

# Dispositif de soutien à l'emploi pour patients psychiatriques: évaluation rétrospective

Christelle Favre<sup>a</sup>, Danièle Spagnoli<sup>a</sup>, Valentino Pomini<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Section de psychiatrie sociale, Service de psychiatrie communautaire, Département de psychiatrie, Centre Hospitalier et Universitaire Vaudois (CHUV), Prilly, Switzerland

<sup>b</sup> Institut de psychologie, Faculté des sciences sociales et politiques, université de Lausanne, Switzerland

Funding / potential competing interests: No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

## Summary

*Support programme of employment for psychiatric patients : a retrospective study*

**Goal:** RESSORT, a supported employment programme developed and implemented in Lausanne in 2009, provides personalised help to people with mental difficulties to obtain and keep employment, access educational programmes or engage in mental health care based on the clients' personal needs. Either a traditional progressive vocational rehabilitation programme or the Individual Placement and Support model (IPS) could be offered. The purpose of this retrospective pilot study was to evaluate the effectiveness of RESSORT in promoting professional reintegration and personal goals achievement.

**Method:** The professional and educational status at the end of the programme for 139 patients between 2009 and 2011 were compared with their baseline status using contingency tables and chi-square analysis. The achievement of the initial goals was also measured. Finally, the predictive power of a series of baseline variables was tested to identify subgroups of clients with different levels of response to the programme.

**Results:** At the end of the programme 54% of the patients had a professional or an educational activity, versus 37% at the baseline. Besides, 40.3% of the patients were employed at the programme exit, of which 22% in sheltered jobs and 18% in competitive jobs, versus 33.1% at the baseline. During RESSORT 28% of the patients gained access to a professional or educational activity, while 12% lost it, 35% remained unemployed and 25% kept their initial activity. The analysis of the predictive factors showed that having a certificate of professional education, being more than 30 years of age and undergoing psychiatric treatment at the baseline are factors leading to a successful vocational reintegration.

**Conclusion:** Based on these study outcomes, which demonstrated comparability with the results of previous research, we can assume RESSORT to be effective at enhancing vocational reintegration results. Since 2012 three specialised pathways (psychiatric care engagement, traditional vocational rehabilitation and supported employment IPS) have been differentiated. This latest development, aimed at clarifying the strategies of intervention used by RESSORT, will be object of further research in the future.

**Key words:** vocational rehabilitation; supported employment; individual placement and support; educational support; effectiveness; evaluation study; mental illness

Correspondance:

Christelle Favre, Master en psychologie  
Section de psychiatrie sociale, Service de psychiatrie  
communautaire, Département de psychiatrie  
Centre Hospitalier et Universitaire Vaudois (CHUV)  
CH-1008 Prilly  
Switzerland  
Christelle.Favre[at]chuv.ch

## Introduction

Les personnes souffrant de troubles psychiques sévères ou chroniques trouvent difficilement leur place dans le monde du travail [1, 2]. Elles doivent non seulement gérer les difficultés liées aux conséquences de leur maladie, mais également faire face aux nombreuses exigences du marché de l'emploi, ainsi qu'aux préjugés et à la stigmatisation dont elles sont la cible [2–4]. Une étude de Secker et al. a par exemple montré en 2001 que sur 156 patients psychiatriques usagers des services de santé mentale à Sheffield, 90% étaient intéressés par un retour en emploi et 82% souhaitaient bénéficier d'une aide dans ce domaine [5]. Le même type d'étude reconduite en 2006 dans le Sussex sur un échantillon de 117 patients montrait que 71% d'entre eux voulaient occuper un emploi rémunéré et que plus de 70% de ces derniers manifestaient un besoin de soutien à ce propos [6]. Au-delà de la valorisation sociale de l'emploi pour l'identité de l'individu, le fait d'être en activité apporte un certain nombre de bénéfices qui contrecarrent les effets délétères des troubles mentaux: occuper un poste permet de structurer le temps, renforce l'estime de soi, donne du sens à l'existence, contribue à l'indépendance financière ou encore favorise la participation à la vie sociale [7]. L'activité professionnelle est ainsi reconnue comme un facteur important du rétablissement [8]. C'est pourquoi la réinsertion professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques demeure aujourd'hui encore, à l'heure où la conjoncture économique n'est pas des plus favorables, une préoccupation centrale des professionnels de la réhabilitation psychosociale. En effet, diverses modalités de suivi et de réinsertion ont été développées et évaluées au cours des dernières décennies pour soutenir les projets de retour ou d'accès à l'emploi [9–11].

À Lausanne (Suisse) le premier dispositif psychiatrique spécialisé dans le soutien à l'emploi nommé RESSORT (ou RÉSEau de Soutien et d'ORIENTATION vers le Travail) a été créé en 2009. En collaboration avec les centres sociaux régionaux (CSR), l'office de l'assurance invalidité (OAI) et la majorité des acteurs institutionnels ou associatifs présents dans ce domaine, ses objectifs sont de favoriser l'accès ou le maintien à l'emploi ou la formation des personnes atteintes dans leur santé mentale. Il a aussi pour mission de détecter les troubles psychiques et de favoriser l'accès aux soins des personnes en réinsertion professionnelle qui ne bénéficient pas encore d'un traitement adéquat malgré d'évidentes difficultés sur ce plan [12].

RESSORT s'adresse d'une part à des personnes souffrant de troubles psychiques reconnus et traités, pour lesquelles il s'agit de favoriser la formation initiale ou la reprise d'une activité professionnelle tout en assurant la cohérence et la continuité des soins. D'autre part, certaines personnes signalées par les services sociaux n'ont pas encore eu contact avec la psychiatrie. Pour ces dernières, la détection des troubles psychiques et l'établissement d'un réseau de soin constituent alors un objectif préliminaire à l'insertion professionnelle.

Constituée d'ergothérapeutes, d'infirmières, de psychologues, d'une assistante sociale et d'une psychiatre, l'équipe pluridisciplinaire de RESSORT est mobile, prête à se déplacer auprès des employeurs et de tous les partenaires engagés dans le soutien à l'emploi. Les prises en charges sont personnalisées et sans limite de temps. En fonction des besoins et projets des patients, RESSORT propose deux modèles d'encadrement. Le premier, celui dit du *Train then Place*, caractérise la réhabilitation professionnelle classique, qui propose un entraînement préalable et progressif des compétences professionnelles dans des structures de type atelier protégé, avant l'éventuel engagement dans un projet de retour en emploi compétitif. Le second, celui du *Place then Train*, vise un accès rapide à la première économie en contournant l'étape des structures intermédiaires [13]. Ce modèle est incarné notamment par le programme IPS (Individual Placement and Support) [14] adopté par l'équipe de RESSORT.

Les études évaluant les programmes de type *Place then Train* ont généralement abouti à des résultats prometteurs, surtout dans les contextes anglo-saxons et germaniques, avec des taux d'insertion professionnelle variant entre 20 et 78% [10, 15–18]. L'optimisme peut cependant être modéré par le fait que les critères utilisés pour établir ces résultats ne sont pas constants d'une étude à l'autre (nombre d'heures travaillées, montant du salaire, accès à ou exercice d'au moins une activité professionnelle sur une certaine durée, etc.). De plus, les contextes socio-économiques dans lesquels ces études sont conduites peuvent ou non favoriser les résultats. On peut notamment penser que le système de protection sociale bien développé en Suisse peut constituer un frein: les patients pourraient n'envisager qu'avec réticence le risque de perdre cette protection financière contre l'obtention d'un emploi à la destinée incertaine. Dès lors il apparaît important de voir si l'implantation d'un tel programme de soutien à l'emploi dans un contexte romand qui n'est pas habitué à ce type de services peut se révéler également payant.

Pour répondre à cette question, l'équipe de RESSORT a conduit après trois ans d'existence une évaluation rétrospective de son dispositif en termes d'insertion en emploi ou en formation. Par ailleurs, nous avons voulu voir si le programme permettait la réalisation des objectifs personnels formulés à l'entrée par les bénéficiaires. La mission de RESSORT étant aussi de favoriser un accès aux soins, mesurer l'efficacité de RESSORT uniquement en termes de taux d'insertion professionnelle n'aurait donné qu'une réponse partielle à la question de son utilité et de sa pertinence. Il est donc apparu nécessaire de compléter l'évaluation par un regard plus personnalisé pouvant tenir compte de la variété

des buts poursuivis par les personnes prises en charge dans ce dispositif tout en recueillant des données rétrospectives fiables et objectives. Enfin, les données à disposition ont permis de rechercher d'éventuels prédicteurs pouvant influencer les résultats des prises en charge.

## Méthode

Cette étude comparative non contrôlée à échantillon unique repose sur l'analyse rétrospective des dossiers médicaux, rapports et notes de suivi de 139 patients qui ont été admis dans le dispositif RESSORT entre le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et le 31 décembre 2011. Les caractéristiques sociopsychiatriques de cet échantillon sont décrites au tableau 1. L'âge moyen est de 36 ans environ; la répartition entre les sexes est assez égale. La majorité est sans emploi à l'admission (67% des sujets); seuls 10% d'entre eux ont un emploi dans le marché libre. Au cours des douze derniers mois, on note que 40% des participants ont eu une activité professionnelle ou de formation; ce qui signifie qu'entre le moment de l'admission et une année auparavant 10 personnes ont perdu leur activité professionnelle. Un cinquième des participants présente un tableau clinique marqué par une addiction significative. En termes d'objectifs, ils sont la moitié à désirer l'accès à un emploi, 4% à vouloir maintenir leur emploi actuel. 31% mentionnent pour but l'accès à une formation et 3% le maintien de leur formation en cours. Les 12% restants sont acquis au projet d'accéder en priorité à des soins psychiatriques. 99 participants (71,2%) ont été adressés à RESSORT via les services psychiatriques, et 40 proviennent de services psychosociaux non psychiatriques (population psychosociale).

L'étude a été soumise à la déclaration de non-objection délivrée par la Commission d'éthique pour la recherche du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) et a reçu le visa du Directeur médical du CHUV pour la levée du secret professionnel à des fins de recherche.

Les données d'évaluation rétrospective ont été collectées par les membres de l'équipe RESSORT. Grâce aux notes et indications figurant dans les rapports de suivi, la situation des patients à l'issue de chaque trimestre a pu être relevée sur quatre paramètres: (1) les objectifs fixés; (2) le statut professionnel; (3) la formation en cours; (4) le suivi psychiatrique. En cas d'absence d'information, les données étaient signalées comme manquantes pour le trimestre considéré. Afin de reporter les objectifs figurant dans ce monitoring rétrospectif, nous avons adopté les rubriques suivantes: (i) accès à l'emploi, (ii) accès à la formation, (iii) accès aux soins, (iv) maintien en emploi, ou (v) maintien en formation. Pour le statut professionnel: (i) sans emploi, (ii) emploi protégé, (iii) mesures occupationnelles du revenu d'insertion (RI: revenu social minimal pour les personnes déshéritées ne bénéficiant d'aucun soutien financier via des assurances perte de gain ou invalidité), (iv) mesures occupationnelles de l'Assurance Invalidité, (v) stage en milieu compétitif, (vi) contrat à durée déterminée dans un milieu compétitif, et (vii) contrat à durée indéterminée en milieu compétitif. Nous avons retenu pour définir le statut de la personne sur le plan de la formation les quatre valeurs

**Tableau 1** Caractéristiques des patients à l'admission (n = 139)

Age		Activité au cours de l'année écoulée <sup>f</sup>	
Moyenne	35,8	Oui	56 (40%)
Écart-type	10,7	Non	83 (60%)
Sexe		Dépendance (OH, THC, autres)	
Masculin	77 (55%)	Oui	28 (20%)
Féminin	62 (45%)	Non	111 (80%)
Niveau de formation		Diagnostic	
Aucune scolarité	6 (4%)	Trouble de la personnalité	18 (13%)
Scolarité obligatoire	58 (42%)	Schizophrénie	35 (25%)
Apprentissage	35 (25%)	Trouble de l'humeur	55 (40%)
Maturité, écoles supérieures <sup>a</sup>	17 (13%)	Autres diagnostics	31 (22%)
Hautes écoles et universités	23 (16%)		
Statut professionnel		Type d'objectif	
Sans emploi	93 (67%)	Accès à l'emploi	71 (51%)
Emploi protégé	16 (11%)	Maintien en emploi	4 (3%)
Occupations mesures RI <sup>b</sup>	12 (9%)	Accès à la formation	43 (31%)
Occupations mesures AI <sup>c</sup>	3 (2%)	Maintien en formation	4 (3%)
Stage	1 (1%)	Accès aux soins	17 (12%)
CDD <sup>d</sup>	1 (1%)		
CDI <sup>e</sup>	13 (9%)		

Notes:

a Includ les écoles de diplômés, professionnelles et commerciales

b Revenu d'insertion

c Assurance invalidité

d Contrat à durée déterminée

e Contrat à durée indéterminée

f Activité professionnelle ou de formation

suivantes: (i) pas de formation en cours, (ii) formation en structure protégée, (iii) participation à une formation brève (maximum un an), (iv) engagement dans une formation longue (deux à cinq ans). Enfin le suivi psychiatrique a été signalé via une variable dichotomique simple (présence vs absence d'une prise en charge psychiatrique structurée).

Pour les besoins de l'étude, seules les données d'entrée et de sortie du dispositif ont été prises en considération. Si des patients étaient encore présents dans le dispositif au moment du dernier point d'évaluation, la dernière donnée disponible (en date du 31 décembre 2011) faisait office de valeur retenue. Sur la base des informations véhiculées par les quatre paramètres cités, les variables dichotomiques suivantes ont été composées: (1) Activité: en activité professionnelle ou de formation (inclus l'emploi compétitif, protégé, le stage, les mesures occupationnelles ou les formations) vs sans activité; (2) Emploi: en emploi (compétitif, protégé, stage) vs sans emploi; (3) Formation: en formation (tous types confondus) vs sans activité de formation en cours. Ces trois variables correspondent aux indices d'efficacité ou de résultat du dispositif; elles ont été mesurées à l'entrée du programme et à la sortie. S'y ajoutent pour nos analyses une quatrième variable, Objectif initial, qui peut prendre cinq valeurs (accès à l'emploi, maintien en emploi, accès à une formation, maintien dans un projet de formation en cours, accès à des soins), ainsi qu'une cinquième variable, Issue, indiquant la réalisation ou non en fin de programme de l'objectif formulé en son début.

### Analyses

Les données à l'entrée et à la sortie de nos trois indices d'efficacité (activité, emploi et formation) ont été représen-

tées par des tableaux de contingences mettant en regard les valeurs à l'entrée et à la sortie, avec analyses du chi carré, test de Fisher, analyses des résidus standardisés, calcul du risque relatif rapproché (odds ratio) [19]. La même stratégie d'analyse a été utilisée pour l'examen des objectifs initiaux, mis en regard avec l'issue mesurée en termes de réalisation ou non de ces objectifs. Enfin, pour identifier d'éventuelles variables prédictives, les variables d'emploi et d'activité à la sortie ont été mises en rapport avec le diagnostic, le sexe, l'âge, le niveau scolaire à l'admission, la durée de la prise en charge, la présence d'une dépendance et la présence d'une activité professionnelle ou de formation dans les douze mois précédant l'admission à RESSORT.

### Résultats

#### Impact de RESSORT sur l'activité ou l'emploi

Le tableau 2 présente les données concernant l'activité professionnelle ou de formation ainsi que celles relatives à l'emploi. À l'entrée les patients sans activité sont à peu près deux fois plus nombreux que ceux en activité. À l'issue du programme, les deux groupes se répartissent de manière assez égale (52,5% actifs vs 47,5% sans activité). En termes d'évolution, 28% des patients améliorent leur situation – c'est-à-dire qu'ils accèdent à une activité professionnelle ou de formation; 12% ont perdu l'activité qu'ils avaient quand ils sont entrés dans le programme; 35% demeurent sans activité et 25% ont maintenu leur activité initiale. La valeur du chi carré est significative ( $\chi^2_{(1)} = 6,47, p = 0,01$ ), mais le lien est modéré ( $\Phi = 0,22, p = 0,01$ ). L'analyse des résidus montre que par rapport à une distribution aléatoire, les

**Tableau 2** Impact de RESSORT sur l'accès à une activité professionnelle ou de formation et sur l'accès à l'emploi (partie supérieure, fréquences et pourcentages; partie inférieure: résidus standardisés)

Fréquences		Activité (sortie)			Emploi (sortie)				
		non	oui	Total	non		oui		
Activité (entrée)	non	49	39	88	Emploi (entrée)	non	62	31	93
	oui	17	34	51		oui	21	25	46
Total		66	73	139	Total		83	56	139
Résidus standardisés		Activité (sortie)			Emploi (sortie)				
		non	oui	Total	non		oui		
Activité (entrée)	non	1,1	-1,1		Emploi (entrée)	non	0,9	-1,1	
	oui	-1,5	1,4			oui	-1,2	1,5	

sujets en activité à l'entrée sont plus nombreux à maintenir leur activité ( $z = 1,5$ ) et les personnes qui perdraient leur activité durant la période de prise en charge moins nombreuses ( $z = -1,4$ ) que si les répartitions dans les cellules du tableau étaient aléatoires.

Des résultats similaires caractérisent la variable Emploi. 56 sujets (40,3%) ont à l'issue du suivi à RESSORT un emploi, dont 22% un emploi occupationnel et 18% un emploi compétitif, parmi lesquels 31 (soit 55,4% de ce sous-groupe) en ont trouvé un durant la période de prise en charge. A l'inverse, ils sont 83 à être sans emploi sur le marché libre du travail, dont 21 (soit 25,3%) ont perdu l'emploi qu'ils avaient au moment d'entrer dans RESSORT. Ces chiffres signifient aussi que deux tiers des patients admis à RESSORT n'avaient pas d'emploi à l'entrée du programme et n'en ont toujours pas à la sortie, mais également que 25 personnes (soit 18,5% de l'échantillon total) ont maintenu leur emploi durant la période de suivi. Le chi carré est significatif ( $\chi^2_{(1)} = 5,65$ ,  $p = 0,02$ ), la valeur du Phi est de 0,20 ( $p = 0,02$ ) et l'analyse des résidus standardisés présente une configuration similaire à celle observée pour la variable Activité: par rapport à une répartition qui serait aléatoire, les patients tendent à plus garder leur emploi et à moins en trouver ou

en perdre un qu'attendu. Les risques relatifs, ou odds ratios, sont respectivement de 2,51 pour l'activité professionnelle/ formative et de 2,38 pour l'emploi. Ces chiffres indiquent que si une personne entre dans le programme avec une activité ou un emploi, la chance de maintenir cette activité ou cet emploi à la sortie est respectivement 2,5 et 2,4 fois supérieure par rapport à une autre personne qui n'aurait pas d'activité ou d'emploi à l'entrée.

#### Réalisation des objectifs initiaux

Ils sont respectivement 75 (54%), 48 (34,5%) et 16 (11,5%) personnes à avoir à l'entrée de RESSORT un objectif ciblé sur l'emploi, la formation ou l'accès aux soins. Sur ces 139 personnes, seules 60 ont réalisé leur objectif initial: en l'occurrence 41 ont accédé à (ou maintenu) un emploi, 14 sont en formation et 5 sont en soins. Comme le montre la partie centrale du tableau 3, ces chiffres correspondent à un taux de réussite de 54,7% pour l'objectif de l'emploi, de 29,3% pour celui de la formation, et de 31,3% pour les soins. Le chi carré est significatif ( $\chi^2_{(2)} = 8,80$ ,  $p = 0,01$ ), mais la valeur du Phi reste là aussi modeste ( $\Phi = 0,25$ ,  $p = 0,01$ ).

L'analyse des résidus indique que l'obtention d'emploi chez les personnes qui visaient ce but est plus fréquente qu'attendue en condition d'indépendance. Par contre, c'est l'image inverse qui se dégage pour les objectifs fixés en termes de formation et de soins: les patients qui réalisent leurs attentes sont moins nombreux que prévus. Étant donné que les sujets dont l'objectif est l'accès à la formation ou aux soins semblent partager ce désavantage, nous les avons regroupés en une seule catégorie pour calculer les odds ratio. Celui-ci est égal à 2,86; il signifie que la chance de pouvoir atteindre son objectifs à la sortie est environ 2,9 fois supérieure pour les patients dont l'objectif initial est l'accès à ou le maintien de l'emploi (par rapport aux autres sujets de l'échantillon qui visaient l'accès à une formation ou à des soins adéquats).

#### Variables prédictives

Parmi les variables prédictives testées, seules trois ont présenté une valeur du chi carré significative, pour l'accès ou le maintien en emploi. Il s'agit de l'âge ( $\chi^2_{(3)} = 10,20$ ,  $p = 0,02$ ), du niveau de scolarité atteint ( $\chi^2_{(3)} = 7,61$ ,  $p = 0,02$ ), et de la provenance de la demande (population déjà en soins psychiatriques vs population en difficulté

**Tableau 3** Réalisation des objectifs initiaux: fréquences, fréquences pondérées par objectif et résidus standardisés

Fréquences		Issue: objectif		
		non atteint	atteint	Total
Objectif initial	emploi	34	41	75
	formation	34	14	48
	Soins	11	5	16
	total	79	60	139
Pourcentages en ligne		Issue: objectif		
		non atteint	atteint	Total
Objectif initial	emploi	45,3%	54,7%	100%
	formation	70,8%	29,3%	100%
	soins	68,8%	31,3%	100%
	total	56,8%	43,2%	100%
Résidus standardisés		Issue: objectif		
		non atteint	atteint	
Objectif initial	emploi	-1,3	1,5	
	formation	1,3	-1,5	
	soins	0,6	-0,7	

**Tableau 4** Répartition des issues en termes d'emploi pour l'âge, le niveau scolaire et la durée des suivis

Fréquences		Emploi à la sortie		
		non	oui	Total
Âge	21-30 ans	41	13	54
	31-40 ans	20	19	39
	41-50 ans	14	13	27
	51-62 ans	8	11	19
	<b>Total</b>	83	56	139
Fréquences		Emploi à la sortie		
		non	oui	Total
Scolarité	Aucune / Scolarité obligatoire	43	21	64
	Apprentissage	14	21	35
	Maturité, hautes écoles, université	26	14	40
	<b>Total</b>	83	56	139
Fréquences		Emploi à la sortie		
		non	oui	Total
Population	Psychiatrique	52	47	99
	Psychosociale	31	9	40
	<b>Total</b>	83	56	139

psychosociale hors du circuit psychiatrique;  $\chi^2_{(3)} = 7,39$ ,  $p = 0,007$ ). Les répartitions des patients dans les diverses catégories d'âge, de scolarité et de provenance sont présentées au tableau 4. Le sexe, le diagnostic, la présence d'une addiction, ou la durée de suivi à RESSORT, ne semblent pas avoir d'impact sur l'issue du programme en termes d'insertion professionnelle.

L'analyse des résidus standardisés confirme que le jeune âge défavorise l'accès à l'emploi ( $z = -1,9$ ). En effet on voit bien au tableau 4 combien dans chaque catégorie d'âge la répartition entre personnes en emploi et sans emploi est à peu près identique, sauf pour les jeunes qui sont davantage sans emploi. Pour la scolarité, le fait d'avoir déjà effectué à l'entrée dans RESSORT un apprentissage sanctionné par l'obtention d'un certificat fédéral de capacité professionnelle (CFC) est un facteur aidant à l'insertion professionnelle ( $z = 1,8$ ). L'absence de formation professionnelle apparaît plutôt désavantageuse ( $z = -0,8$ ), sans que cette tendance soit vraiment significative. Enfin, la population dite psychosociale (en difficulté sociale et psychologique mais sans suivi psychiatrique établi) est aussi défavorisée en termes d'accès à l'emploi par rapport à la population déjà en soins psychiatriques ( $z = -1,8$ ). A la sortie du programme, on trouve donc beaucoup moins de personnes de cette population psychosociale qui obtiennent un emploi ( $z = -1,8$ ) et beaucoup plus qui n'en ont pas ( $z = 1,5$ ). L'odd ratio est de 3,11: les personnes ayant un suivi psychiatrique à l'entrée dans RESSORT ont donc trois fois plus de chances de décrocher un emploi à la sortie du programme que celles arrivant à RESSORT sans le moindre suivi préalable de cette nature.

## Discussion

RESSORT, avec 52,5% des participants en activité professionnelle ou de formation à la sortie et 40,3% en emploi,

dont 22% en emploi protégé et 18% en emploi compétitif, obtient en termes d'insertion professionnelle des résultats tout à fait comparables avec ceux décrits dans la littérature [16, 20-23]. Toutes proportions gardées, on peut comparer nos résultats avec ceux de l'étude randomisée contrôlée de Drake [9] sur l'IPS, où les auteurs relèvent après dix-huit mois de suivi un taux d'emploi compétitif de 23% des participants. Evidemment, les différences importantes entre la situation suisse et le marché de l'emploi nord-américain (disponibilité de nombreux emplois non-qualifiés et contexte légal relativement peu contraignant aux USA), obligent à manipuler avec précaution cette comparaison. La comparaison avec l'étude de Hoffmann et collaborateurs [21] menée en Suisse est sans doute plus éclairante, car cette dernière a été conduite dans un contexte proche du nôtre (le canton de Berne). Elle compare le soutien à l'emploi avec un programme de réhabilitation professionnelle plus traditionnel (ateliers protégés, modèle du *Train then Place*). Les auteurs obtiennent un taux de 78% de sujets en activité (emploi, formation, atelier protégé) après deux ans dans le programme de soutien à l'emploi (contre 63% dans le groupe de réhabilitation traditionnelle), et surtout un taux de 45,7% d'emploi compétitif contre 17% pour la réhabilitation traditionnelle. On notera qu'aucun des participants n'était en emploi compétitif au moment de l'admission au programme et que respectivement 15 et 20 % d'entre eux occupaient un poste en atelier protégé. Par ailleurs les conditions d'admission au programme de soutien à l'emploi diffèrent entre ceux de RESSORT et ceux de l'étude bernoise. En effet dans cette dernière, les personnes présentant une toxicomanie, un manque de motivation à suivre un traitement ambulatoire régulier, des performances professionnelles inférieures à 50% des performances attendues dans un emploi compétitif, et l'incapacité à assurer une participation au programme d'au moins 15 heures par semaine étaient exclues de l'étude [21]. De tels critères d'exclusion ne sont pas appliqués à RESSORT. Les résultats apparemment plus performants obtenus dans l'étude bernoise peuvent donc également être imputés à des critères de sélection plus stricts, éliminant de leur échantillon toute une frange de la population en difficulté professionnelle qui est également adressée à RESSORT.

Au-delà des comparaisons avec d'autres programmes du même type, l'analyse basée uniquement sur la réalisation des buts fixés à l'admission dans RESSORT peut être une autre façon d'envisager la performance du programme. Avec un taux de réussite allant de 29,3% pour l'accès à la formation à 54,7% pour l'accès à l'emploi, on peut considérer que l'activité de RESSORT répond en partie aux objectifs initialement établis et reste clairement améliorable. En effet ce sont au total 43,2% des patients qui réalisent l'objectif avec lequel ils étaient entrés dans RESSORT. Ce chiffre doit être interprété en tenant compte du fait que l'objectif initial peut changer avec le temps. Nous avons ainsi constaté que 31,2% des participants de RESSORT ont modifié leur objectif entre la première et la dernière mesure. On a notamment vu que 27% des personnes pour qui au départ le projet consistait à suivre une formation professionnelle, changent leur objectif en direction d'un accès à l'emploi. Nous avons eu aussi 18,5% des sujets qui posaient comme objectif l'accès à des

soins adéquats et qui au fil du temps s'orientent plutôt vers l'accès à l'emploi ou la formation. Enfin, ils ne sont que 5,7% à passer d'un objectif centré sur l'emploi vers un objectif focalisé sur la formation, et 8,6% sur un objectif focalisé sur les soins. Par contre 20% des personnes en emploi à leur entrée dans RESSORT qui manifestaient comme objectif un maintien de leur activité professionnelle, se recentrent sur l'obtention de soins adéquats à la sortie du programme; le même chiffre est obtenu pour les personnes visant un maintien dans leur formation en cours. Dès lors, en plus des résultats comparant la situation des patients à l'entrée et à la sortie du programme (voire en follow-up), l'analyse des trajectoires individuelles permettrait de mieux comprendre la dynamique de la réinsertion professionnelle et son intrication avec la dynamique du suivi sanitaire et social au sens plus large du terme. Cet objectif va cependant au-delà de l'ambition de cet article.

Du fait de l'hétérogénéité de la population accueillie, les indices d'efficacité absolue (réinsertion en emploi ou en formation) ou relative (atteinte des objectifs) doivent être interprétés avec toutes les précautions d'usage, d'autant plus que les chiffres peuvent occulter une réalité clinique qu'ils ne parviennent pas aisément à traduire. Par exemple, pour les patients n'ayant pas de suivi psychiatrique, le projet professionnel constitue un levier permettant de les convaincre d'accepter des soins. Penser au départ en termes d'insertion professionnelle, se réorienter ensuite vers l'accès à des soins, avant de revenir à la perspective d'une insertion professionnelle, peut être une trajectoire tout à fait appropriée. Dans un tel cas, il est probable que l'intervenante maintienne au départ la formulation d'un objectif professionnel à des fins d'alliance thérapeutique, ayant à l'esprit que l'accès aux soins est prioritaire pour permettre dans un second temps de travailler avec de meilleures chances de succès sur l'objectif professionnel à proprement parler. Ces démarches prennent du temps et ne sont pas forcément très bien traduites par un monitoring simple et objectif comme celui envisagé dans la présente étude.

Ne considérer l'efficacité d'un programme comme RESSORT qu'à l'aune de l'insertion professionnelle après quelques mois, c'est peut-être occulter la mission de détection des troubles psychiques et d'orientation dans le réseau de soins qui, expérience faite, représente une part de plus en plus importante des demandes. Ayant des critères de sélection plutôt souples, l'équipe de RESSORT se retrouve fréquemment confrontée à des personnes dont l'état de santé rend l'insertion professionnelle momentanément voire durablement compromise sinon impossible, qu'elle accompagne éventuellement dans la reconnaissance de cette incapacité auprès de l'assurance invalidité. Ce type d'aide que propose RESSORT éloigne peut-être les intervenants de leur mission première de soutien à la réinsertion. Elle est néanmoins fondamentale car elle répond aux difficultés d'une population pour laquelle le rétablissement passe par une étape de reconnaissance de l'invalidité professionnelle, quand bien même cette population contribue à diluer statistiquement l'efficacité d'insertion professionnelle à proprement parler.

Nous avons pu constater dans cette étude pilote combien l'âge, la formation scolaire/professionnelle initiale, le fait

d'être ou non en soins psychiatriques au début du suivi et celui d'avoir déjà une activité professionnelle ou de formation peuvent influencer le niveau d'insertion professionnelle à la sortie du programme. Ces indicateurs nous rappellent combien la population jeune est vulnérable, et que si elle cumule une formation insuffisante/excessive et une absence de suivi psychiatrique, les chances d'accéder à une activité professionnelle sont fortement réduites. À l'inverse, disposer d'un certificat fédéral de capacité, être âgé de plus de 30 ans et inséré dans un dispositif de soins psychiatriques approprié augmentent la probabilité de réaliser une réinsertion professionnelle. Ceci s'inscrit sans doute parfaitement dans la logique d'un système de formation étroitement liée au marché de l'emploi qui présente de meilleurs débouchés pour un certain nombre de professions spécialisées plutôt manuelles [25].

## Conclusion

Les pourcentages de réussite mis en évidence par cette étude pilote rétrospective, à savoir 40% des personnes en emploi à l'issue du programme, nous permettent de présumer d'une efficacité de RESSORT en matière d'insertion professionnelle comparable aux dispositifs de soutien à l'emploi étudiés dans le monde. Ces résultats sont d'autant plus encourageants qu'ils reflètent les trois premières années d'activité de ce dispositif, au cours desquelles les prises en charge cliniques n'étaient pas encore différenciées et l'équipe non totalement formée.

L'expérience clinique a conduit les responsables du dispositif à proposer désormais trois filières distinctes qui suivent chacune une mission plus précise, à savoir: (1) l'orientation vers un suivi psychiatrique approprié via une filière spécialisée dans l'accès aux soins, dont le but est d'établir un réseau de soins psychiatriques adéquats autour de la personne, (2) l'offre d'une réhabilitation professionnelle progressive et s'appuyant davantage sur le réseau d'ateliers protégés, (3) un programme plus pointu de soutien à l'emploi selon le modèle IPS, plus fidèle au modèle original que les suivis professionnels effectués jusqu'ici par une équipe pas encore tout à fait rôdée à ce type d'intervention. En proposant des filières mieux séparées, il sera aussi plus aisé de mesurer l'efficacité spécifique de chacune d'elles, et donc d'offrir une évaluation détaillée et capable de rendre compte de leurs spécificités propres.

Nous espérons avec RESSORT offrir à la communauté un dispositif vaste et polyvalent pour le suivi psychosocial et psychiatrique de personnes présentant des troubles psychiques dont la trajectoire professionnelle semble compromise. Il s'agit de garder les vertus des modèles de réhabilitation professionnelle existants tout en orientant au mieux les patients vers les prises en charge qui leur conviennent. L'activité de RESSORT a suivi une croissance importante ces dernières années, jusqu'à une extension des prestations en cours de réalisation à l'Est, au Nord et à l'Ouest du canton de Vaud. Au vu de ces développements, il apparaît nécessaire de poursuivre les efforts d'évaluation du programme. Ceci est d'autant plus important que la problématique de l'insertion professionnelle des personnes souffrant de troubles psy-

chiques est de plus en plus reconnue comme un défi majeur auquel seule une réponse complexe et inter-institutionnelle peut répondre. Nul doute que c'est la richesse de l'offre qui permettra de répondre aux besoins variés et aux profils multiples des patients en demande de réinsertion professionnelle. Une étude ultérieure de ce nouveau dispositif, si possible prospective, devrait à ce titre être conduite pour confirmer le bon élan déjà entamé avec RESSORT.

#### Références

- 1 Corbière M, Bordeleau M, Provost G, Mercier C. Obstacles à l'insertion socioprofessionnelle de personnes ayant des problèmes graves de santé mentale: données empiriques et repères théoriques. *Santé Ment Qué.* 2002;27(1):194-217.
- 2 OCDE. Mal-être au travail? Mythes et réalités sur la santé mental et l'emploi. *Santé mentale et emploi.* Éditions OCDE. 2012. DOI: 10.1787/9789264124561-fr.
- 3 Adewuya AO, Owoeye AO, Erinfolami AO, Ola BA. Correlates of Self-Stigma Among Outpatients With Mental Illness in Lagos, Nigeria. 2011;57(4):418-27.
- 4 Hansson L, Jormfeldt H, Svedberg P, Svensson B. Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness? 2013;59(1):48-54.
- 5 Secker J, Grove B, Seeborn P. Challenging barriers to employment, training and education for mental health service users: The service user's perspective. *J Ment Health.* 2001;10(4):395-404.
- 6 Secker J, Gelling L. Still dreaming: Service users' employment, education & training goals. *J Ment Health.* 2006;15(1):103-11.
- 7 Castel R. Travail et utilité au monde. *Rev Int Trav.* 1996;135(6).
- 8 OMS. Rapport sur la santé dans le monde: La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève: OMS. 2001.
- 9 Lehman AF. Vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1995;21(4):645-56.
- 10 Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF. Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: A literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Nerv Ment Dis.* 2003;191(8):515-23.
- 11 Marshall M, Bond GR, Huxley P. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Library,* 2001. DOI: 10.1002/14651858.CD003080.
- 12 Unité de réhabilitation – Réseau de soutien et d'orientation vers le travail [Internet]. Lausanne: CHUV, Département de psychiatrie. Accessible à: [http://www.chuv.ch/psychiatrie/fiches-psychiatrie\\_details.htm?fiche\\_id=450](http://www.chuv.ch/psychiatrie/fiches-psychiatrie_details.htm?fiche_id=450).
- 13 Latimer E, Lecomte T. Le soutien à l'emploi de type «IPS» pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves: une voie d'avenir pour le Québec? *Santé Ment Qué.* 2002;27(1):241.
- 14 Drake RE, Becker DR. The individual placement and support model of supported employment. *Psychiatr Serv.* 1996;47(5):473-475.
- 15 Cook JA, Lehman AF, Drake R, McFarlane WR, Gold PB, Leff, HS, et al. Integration of psychiatric and vocational services: A multisite randomized, controlled trial of supported employment. *Am J Psychiatry.* 2005;162(10):1948-1956.
- 16 Becker DR, Bond G, R., Drake RE. Individual placement and support: the evidence-based practice of supported employment. In: Thornicroft G, Szmukler G, Mueser KT, Drake RE, editors. *Oxford Textbook of Community Mental Health.* Oxford: Oxford University Press; 2011. p. 161-166.
- 17 Corbière M, Mercier C, Lesage A, Villeneuve K. L'insertion au travail de personnes souffrant d'une maladie mentale: Analyse des caractéristiques de la personne. *Can J Psychiatry.* 2005;50(11):722-733.
- 18 Bond GR, Drake RE. Predictors of competitive employment among patients with schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry.* 2008;21(4):362-369.
- 19 Field A. Categorical data. In: *Discovering statistics using SPSS.* 2nd ed. London: Sage Publications; 2005. p. 686-724.
- 20 Bond GR. Implementing Supported Employment as an Evidence-Based Practice. *Psychiatr Serv.* 2001;52(3):313-322.
- 21 Hoffmann H, Jäckel D, Glauser S, Kupper Z. A randomised controlled trial of the efficacy of supported employment. *Acta Psychiatr Scand.* 2012;125(2):157-167.
- 22 Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2007;370(9593):1146-1152.
- 23 Nordt C, Müller B, Rössler W, Lauber C. Predictors and course of vocational status, income, and quality of life in people with severe mental illness: A naturalistic study. *Soc Sci Med.* 2007;65(7):1420-1429.
- 24 Drake RE, McHugo GJ, Bebout RR, Becker DR, Harris M, Bond GR, et al. A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56(7):627.
- 25 Masdonati J, Lamamra N, Gay-des-Combes B, Puy JD. Les enjeux identitaires de la formation professionnelle duale en Suisse : un tableau en demi-teinte. *Formation emploi. Rev Fr Sci So.* 2007;100(4):15-29.