les médecins de famille détectent des problèmes de dépression chez environ un tiers de leurs patients. Ils n'interviennent toutefois que très rarement, dans environ 3 % des cas⁴. De plus, il ressort clairement de cette étude



Peter Rüesch

Haute école zurichoise de sciences appliquées



Szilvia Altwicker-Hámori



Bernhard Bührlen

Cliniques psychiatriques universitaires de Bâle

Les défis de la prise en charge

De nombreuses personnes entravées dans leur vie quotidienne, leur profession ou leur relation avec leur partenaire par des troubles psychiques graves n'ont pas recours aux services d'un spécialiste. Ainsi, dans l'UE, seul un quart environ des personnes atteintes de troubles psychiques nécessitant des soins bénéficient d'un traitement psychiatrique et psychothérapeutique spécifique¹. La dernière étude sur les maladies psychiques dans la

que les patients concernés ont souvent déjà enduré de nombreuses épreuves lorsqu'ils consultent et que, outre la dépression, ils sont généralement, au sens large, atteints dans leur santé et mal intégrés socialement. On observe une même multimorbidité chez des personnes qui touchent une rente AI pour une raison d'ordre psychique⁵.

Les résultats des recherches sur la situation de la prise en charge révèlent l'existence d'un lent processus de

- 1 Wittchen, Hans-Ulrich et Frank Jacobi, « Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies », in *European Neuropsychopharmacology* 15, 2005, 357-376; Wittchen, Hans-Ulrich et al., « The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010 », in *European Neuropsychopharmacology* 21, 2011, 655-679.
- 2 Wittchen, Hans-Ulrich et Frank Jacobi, *Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland?*, Présentation au symposium DEGS, 14.6.2012: www.degs-studie.de → Ergebnisse → DEGS1-Symposium 2012 (PDF; état: janvier 2014).

- 3 Rüesch, Peter et al., *Regionale psychiatrische Inanspruchnahme und Versorgungsbedarf in der Schweiz (Recours et besoins en soins psychiatriques au niveau régional en Suisse)*. Obsan Dossier 23 (en allemand, avec résumé en français), Neuchâtel 2013.
- 4 Baer, Niklas et al., *La dépression dans la population suisse*. Obsan Rapport 56, Neuchâtel 2013.
- 5 Baer, Niklas et al., *Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen: Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe (Analyse des dossiers d'invalidité pour raisons psychiques: typologie des personnes, de leur maladie, de leur handicap et des parcours aboutissant à l'octroi d'une rente)*. Aspects de la sécurité sociale, rapport de recherche n° 6/09, Berne 2009 (en allemand, avec résumé en français).

Santé physique et psychique: nombre d'épisodes de maladie et de traitement documentés sur la durée (niveau d'analyse: épisodes)

T1

| Code d'infirmité | Maladie psychique | | | Traitement psychiatrique | | | Maladie physique | | |
|------------------|-------------------|---------|--------|--------------------------|---------|---------|------------------|---------|---------|
| | I | II | III | I | II | III | I | II | III |
| 641 (N=22) | 54 (71) | 13 (17) | 9 (12) | 51 (60) | 14 (16) | 20 (24) | 12 (71) | 5 (29) | 0 (0) |
| 642-645 (N=25) | 56 (78) | 11 (15) | 5 (7) | 50 (75) | 12 (18) | 5 (7) | 20 (57) | 9 (26) | 6 (17) |
| 646 (N=72) | 158 (74) | 39 (18) | 16 (8) | 132 (67) | 45 (23) | 21 (11) | 68 (60) | 34 (30) | 11 (10) |
| Total (N=119) | 268 (74) | 63 (17) | 30 (8) | 233 (69) | 71 (21) | 36 (11) | 100 (61) | 48 (29) | 17 (10) |

Contenu des cellules: nombre d'épisodes, pourcentage entre parenthèses

Périodes d'observation: I = avant le premier contact; II = entre le premier contact et la décision relative à l'octroi de rente;

III = après la décision

Pour des raisons formelles, un dossier a dû être exclu de l'analyse.

chronicisation et de désinsertion professionnelle et sociale chez de nombreuses personnes qui s'adressent à l'AI en raison de troubles psychiques. S'il était possible d'aiguiller ces personnes plus rapidement vers un traitement approprié, on pourrait peut-être éviter, dans certains cas, la perte d'emploi et d'autres répercussions lourdes de conséquences sur le plan social.

Questions abordées par l'étude de faisabilité

Etant donné la situation, l'assurance-invalidité manifeste un intérêt croissant pour la situation de la prise en charge d'assurés atteints de troubles psychiques, tant pour fournir des traitements psychiatriques et psychothérapeutiques appropriés que pour disposer d'une documentation facilitant la mesure des résultats et permettant des comparaisons. De cette façon, l'octroi précoce d'une rente pour motif psychiatrique pourrait parfois être évité. C'est pourquoi la qualité de la prise en charge des assurés a été analysée de façon plus approfondie dans le cadre de l'étude de faisabilité. Il s'agissait de savoir, en particulier, dans quelle mesure les dossiers établis par les offices AI permettent de connaître la prise en charge psychiatrique-psychothérapeutique des assurés et de l'évaluer.

Méthodologie

A cette fin, 120 dossiers AI ont été sélectionnés de manière aléatoire pour obtenir un échantillon représen-

tatif de l'ensemble des personnes qui étaient enregistrées à l'AI entre 2005 et 2010 et dont le dossier portait un code d'infirmité correspondant à une maladie psychique (641 à 646)⁶ pour une demande de rente, des mesures de réadaptation ou la perception d'une rente. La sélection tenait compte de la date du premier contact avec l'AI (2005 à 2007 ou 2008 à 2010), du groupe d'âge des assurés et de la perception ou non d'une rente, tout en veillant à la représentativité de l'échantillon par rapport aux autres critères sociodémographiques et à la répartition des assurés sur l'ensemble du territoire suisse.

On a procédé à un encodage rapide des dossiers AI pour vérifier la présence de différentes informations, comme l'état de santé, les mesures de traitement, etc., avant de traiter plus en profondeur douze dossiers dans le but de vérifier si les informations étaient disponibles, et surtout d'évaluer leur degré de précision. Ce traitement différencié a permis de réaliser une analyse qualitative des contenus des dossiers.

Dossiers d'assurés: quelles informations sont documentées et de quelle manière?

Bien que, d'un point de vue méthodologique, ce n'était pas l'objectif principal de l'étude de faisabilité, ses résultats éclairent tout de même la situation de la prise en charge des assurés souffrant de troubles psychiques. Ainsi, les dossiers d'une majorité d'assurés faisaient état d'au moins deux périodes de maladie psychique ou de traitement (le maximum étant huit périodes). Il est intéressant de constater que la plus grande part d'épisodes enregistrés de maladie psychique (74%), de traitement psychiatrique ou psychothérapeutique (69%) et de maladie physique (61%) avaient déjà débuté avant le premier contact avec l'AI, et parfois même depuis longtemps (plusieurs années auparavant). Cela montre que les problèmes de santé qui entraînent finalement le dépôt d'une

6 Codes pour la statistique des infirmités et des prestations (CSIP-C): Ces codes sont définis comme suit: 641 Schizophrénie; 642 Accès maniaque dépressif; 643 Psychoses organiques et lésions cérébrales; 644 Autres psychoses; 645 Psychopathie; 646 Troubles réactifs du milieu ou psychogènes; névroses, borderline cases (limite entre la psychose et la névrose); anomalie psychique simple; troubles fonctionnels du système nerveux et troubles du langage qui en sont la conséquence; troubles psychosomatiques, dans la mesure où ils n'ont pas été codifiés comme troubles physiques.

demande à l'AI existent souvent depuis longtemps et que les assurés sont déjà pris en charge médicalement avant le premier contact avec l'AI. Toutefois, les dossiers ne permettent pas de déterminer si la prise en charge est appropriée.

Pour près de la moitié des assurés, seuls les traitements psychiatriques qui avaient déjà débuté avant le premier contact avec l'AI sont documentés. Par conséquent, pour un assuré présentant des troubles psychiques sur deux, aucun nouveau traitement n'est entrepris pendant l'instruction AI.

L'étude a également traité la question de la durée qui s'est écoulée entre le début du tout premier épisode de maladie ou de traitement et le premier contact avec un office AI (voir graphique G1). Par rapport à l'ensemble des assurés, la durée médiane écoulée entre le début du premier épisode documenté d'une maladie psychique et le premier contact avec l'AI est de 37 mois. La durée médiane écoulée entre le début d'un traitement psychiatrique ou psychothérapeutique et le premier contact avec l'AI est quant à elle de 18 mois. La dispersion des variables est toutefois considérable: pour un quart des cas, p. ex.,

la durée médiane écoulée entre le début de la maladie et le premier contact avec l'AI est de 110 mois, et celle entre le début du traitement et le premier contact, de 56 mois. On n'observe cependant aucune différence significative entre les groupes d'infirmités (641, 642-645, 646).

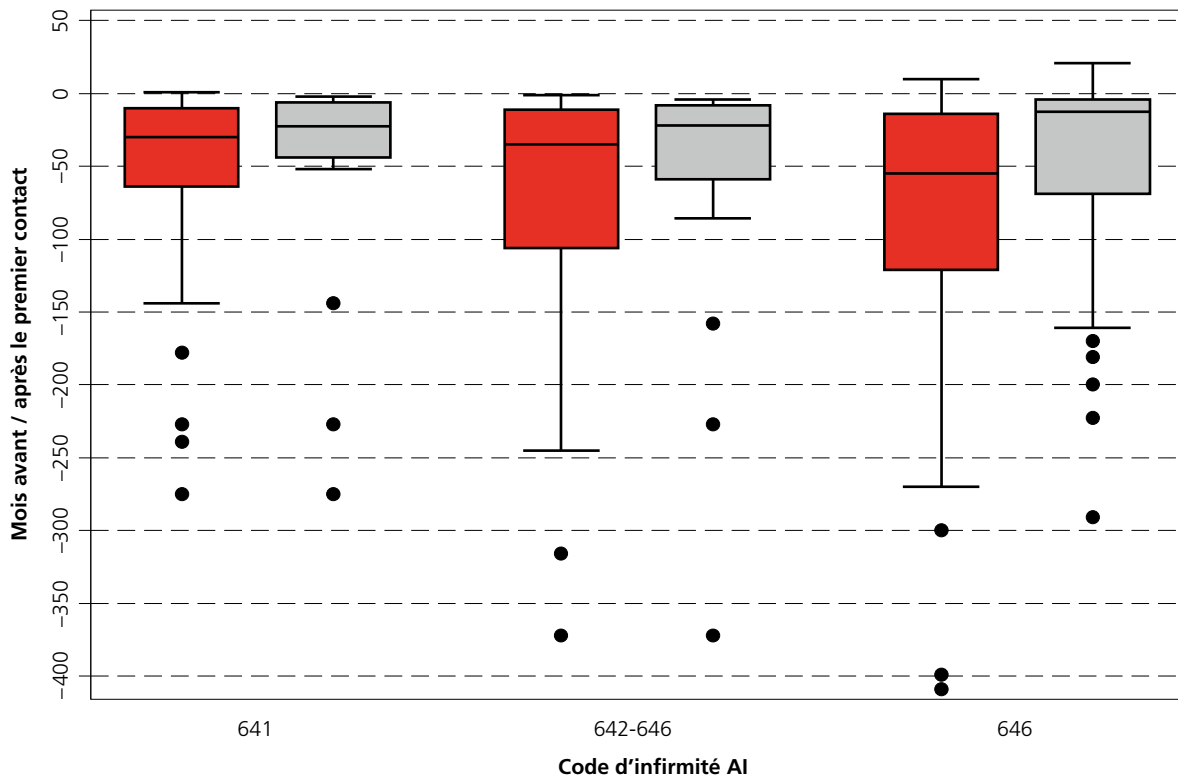
Séquences de traitement hétérogènes

L'analyse des 120 dossiers de l'AI fournit également de précieuses informations sur la chronologie et la combinaison des diverses séquences de traitement psychiatrique ou psychothérapeutique. Celles-ci sont très hétérogènes et complexes pour environ un sixième des assurés.

Dans l'échantillon analysé, on a pu identifier au total quatorze combinaisons différentes de séquences de traitement. Trois variantes prédominent (82 % des cas):

1. Un seul traitement est effectué pour une durée limitée (séquence A).
2. Un premier traitement est combiné, après un certain temps, avec un deuxième; les deux traitements sont poursuivis en parallèle (séquence AB).

Durée écoulée entre le début du tout premier épisode de maladie psychique ou traitement et le premier contact avec l'AI (valeurs négatives: la période se situe avant le premier contact) G1

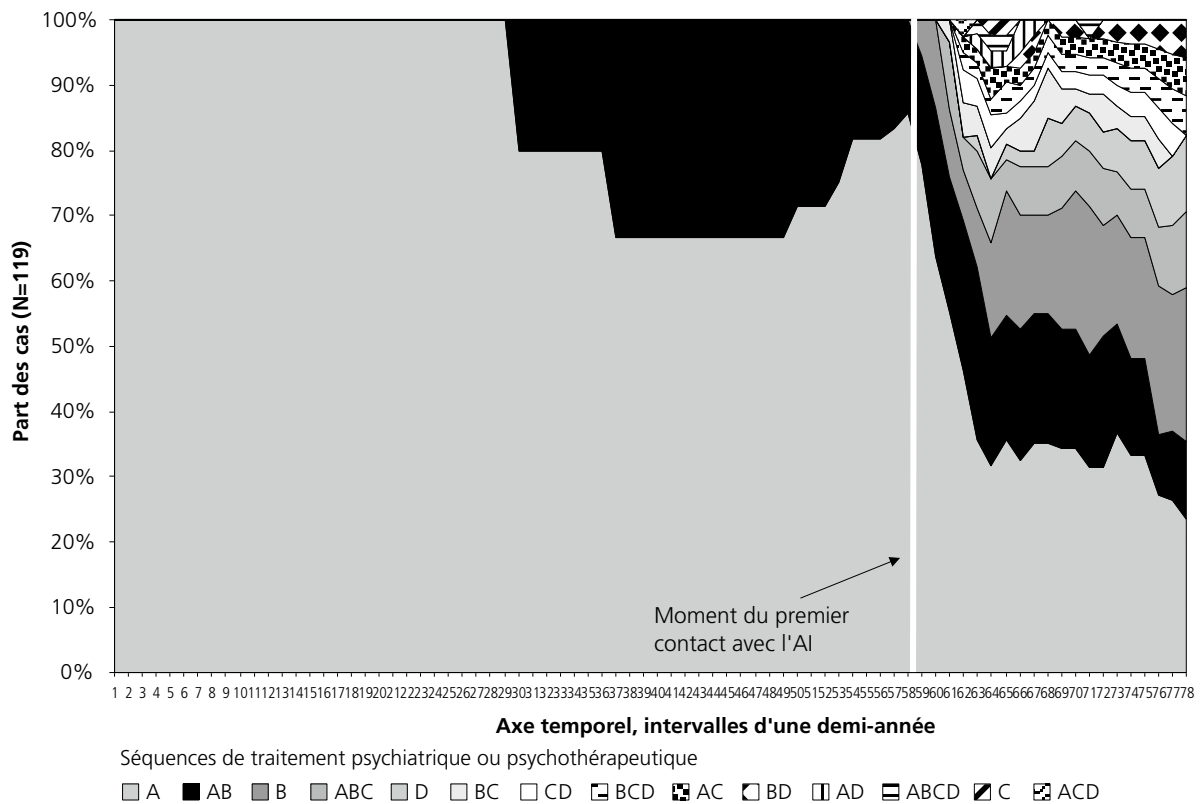


Durée en mois entre la première inscription au dossier d'une maladie psychique et le premier contact avec l'AI.
 Durée en mois entre la première inscription au dossier d'un traitement psychiatrique et le premier contact avec l'AI.

Source: *Op.cit.* Rüesch et al.

Part des diverses séquences de traitement psychiatrique ou psychothérapeutique par rapport à l'ensemble des séquences de traitement au fil du temps (échantillon global, N=119)

G2



Source: *Op.cit.* Rüesch et al.

3. Un nouveau traitement est entrepris après l'achèvement du premier (séquence B).

Par rapport à l'ensemble des séquences considérées, la part de celles qui n'impliquent qu'un seul traitement se modifie avec le temps (voir graphique G2). Avant le premier contact, les séquences A et AB prédominent. Ce n'est qu'environ une année et demie après le premier contact que les dossiers AI font état d'autres périodes de traitement en plus grand nombre. Leur spectre s'élargit nettement encore après le premier contact pour se réduire finalement vers la fin de la période d'observation. La fréquence et la diversité des traitements semblent donc augmenter fortement après le premier contact avec l'AI, pour diminuer vers la fin de la procédure d'instruction.

Les résultats présentés ne restituent toutefois pas la situation de traitement réelle des assurés, mais la réalité documentée dans les dossiers. La diversité des traitements, qui augmente fortement dès le premier contact, ne peut pas simplement être interprétée comme une augmentation réelle des interventions, le cas échéant ordonnées par l'AI. Ce constat peut même être un effet de la procé-

dure d'instruction de l'AI et de la pratique en matière de documentation: en effet, pour établir l'anamnèse, l'AI porte une grande attention à la situation des assurés lors de la période où a lieu le premier contact, ce qui explique qu'elle est richement documentée.

Psychothérapies: une documentation incomplète

L'analyse approfondie de douze dossiers a montré que la documentation des diagnostics est établie la plupart du temps d'après un système de diagnostic psychiatrique reconnu (généralement la CIM⁷). Par contre, le déroulement et l'évolution des troubles psychiques dans le parcours des assurés ne sont souvent documentés que de façon lacunaire.

Les méthodes de traitement sont également peu détaillées. Les traitements médicamenteux sont certes décrits précisément, mais des données plus précises sur la psychothérapie (p. ex. méthodes thérapeutiques, procédure, objectifs du traitement) et sur d'autres formes d'intervention psychosociale ne figurent que dans un petit nombre de cas. Il n'est souvent possible de se faire une idée suffisamment claire de l'évolution des troubles psy-

7 Classification internationale des maladies (OMS); le chapitre V (F) est consacré aux troubles mentaux et du comportement.

chiques que lorsque le dossier a été mis à jour à la faveur du rapport de sortie d'un traitement hospitalier ou, plus globalement, d'une expertise psychiatrique.

Il s'est aussi avéré difficile de déterminer la capacité de travail de l'assuré pour les différents épisodes de maladie et les traitements entrepris, étant donné que la seule source d'information à ce sujet était constituée de rapports rédigés ultérieurement par des tiers extérieurs à l'office AI. De plus, l'analyse a été entravée par le fait qu'il a souvent fallu identifier de nombreuses données, parfois contradictoires, contenues dans les dossiers et provenant de différents acteurs et institutions, ce qui empêche d'évaluer correctement la nécessité et la réussite des traitements et des mesures de réadaptation.

Conclusions et bilan

Lorsque des personnes s'adressent à l'AI en raison de graves troubles psychiques, elles ont souvent déjà enduré des souffrances et suivi des traitements depuis longtemps. C'est ce que montrent les résultats de notre étude. Il ne s'agit donc généralement pas de personnes qui présentent un trouble psychique chronique non traité. Les personnes qui finissent par toucher une rente AI en raison de troubles psychiques sont souvent déjà en traitement depuis de nombreuses années. Une analyse du dossier ne permet toutefois pas de déterminer si leur traitement est approprié. Mais il semblerait que ce groupe d'assurés soit confronté à une prise en charge inappropriée ou erronée, plutôt que globalement insuffisante.

Les antécédents médicaux, parfois très anciens, constituent une difficulté particulière dans la prise en charge et le pilotage du cas par l'AI. Si, concentrée sur l'objectif de la réadaptation, l'AI estime que sa tâche consiste également à influencer dans une certaine mesure les traitements prodigués par les médecins ou d'autres spécialistes de la santé, elle est alors obligée de coordonner son action avec les traitements déjà en cours. Car dans de nombreux cas, il ne s'agit pas de chercher l'offre de traitement psychiatrique ou psychothérapeutique appropriée en partant pour ainsi dire de zéro, mais bien plutôt de partir des traitements existants pour définir les compléments qui s'imposent et de documenter le déroulement des traitements.

Une telle orientation requiert des exigences considérables en termes de compétences professionnelles chez les responsables de cas de l'AI engagés dans les domaines de la psychiatrie et de la psychothérapie, ainsi que dans la qualité de la collaboration entre l'AI et les prestataires de soins. La question se pose toutefois de savoir si les offices AI doivent et peuvent donner leur avis sur le traitement des assurés, et jusqu'à quel point. Si l'on répond à la question par l'affirmative, cela aurait notamment des conséquences sur l'éventail des tâches des responsables

de cas, qui devrait évoluer vers une gestion de cas proprement dite. Il serait également recommandé de définir des directives spécifiques pour la documentation des traitements psychiatriques et psychothérapeutiques dans les dossiers, de manière à garantir non seulement l'évaluation de l'efficacité des mesures de traitement et de réadaptation, mais aussi la planification d'interventions ultérieures.

Etude

Rüesch, Peter; Bührlen, Bernhard; Altwicker, Szilvia; Juvalta, Sibylle et Silke Träbert, *Die Behandlung von Personen mit psychischen Krankheiten: Bestandsaufnahme der Behandlungssituation vor und während eines Rentenbezugs der Invalidenversicherung*. Machbarkeitsstudie: Schlussbericht, [Berne] 2013 (en allemand, avec résumé en français): www.ofas.admin.ch → Documentation → Publications → Etudes, expertises ...

Peter Rüesch, Prof. Dr. phil., directeur du centre de recherches des sciences de la santé.
Mél: rech@zhaw.ch

Szilvia Altwicker-Hàmori, Dr. rer. pol., collaboratrice scientifique du centre de recherches des sciences de la santé.
Mél: altw@zhaw.ch

Sibylle Juvalta, MSc Public Health, assistante scientifique du centre de recherches des sciences de la santé.
Mél: sibylle.juvalta@zhaw.ch

Tous trois travaillent au département de la santé de la Haute école zurichoise de sciences appliquées.

Bernhard Bührlen, Dr. phil., division Evaluation et clinique forensique-psychiatrique.
Mél: bernhard.buehrlen@npkbs.ch

Dr. Silke Träbert, psychologue, clinique forensique-psychiatrique.
Mél: silke.traebert@npkbs.ch

Tous deux travaillent aux Cliniques psychiatriques universitaires de Bâle.