

Abstract – Groupe 28

## **La réhabilitation professionnelle des patients souffrant de troubles psychiatriques**

Renzo Becerra, Marion Charmillot, Kaliska Pedrazzoli, Aude Salvadé, Agnese Vella

### *Problématique*

Dans le domaine de la réhabilitation professionnelle des patients souffrant de troubles psychiatriques, il existe deux modèles distincts. Le premier est un modèle progressif de réhabilitation dans lequel le patient passe par une phase de préparation dans un milieu protégé, un AP (Atelier Protégé), pour ensuite réintégrer, si possible, le marché du travail. Ce modèle est plus traditionnel mais obtient un taux de succès relativement faible. Ceci a conduit au développement d'un second modèle appelé IPS (Individual Placement and Support). Celui-ci vise à réinsérer le patient le plus vite possible dans le marché primaire de l'emploi. La littérature a fait état d'une meilleure efficacité de l'IPS, cependant les AP restent majoritairement représentés au sein de l'Unité psychiatrique du CHUV qui constitue notre terrain de recherche.

### *Objectifs*

- ☞ Comprendre pourquoi les AP sont plus utilisés que le programme IPS
- ☞ Identifier l'éventuelle collaboration entre AP et IPS
- ☞ Identifier les éventuels profils spécifiques différenciant les patients entre AP et IPS
- ☞ Rendre compte des expériences de patients entre AP et IPS
- ☞ Identifier le rôle de l'AI (Assurance Invalidité) dans ces deux modèles

### *Méthodologie*

Nous avons effectué une revue de la littérature pour prendre connaissance de la situation actuelle au niveau international.

Nous avons poursuivi l'enquête sur le terrain de l'Unité psychiatrique du CHUV par une récolte de données qualitatives par entretiens semi-directifs auprès de responsables de ces dispositifs de réinsertion et de leurs patients. Nous n'avons pu interroger que trois patients choisis par les responsables, ce qui n'est malheureusement pas entièrement significatif. La récolte de donnée et leur analyse a été complétée par la consultation de documents fournis par l'AI, ce afin de comprendre son rôle dans ces démarches de réhabilitation.

### *Résultats*

D'après les résultats récoltés durant notre travail de terrain, nous avons pu comprendre le rapport entre ces deux modèles.

Les AP sont plus anciens et plus établis que l'IPS. Le personnel spécialisé en IPS est moins nombreux car il a été mis en place qu'en 2009 sous le nom de RESSORT (RESeau de Soutien et d'ORientation vers le Travail). Cela pourrait expliquer la prédominance numérique des patients pris en charge par les AP. La persistance des AP pourrait aussi être due au fait que, les patients n'ayant pas l'envie de travailler sont préférentiellement dirigés vers les ateliers plutôt que vers l'IPS.

La coexistence de ces deux modèles de réinsertion vient notamment du fait qu'ils s'intéressent à deux populations différentes ou à la même population à des moments différents dans leur vie.

Il est possible que certains patients changent de modèle au cours de leur réinsertion, mais ces transferts sont plutôt rares. On relève peu de collaboration entre AP et IPS sur le terrain étudié. L'institution qui semble faire le pont entre les deux programmes est l'AI. Elle s'occupe d'orienter les patients qui en sont bénéficiaires vers l'une des méthodes de réinsertion. Dans l'IPS, un collaborateur de l'AI s'occupe de la réinsertion de ses bénéficiaire, ceci avec la possibilité d'offrir une incitation d'allocation au travail à l'employeur, ce qui n'est pas le cas pour les personnes non inscrites à l'AI.

Le critère d'inclusion principal, pour les deux modèles, est celui de souffrir d'un trouble psychiatrique. Reste que l'IPS nécessite que le patient soit motivé à travailler. Ceci indépendamment du type de trouble ou de sa sévérité. En pratique, de plus grandes difficultés ont été rencontrées avec les patients souffrants de troubles de la personnalité et ce, pour l'IPS comme pour les AP. Il n'y a donc pas, à priori, de profil psychiatrique correspondant expressément à un modèle.

Il ressort des entretiens avec les patients usagers des deux modèles, des sentiments variés et contrastés.

Cette diversité est principalement due à la spécificité intrinsèque de chaque patient. Les AP peuvent permettre de retrouver un rythme de vie pour un patient ayant perdu ses repères. Mais ils peuvent aussi engendrer un sentiment de frustration quand les patients ont des capacités supérieures à celles qui leur sont demandées. Pour l'IPS, aucune critique n'a été relevée de la part du patient.

### *Conclusion*

En accord avec la littérature, l'IPS est un modèle validé à l'Unité psychiatrique du CHUV.

Cependant, malgré son efficacité, il s'avère que les AP restent indispensables pour faire face à la population qui ne correspond pas aux critères de participation à l'IPS.

On constate toutefois la présence, dans les AP, de patients qui souhaiteraient réintégrer le monde du travail.

Etant donné le succès de l'IPS, nous nous interrogeons sur le possible bénéfice d'une collaboration entre ces deux programmes, qui d'après notre recherche s'avère être quasi absente. Cette coopération pourrait faciliter le passage des AP vers IPS et maximiser ainsi la probabilité de retourner dans le marché primaire.

Des recherches plus approfondies portant sur des échantillons plus représentatifs seraient sans doute nécessaires pour évaluer les bénéfices potentiels d'une collaboration renforcée entre les deux modèles.

### *Mots-clés*

Réhabilitation professionnelle, trouble psychiatrique, Individual Placement and Support (IPS), Ateliers Protégés (AP), Assurance Invalidité (AI).

Lausanne, le 30 juin 2015

# La réhabilitation professionnelle des patient.e.s souffrant de troubles psychiatriques

Renzo Becerra, Marion Charmillot, Kaliska Pedrazzoli, Aude Salvadé, Agnese Vella



## 1. Situation

Deux modèles de réhabilitation professionnelle sont utilisés dans l'Unité de psychiatrie du CHUV:

- **Modèle des Ateliers protégés (AP):**  
le/la patient.e passe par une **phase de préparation** dans un milieu protégé avant d'être réintégré dans le marché du travail.
- **Modèle Individual Placement and Support (IPS):**  
le/la patient.e est **réintégré.e le plus rapidement** possible dans le marché du travail tout en étant accompagné.e.

## 2. Objectifs de la recherche

Comprendre, au sein de l'Unité psychiatrique du CHUV:

- pourquoi les Ateliers sont plus utilisés que le modèle IPS
- savoir s'il y a une collaboration entre les deux modèles
- identifier s'il existe un profil particulier de patient.e.s qui correspond à un de ces modèles
- comparer les expériences de patient.e.s
- définir le rôle de l'Assurance Invalidité (AI) dans les deux modèles.

## 3. Méthodologie

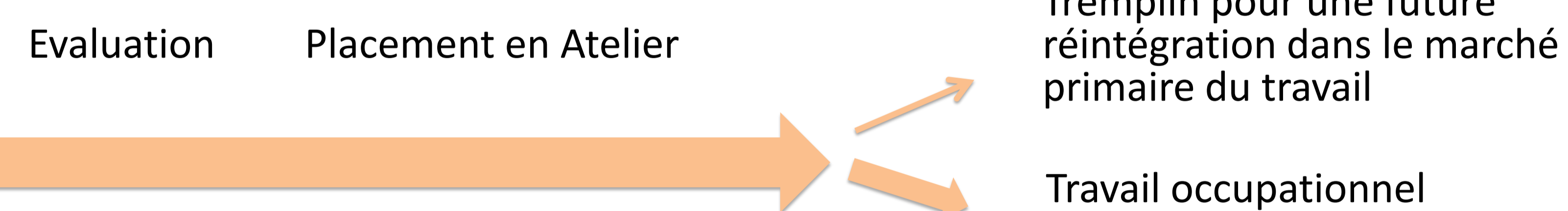
- Revue de littérature.
- Entretiens semi-directifs avec les responsables des deux modèles, une infirmière en psychiatrie, deux patient.e.s travaillant dans les AP et un client du programme de réinsertion RESSORT (RESeau de Soutien et d'ORIENTATION vers le Travail, selon le modèle IPS). (n=6)

### Modèle des AP

- Le **plus utilisé** et le plus répandu en Suisse.
- Il y a plus de places disponibles que pour IPS, mais il y a tout de même une liste d'attente variant d'une semaine à plusieurs mois..
- Il permet de retrouver un rythme de vie « **sans le stress** » du marché primaire de l'emploi.
- **Critères d'inclusion:** principalement trouble psychiatrique, voire rente AI.
- Un petit salaire peut être versé mais l'essentiel du revenu provient de l'AI.
- Selon la **littérature**, le modèle est considéré comme **stigmatisant** et **peu efficace** pour une réintégration dans le marché primaire de l'emploi.

« Aucun stress, pression, jugement, de la part des professionnels mais plutôt une valorisation » patient x

« J'ai plus de capacités que certains, et des fois je ne me sens pas vraiment à ma place. » patient y



### Modèle IPS

- Plus récent et **moins utilisé** en Suisse.
- Permet **une réintégration directe** dans le marché du travail
- Le Programme de réinsertion **RESSORT** s'occupe de cette transition dans le Canton de Vaud.
- Nombre de places disponibles limité et liste d'attente d'environ 6 mois.
- **Critères d'inclusion:** motivation au travail, suivi médical et trouble psychiatrique.
- L'AI soutient ce modèle car sa nouvelle politique est « la réinsertion prime la rente ». Celle-ci ne sera versée que si les mesures de réinsertion ont échoué ou sont impossibles.
- Selon la **littérature**, le modèle est considéré comme **très efficace** pour une réintégration dans le marché primaire de l'emploi.

« RESSORT m'a aidé à faire face aux problèmes que je rencontrais mais surtout au niveau de la communication et de l'estime de soi » patient z



## 4. Constats de terrain

- Le choix du modèle se fait en fonction du souhait du/de la patient.e; l'accès **est indépendant du trouble psychique** et il n'y a pas a priori de profil psychiatrique correspondant à un modèle de réinsertion.
- Si **IPS** est plus efficace, il **n'est pas adapté à tous les patients**: les AP restent indispensables pour la population qui n'est pas prête à participer à IPS ou qui n'a pas réussi à reprendre un travail via ce dispositif de réinsertion.
- Il existe **peu de passage** entre AP et IPS, surtout de AP à IPS. Il est par contre un peu plus fréquent de passer de IPS à AP.
- On observe qu'il y a des patient.e.s des AP qui souhaiteraient réintégrer le monde du travail.

## 5. Conclusion

En accord avec la littérature, l'IPS est un modèle validé à l'Unité psychiatrique du CHUV. Cependant, malgré son efficacité, il s'avère que les AP restent indispensables pour faire face à la population qui ne correspond pas aux critères de participation à l'IPS. On constate toutefois la présence, dans les AP, de patients qui souhaiteraient réintégrer le monde du travail. Etant donné le succès de l'IPS, nous nous interrogeons sur le possible bénéfice d'une collaboration entre ces deux programmes, qui d'après notre recherche s'avère être quasi absente. **Cette coopération pourrait faciliter le passage des AP vers IPS et maximiser ainsi la probabilité de retourner dans le marché primaire.** Des recherches plus approfondies portant sur des échantillons plus représentatifs seraient sans doute nécessaires pour évaluer les bénéfices potentiels d'une collaboration renforcée entre les deux modèles.

### Remerciements

C. Bonsack, S. Kiemba, D. Spagnoli, C. Biasotto, les patients qui ont participé et notre tuteur F. Panese

Contact: aude.salvade@unil.ch