

Mémoire de Maîtrise en médecine No 2442

Engager dans les soins les personnes ayant des troubles psychiques et des problèmes d'insertion professionnelle

Etudiante

Carlotta Silini

Tuteur

Prof. Charles Bonsack
Département de psychiatrie communautaire, CHUV

Expert

Dr. Koorosh Massoudi Naraghi
Maître d'enseignement et de recherche
Université de Lausanne
Institut de Psychologie - Géopolis

Lausanne, novembre 2015

Abstract

L'emploi est un déterminant majeur de la santé mentale, autant pour les personnes en bonne santé que pour celles atteintes d'un trouble mental essayant à se rétablir. Bien que 70% d'entre elles souhaiteraient retravailler, leur taux d'occupation reste bas (8 à 35% selon les études). De par sa prévalence élevée, une mauvaise santé mentale n'affecte pas que l'individu, mais elle a des répercussions importantes sur l'économie, engendrant des coûts non négligeables (3.2% du PIB en Suisse en 2010). La prévalence des maladies psychiques au sein de la population générale est élevée, pourtant le taux d'utilisation des services reste bas, et ce à cause de barrières que plusieurs études divisent en intrinsèques et extrinsèques aux patients. En 2009 le service de psychiatrie communautaire (PCO) du CHUV a développé une équipe spécialisée mobile (RESSORT, RESeau de Soutien et d'Orientation vers le Travail), dont l'objectif général est favoriser l'accès à l'emploi compétitif des personnes souffrant de troubles psychiques. Ce travail se focalise sur la troisième filière de RESSORT, dénommée « engagement dans les soins », ciblant une population composée d'individus se trouvant en situations de grande précarité, dont les difficultés d'insertion sur le monde du travail sont probablement engendrées par des problèmes psychiques, mais réticents à s'engager dans un processus d'évaluation psychique habituel. Le programme offre à ces derniers un bilan de leurs difficultés et ressources ainsi qu'un bilan psychiatrique, la construction d'un projet de soin ou/et professionnel et l'orientation vers le réseau (soins, autres) jugé nécessaire.

Objectifs: établir le profil sociodémographique, socioprofessionnel et clinique des personnes accédant à la filière « engagement dans les soins » ; décrire le fonctionnement de la filière ; établir l'existence de facteurs sociodémographiques et cliniques facilitant ou entravant l'accès aux soins ; établir les difficultés rencontrées par les intervenants dans la mise en œuvre de cette pratique.

Méthode : 1) constitution d'une revue de littérature concernant la santé psychique et l'emploi, les difficultés d'accès aux soins et les facteurs l'influençant. 2) *Volet quantitatif*: effectuation d'analyses statistiques sur les dossiers de la base de données RESSORT datant de la période comprise entre janvier 2012 et décembre 2014 (n = 101), afin de décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients et de retrouver d'éventuelles variables prédictives d'entrée en soins citées dans la littérature. 3) *Volet qualitatif*: interviews semi-structurées avec les intervenantes RESSORT.

Résultats : *Volet quantitatif*: il n'y a pas de résultats significatifs concernant des éventuels prédicteurs socio-démographiques et clinique pour l'accès aux soins. Par contre, RESSORT augmente de 5.1 fois la probabilité d'accéder à des soins à la fin du programme par rapport à l'entrée. Cette augmentation est significative pour les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et liés au stress et les troubles de la personnalité. Par rapport au délai temporel s'écoulant entre la première prise de contact avec un intervenant RESSORT et l'acceptation d'un suivi psychiatrique, les variables socio-démographiques ne semblent pas jouer de rôle ; en revanche, les patients atteints troubles de l'axe 2 (selon DSM-IV, c'est-à-dire les troubles de la personnalité) présentent des délais temporels significativement plus élevés par rapport au patients atteints d'un trouble de l'axe 1 (selon DSM-IV, c'est-à-dire les troubles cliniques). *Volet qualitatif*: les barrières d'accès aux soins identifiées par les intervenantes reflètent celles retrouvées dans la littérature, se subdivisant en intrinsèques et extrinsèques aux patients. Les stratégies mises au point afin de les surmonter comprennent un travail de déstigmatisation, la proactivité, la mobilité, la double compétence insertion professionnelle/soins, la pluridisciplinarité ainsi qu'une bonne connaissance et collaboration avec le réseau (de soins et de réinsertion professionnelle).

Discussions et conclusions: RESSORT cible une population nécessitant des soins psychiatriques qui n'arriverait pas autrement à entrer en soins. Afin d'éviter la chronicisation et la dégradation de leur situation, il semble important d'intensifier les efforts visant une détection précoce des problèmes de santé mentale, tant chez les jeunes en échec scolaire que chez les adultes en difficulté d'insertion professionnelle.

Mots-clés : santé mentale, emploi, accès aux soins, barrières

Abstract	2
1. Introduction	4
1.1 Santé mentale et emploi	4
1.2 Maladies psychiques et monde du travail	4
1.3 Accès aux soins	5
1.4 Effets d'une mauvaise santé mentale sur le marché du travail	6
1.6 RESSORT à Lausanne	6
2. Protocole de recherche	8
2.1 Objectifs	8
2.2 Déroulement de l'étude	8
2.3 Instruments	8
2.4 Analyses	9
3. Description des résultats	10
3.1 Fonctionnement du dispositif et cas clinique	10
3.2 Résultats quantitatifs	12
3.2.1 Profil socio-épidémiologique de la population	12
3.2.2 Profil clinique	13
3.2.3 Types de demande et catégories de demandeur	14
3.2.4 Fonctionnement de RESSORT : accès aux soins	14
3.2.5 Durée d'un suivi et causes d'interruption	16
3.3 Résultats qualitatifs	18
3.3.1 Barrières d'accès aux soins et méthodes pour y remédier	18
3.3.2 Accessibilité de RESSORT	20
3.3.3 Efficacité et points de force du projet	20
3.3.4 Les obstacles	21
3.3.5 Aspects à améliorer : accessibilité à RESSORT et prise en charge des patients	22
4. Discussion des résultats	23
4.1 Difficultés d'accès aux soins et efficacité de RESSORT	23
4.2 Prédicteurs de l'accès aux soins	24
4.3 Prédicteurs du délai temporel	25
4.4 Limites de l'étude	25
5. Suggestions et conclusions	26
6. Bibliographie	27
7. Annexe : grille d'entretien	29

1. Introduction

1.1 Santé mentale et emploi

L'emploi est un déterminant majeur de la santé mentale et un puissant moyen d'intégration sociale, autant pour les gens présentant des troubles psychiques ou des handicaps physiques que pour quiconque d'autre(1) . Le fait d'occuper un emploi assure statut social, garantie de revenu, structure temporelle, sentiment d'identité et d'accomplissement, ce qui a des effets positifs sur la santé mentale. En plus de la privation matérielle, l'exclusion du monde du travail a par conséquent une diminution de l'estime de soi, l'isolement et la marginalisation, et est un facteur de risque important pour le développement de troubles mentaux(2).

Les personnes d'âge actif ayant un emploi se disent effectivement être en meilleure santé par rapport aux personnes inactives et aux chômeurs ; selon l'Enquête Suisse sur la santé de 2012, 11% d'entre elles reportaient une santé auto-évaluée moins bonne, ce taux s'élevant à 23% chez les personnes inactives et à 18% chez les chômeurs. Cela reflète d'un côté l'effet de sélection du travail, c'est à dire, la nécessité d'être en relativement bonne santé pour travailler ; de l'autre côté, il est prouvé que le fait de travailler dans des relativement bonnes conditions maintient dans un état de bonne santé, tandis que le chômage, en particulier lorsqu'il est de longue durée, amène à une précarisation de la santé(3).

Le travail peut néanmoins avoir des effets délétères sur la santé, tant physique que psychique : en ce qui concerne cette dernière, il est prouvé que des mauvaises conditions de travail ont des effets négatifs directs sur la santé psychique des employés(4). L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) en France a élaboré en 2008 une classification des risques psychosociaux liés au travail, les définissant comme engendrés par les « conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental », et les subdivisant en 6 groupes : demande et intensité élevées, faible autonomie, exigences émotionnelles élevées, mauvaises relations sociales, conflits de valeur et insécurité de l'emploi(5).

1.2 Maladies psychiques et monde du travail

Pour les individus atteints d'un trouble mental, le fait d'avoir un emploi constitue un pas important dans le processus du rétablissement, de par sa capacité à structurer les journées, donner des objectifs, améliorer l'estime et l'image de soi, augmenter la disponibilité économique, donner des opportunités de tisser des liens et obtenir du support social, et enfin à augmenter la qualité de vie.

Bien que la majorité d'entre eux souhaitent retravailler (70%)(6), leur taux d'occupation reste bas, variant de 8 à 35% selon leur diagnostic(6). Les individus présentant un trouble mental et étant au chômage sont ainsi stigmatisés, d'un côté à cause de leur maladie, ce qui rend encore plus difficile de trouver un emploi compétitif, et de l'autre côté à cause de leur manque d'occupation(2).

Les personnes souffrant de troubles psychiques qui trouvent un emploi signalent une nette amélioration de leur état(7), mais étant plus susceptibles d'occuper des postes de mauvaise qualité, non cadrant avec leurs compétences et peu qualifiés, elles sont aussi à risque de subir les effets néfastes sur la santé mentale de la tension au travail.

En général, elles sont beaucoup moins satisfaites de leur emploi par rapport aux individus ne présentant pas de troubles psychiques (8).

1.3 Accès aux soins

Bien que la prévalence des troubles psychiques au sein de la population générale soit élevée, le taux d'utilisation des services de santé mentale reste bas : 80% des personnes souffrant de troubles mentaux courants et 50% des gens atteintes de troubles mentaux graves ne sollicitent aucun traitement (8). La barrière à l'accès aux soins la plus importante semble être le manque de perception du besoin de traitement : en effet, plus que la moitié des non utilisateurs des services de santé présentant un trouble mental estiment n'avoir pas besoin de traitement (9).

Entre les personnes percevant ce besoin, mais ne recherchant pas d'aide, plusieurs barrières sont reportées, qui peuvent être subdivisées en trois catégories: d'accessibilité, de disponibilité et d'acceptabilité(10).

Les barrières d'accessibilité se définissent en raison des coûts des services, de manque de transport et de garde des enfants. Les barrières de disponibilité découlent d'un manque de professionnels dans la région, temps d'attente élevés pour les services, ou manque de professionnel disponible au moment de la demande. Les barrières d'acceptabilité comprennent le fait de ne « pas avoir le temps » de chercher de l'aide, désir de gérer le problème seul, avoir peur de demander de l'aide, avoir des barrières linguistiques, sous-estimation de l'efficacité des traitements, avoir d'autres responsabilités empêchant de rechercher de l'aide.

Chez les gens percevant le besoin de traitement, le désir de résoudre le problème seul paraît être la raison la plus fréquente de ne pas le chercher/de dropping out(11).

Plusieurs études ont examiné les corrélations entre la perception du besoin de traitement, les barrières d'accessibilité, disponibilité et acceptabilité, et les variables sociodémographiques, socio-économiques, et le diagnostic posé(10–15).

- Sévérité de la maladie/Diagnostic : chez les patients présentant un trouble léger/modéré la perception du besoin de traitement se révèle plus basse par rapport à ceux atteint de maladie sévère, qui rapportent plutôt des barrières structurelles et attitudinales(12).

La perception est accrue également chez les patients présentant un trouble de l'humeur ou des comorbidités/handicaps associés à la maladie mentale (impairment in role). Les personnes atteintes de trouble de l'humeur consultent le plus, tandis que celles ayant un trouble d'abus de substances consultent le moins(15).

- Socio-démographiques : la perception du besoin est accrue chez les femmes entre 25 et 44 ans d'âge(12,15).
- Socio-économiques : les personnes titulaires d'un diplôme d'études secondaires sont moins susceptibles que les personnes n'en détenant pas de déclarer des obstacles à l'acceptabilité des soins, tout comme les personnes à revenu élevé par rapport à celles à faible revenu(11). Les personnes provenant d'un milieu défavorisé ont plus souvent de morbidités psychiatriques et utilisent plus les services, mais font plus souvent face à des problèmes d'accessibilité(16).

La demande de soins est plus élevée chez les gens affectées de maladies sévères (3-5xplus), pourtant un à deux tiers d'entre eux ne reçoivent pas de traitement ; il s'agit surtout d'hommes jeunes avec un bas niveau d'éducation, présentant des barrières psychologiques face à l'idée de traitement(17).

En ce qui concerne le délai de temps s'écoulant entre la première manifestation du trouble mental et la demande d'aide, ce dernier est de 6-8 ans pour les patients souffrant d'un trouble de l'humeur et de 9-23 ans chez les gens souffrant d'un trouble anxieux. Le fait de ne pas chercher de l'aide ou bien de repousser ce moment est en lien avec jeune âge d'apparition de la maladie, âge avancé, sexe masculin, bas niveau d'éducation et appartenance à une minorité ethnique(18), la raison la plus répandue étant le manque de connaissance par rapport à la maladie mentale ou aux traitements

disponibles. En revanche, les raisons les plus répandues de chercher de l'aide sont l'accroissement de sévérité des symptômes/des handicaps qui en découlent(14).

1.4 Effets d'une mauvaise santé mentale sur le marché du travail

En ce qui concerne la prévalence des troubles mentaux, environ 20% de la population d'âge actif dans un pays moyen l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques, comprenant aussi la Suisse) souffre de troubles mentaux cliniques, avec une prévalence sur la vie atteignant même 40-50% et étant légèrement plus marquée chez les femmes, les individus âgés de 35-44 ou 55-64 ans et ceux n'ayant pas atteint le deuxième cycle du secondaire (8).

De par sa prévalence élevée, il s'en suit que une mauvaise santé mentale n'affecte pas que l'individu présentant des symptômes, mais a des répercussions importantes aussi sur l'économie, engendrant des coûts importants observables dans tout pays d'Europe : les coûts totaux engendrés par les problèmes de santé mentale atteignent en effet 3 à 4% du PIB de l'Union européenne (3.2% pour la Suisse en 2010). Les coûts indirects, sous la forme de pertes d'emplois et d'une diminution des performances et de la productivité au travail, sont beaucoup plus élevés que les coûts directs de la santé (8).

1.5 Problématique en Suisse (8)

Bien que la situation du marché du travail en Suisse soit satisfaisante, même ici les personnes ayant des troubles psychiques ont plus de mal que les autres à trouver un emploi, leur taux de chômage étant aux alentours de 30%, c'est à dire trois fois plus élevé par rapport à celui de la population générale.

En outre, le pourcentage de bénéficiaires de rentes d'invalidité (et la proportion parmi eux atteints de troubles mentaux) a augmenté constamment depuis 20 ans, comportant des coûts élevés pour les finances publiques dus aux systèmes d'assurance maladie et invalidité (2.6% du PIB de la Suisse en 2008 était consacré aux systèmes d'assurance maladie et d'invalidité). Les réformes mises alors en place (quatrième et cinquième révisions de l'AI) ont abouti à une réduction de demandes de rentes invalidité depuis 2004 : cependant, le nombre de bénéficiaires à cause d'un problème de santé mentale continue d'augmenter, les troubles mentaux étant désormais la première cause de demande de rente (37% en 2012), et concernant surtout les jeunes adultes, dont la presque totalité obtient une rente d'invalidité entière.

En Suisse le passage de l'école à la vie active s'avère en général facile, sauf pour les jeunes peu qualifiés, dont le taux de chômage était de 30% en 2010 (par rapport au 9% des jeunes plus qualifiés) et chez qui la prévalence de troubles psychiques reste élevée. En effet l'impact des réformes de l'AI, axées sur la détection et l'intervention précoces, est moindre chez cette population, n'ayant jamais accédé au monde du travail, tout comme celui des ressources consacrées aux enfants et aux jeunes scolarisés, les services destinés aux jeunes qui abandonnent les études étant peu développés.

1.6 RESSORT à Lausanne

En 2009, le Service de psychiatrie communautaire (PCO) du CHUV a développé une équipe spécialisée mobile (RESSORT, RESeau de Soutien et d'Orientation vers le Travail), dont l'objectif général est favoriser l'accès à l'emploi compétitif des personnes souffrant de troubles psychiques.

RESSORT comprend trois filières : une première filière de soutien individuel à l'emploi, basée sur le modèle IPS (Individual Placement and Support), se composant de patients psychiatriques

souhaitant une réinsertion rapide dans l'emploi compétitif ; une deuxième filière, pour les patients préférant une réadaptation professionnelle progressive; et une troisième filière, dénommée « engagement dans les soins », dont la présente étude s'occupe.

La troisième filière de RESSORT cible des personnes ayant des difficultés d'insertion professionnelle dont l'origine est possiblement psychiatrique, mais ne voulant pas consulter par les voies classiques. Les troubles psychiques sont en effet fréquents lors de difficultés d'insertion professionnelle, et de nombreuses personnes au bénéfice de l'aide sociale et de mesures d'insertion professionnelle sont entravés dans leur processus d'insertion par les manifestations de troubles psychiques non-diagnostiqués et non-traités. Cette population est composée de personnes se trouvant souvent en grande et globale précarité, réticents à s'engager dans un processus d'évaluation psychiatrique habituel (consultation psychiatrique institutionnelle ou privé) : la mission de RESSORT est alors d'effectuer un bilan des difficultés, des ressources et de la santé psychique de celles-ci, et de les orienter ensuite dans le réseau de santé mentale si nécessaire. Pour ce faire il est nécessaire d'effectuer au préalable un travail proactif, de déstigmatisation et d'engagement dans les soins, selon le modèle case management clinique en période critique, le désir d'emploi et le projet de réinsertion étant utilisés comme levier d'entrée en soin.

L'objectif global de la filière « engagement dans les soins » est améliorer l'accès aux soins des personnes présentant des difficultés d'insertion professionnelle découlant d'un trouble psychique, ce qui va permettre de diminuer la charge de morbidité et d'améliorer leur potentiel de rétablissement.

2. Protocole de recherche

2.1 Objectifs

La présente étude comporte quatre objectifs:

1. Etablir le profil sociodémographique, socioprofessionnel et clinique des personnes accédant à la filière « entrée en soins » de RESSORT
2. Décrire le fonctionnement de la filière « entrée en soins » de RESSORT (type de demandeurs et de demande, proportion des personnes accédant aux soins et type de service vers lequel elles sont orientées, délai d'entrée en soins, durée totale, devenir et causes d'interruption du suivi)
3. Etablir l'existence de facteurs sociodémographiques et cliniques favorisant ou entravant l'accès aux soins
4. Evaluer les difficultés rencontrées par les professionnels dans la mise en œuvre de cette pratique, leurs impressions et suggestions par rapport au dispositif et à l'accès aux soins.

Cela dans le but de mieux définir le type de patientèle aboutissant à la filière « entrée en soins » de RESSORT, pour ainsi effectuer des recommandations pouvant en augmenter l'accès aux soins.

2.2 Déroulement de l'étude

La construction de cette étude passe par 3 phases :

- Constitution d'une revue de littérature concernant la santé psychique et l'emploi (ou le non emploi), les difficultés d'accès aux soins et les méthodes pour y remédier, en tant que point de départ théorique pour les analyses.
- Volet quantitatif : depuis la base de données de RESSORT, extraction de données rétrospectives et anonymisées concernant les patients de la filière « entrée en soins », pour ensuite effectuer des analyses descriptives et identifier des éventuelles variables prédictives, en utilisant le logiciel d'analyses SPSS. Cela permet de remplir aux objectifs 1 à 3.
- Volet qualitatif : réalisation d'interviews semi-structurés avec les intervenants RESSORT s'occupant des « entrées en soins », afin d'évaluer d'une façon exploratoire le déroulement d'un suivi, quelles sont les difficultés rencontrées et, d'après eux, ce qu'il faudrait mettre en place pour que les futurs patients puissent mieux accéder aux soins. Cette partie permet de remplir à l'objectif 4.

2.3 Instruments

Volet quantitatif : toutes les informations nécessaires au déroulement de cette partie sont stockées dans la base de données RESSORT. Ci-dessous, la liste des variables concernant l'ensemble des patients participant au programme, récoltées par les opérateurs :

- Variables sociodémographiques et socioprofessionnelles: sexe, âge (au moment de la demande), niveau de scolarité atteint, statut social, présence ou pas d'activité professionnelle pendant les 12 mois précédant la demande, source du revenu.
- Variables cliniques : hypothèse diagnostique (selon le CIM-10), état de soins et type de soins.
- Variables concernant le suivi : type de demandeur et de demande, objectif posé par RESSORT, durée du suivi et causes d'interruption.

Les objectifs sont posés au début et à la fin, et réévalués tous les 3 mois pendant le suivi, lors de séances de bilan, par l'intervenant et le patient (tout comme l'état de soins, l'état d'activité et la source du revenu).

Cette étude portant sur la filière « entrée en soin », seuls les dossiers des patients concernés ont été sélectionnés. Il a été décidé de considérer les patients ayant débuté un suivi dans la filière entre janvier 2012 et décembre 2014. Il s'agit de 101 dossiers.

Volet qualitatif : les interviews ont été effectuées sur la base d'une grille d'entretien (en annexe), se composant de trois parties principales : premièrement il a été demandé aux intervenants de décrire une vignette clinique qu'ils jugeraient représentative d'une situation d'« entrée en soins », pour ainsi comprendre le fonctionnement du dispositif et le déroulement d'un suivi RESSORT. Ensuite 8 questions ouvertes ont été posées afin d'investiguer les difficultés rencontrées par les intervenants et leur impression face aux barrières d'accès aux soins (en psychiatrie classique et concernant RESSORT) d'un côté, et l'accessibilité, l'efficacité, les points forts et les choses à améliorer du projet de l'autre. Des questions de relance ont été préparées pour chaque question principale, en tant que complément d'information ou de clarification.

2.4 Analyses

Volet quantitatif : les analyses statistiques ont été effectuées à 3 niveaux différents.

Premièrement, afin de tracer le profil de la population aboutissant à la filière, des analyses descriptives des différentes variables socio-épidémiologiques et cliniques ont été réalisées sur la totalité de l'échantillon (n = 101). Pour le paramètre de l'âge, un calcul de moyenne, écart-type et médiane a été effectué ainsi que une analyse de distribution (histogramme), tandis que pour les autres, des calculs d'effectifs et de pourcentage ont été réalisés.

Deuxièmement, afin d'évaluer l'efficacité de RESSORT, c'est-à-dire, de déterminer la proportion des patients ayant effectivement accédé aux soins, il a été décidé de baser les analyses uniquement sur les dossiers fermés (n = 76). En effet, certains suivis ayant débuté récemment, l'inclusion des dossiers ouverts (n = 25) dans les analyses aurait pu biaiser les résultats (il est fort probable que un individu ayant commencé un suivi RESSORT décembre 2014 n'ait pas encore de suivi psychiatrique, sans pour autant devoir être considérée comme quelqu'un que on n'a pas réussi à orienter vers les soins). Un biais aurait pu également survenir lorsque on aurait décidé d'inclure une partie des dossiers ouverts en imposant une limite temporelle arbitraire (p.ex. une année), au-delà de laquelle une personne sans soins serait à considérer comme quelqu'un qui en n'aura pas.

Sur cet échantillon des analyses descriptives ont d'abord été réalisées, afin de déterminer le pourcentage des personnes accédant aux soins, la durée moyenne d'un suivi RESSORT et les causes de son interruption. Ensuite l'influence des variables socio-démographiques et cliniques sur l'entrée en soins a été vérifiée, en effectuant des tests du chi-carré et de Fisher sur sexe et diagnostic, pour les variables catégorielles nominales, et des tests de Mann-Whitney sur âge, niveau de scolarité et durée moyenne du suivi, pour les variables catégorielles ordinales ou continues non normales.

La dernière partie d'analyses s'est déroulée sur un échantillon composé uniquement des patients ayant accédé aux soins (n = 53), indépendamment de l'état de leur dossier, son but étant d'obtenir des information sur leur devenir pendant et après le suivi RESSORT. Des analyses descriptives ont été effectuées afin de connaître le service vers lequel elles sont orientées, comment changent leurs objectifs et quel est le délai de temps nécessaire pour accéder aux soins. Ensuite l'influence des variables socio-épidémiologiques et cliniques sur le délai temporel a été vérifiée, en effectuant des tests de Mann-Whitney (sexe), des corrélations non paramétriques de Spearman (âge, niveau scolaire) et des tests de Kruskal-Wallis (diagnostic).

Volet qualitatif : l'échantillon des sujets interviewé se compose des 5 intervenants (3 infirmières et 2 psychologues), travaillant ou ayant travaillé jusqu'à janvier 2015 dans la filière « entrée en soins ». Les interviews, qui ont duré entre 23 et 35 minutes, ont été enregistrées et ensuite transcrites. S'agissant d'un nombre modeste de personnes, une analyse du contenu a été effectuées selon la méthode inductive, le but de cette partie étant clairement exploratoire et de description conceptuel. Dans la partie présentant les résultats, tout extrait des interviews est nommé I 1-5 (I = Intervenants), le chiffre marqué entre parenthèses servant à le situer dans l'enregistrement.

3. Description des résultats

3.1 Fonctionnement du dispositif et cas clinique

Avant de présenter les résultats il me paraît intéressant de les contextualiser, en expliquant le fonctionnement de la filière et en donnant l'exemple d'un suivi type. Les explications suivantes sont tirées des interviews effectuées avec les intervenantes RESSORT.

La majorité des personnes aboutissant à la filière « entrée en soins » sont des jeunes entre 18 et 25 ans avec un parcours scolaire et une histoire de vie le plus souvent difficiles, présentant plusieurs échecs d'insertion ou bien une incapacité à maintenir un emploi, une formation ou des mesures de réinsertion, se trouvant le plus souvent au RI¹. Il y a ensuite une deuxième population de personnes plus âgées (30-40 ans) chez qui on retrouve un parcours professionnel chaotique, comprenant des emplois ne durant pas plus que quelques années, souvent en raison de difficultés relationnelles répétées. Certaines de ces personnes ont déjà passé par le système hospitalier ou bien par des suivis psychothérapeutiques sans qu'il y ait eu vraiment d'accroche (poursuite du suivi).

Les demandeurs principaux auprès de RESSORT sont les assistants sociaux des CSR², et la demande la plus souvent formulée est une évaluation psychique, l'assistant social pouvant remarquer des bizarreries, une humeur déprimée ou bien une irritabilité chez la personne. Un premier entretien est fixé auquel participent le demandeur, le futur patient et un intervenant RESSORT, afin de présenter le dispositif, faire le point sur la demande et s'assurer que l'indication soit bonne. Un premier bilan, à effectuer dans les 4-6 semaines suivantes, est ensuite fixé. Pendant ce temps, l'intervenant va faire 3 à 4 entretiens seul avec le patient, afin de récolter des informations sur ce dernier, d'évaluer ses difficultés par le biais de l'outil Eladeb³ et de comprendre quel est son réseau (famille, amis etc). A ensuite lieu l'entretien de restitution au demandeur, que l'intervenant a travaillé auparavant avec l'utilisateur, pendant lequel on décide de la poursuite ou pas du suivi RESSORT; lors de poursuite, des objectifs sont posés, qui seront réévalués tous les 3 mois. Dans la majorité des cas l'objectif est l'engagement dans les soins (v. résultats quantitatifs), mais il peut aussi par exemple s'agir d'aider la personne à chercher un stage, s'inscrire au RI etc. Pendant le suivi RESSORT, les intervenants cherchent à faire émerger une demande de soins chez le patient en l'aidant en parallèle sur le plan professionnel. La proportion des patients qui acceptent un suivi psychiatrique est ainsi orientée par les intervenants vers les soins du Département de Psychiatrie (DP), ou bien vers des professionnels installés. Le travail effectué sur le versant réinsertion

¹ Revenu d'Insertion : il s'agit d'un régime cantonal d'aide sociale comprenant une prestation financière et des mesures d'insertion, s'adressant aux personnes ayant un revenu financier au-dessous du minimum vital ne remplissant pas les conditions exigées pour bénéficier des indemnités chômage, et qui souhaitent bénéficier d'une aide à l'insertion sociale et/ou professionnelle. Ses principes d'application découlent des directives administratives du SPAS, le Service de Prévoyance et Aide Social.

² Centres Sociaux Régionaux.

³ Echelles Lausannoises d'Auto-Evaluation des Difficultés et des Besoins : il s'agit d'un jeu de cartes représentant 21 domaines de la vie quotidienne, triées par la personne afin de mettre en évidence les domaines dans lesquels elle estime avoir besoin d'aide.

professionnelle peut amener à un changement de filière, lorsque il s'agit d'effectuer un accès à une formation ou emploi IPS⁴, ou bien à s'orienter plutôt vers une rente AI.

De suite, le cas d'un patient décrit par une intervenante lorsque il lui a été demandé de penser à une situation représentative :

Monsieur A a 22 ans lorsque il est adressé à RESSORT par son assistant social. Le jeune homme a commencé un apprentissage à 16 ans, qu'il interrompt lorsque il est mis à la porte par sa mère. Après avoir vécu quelque temps dans la rue en faisant du petit brigandage et du deal, il est arrêté et passe quelque temps en prison. Il est mis ensuite à l'aide social et il essaye quelques petits emplois, aucun desquels tient plus que 3 mois : en effet, Monsieur estime ne pas être respecté par le patron, auquel il rend régulièrement le tablier en se montrant verbalement agressif et en disparaissant par la suite. Plusieurs essais au niveau de l'UR sont tentés sans qu'ils aboutissent, la même situation se représentant régulièrement: Monsieur s'y rend quelques temps, avant d'être submergé par ses difficultés, de devenir agressif et incapable de poursuivre. Lors des entretiens avec son assistant social, Monsieur pleure beaucoup en mentionnant ses difficultés.

Monsieur est donc adressé à RESSORT. L'intervenante le prenant en charge constate la présence de problèmes psychiques, et les diagnostics de troubles de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif, d'épisode dépressif ainsi que de phobie sociale sont retenus. Dans le cadre du suivi RESSORT, il est offert à Monsieur un étayage bienveillant, un espace lui permettant de prendre du recul sur les situations qu'il vit, et de réfléchir avec l'intervenante à des stratégies alternatives. Un cadre de soins lui permettrait de parler de ses émotions et de les identifier, d'avoir un lieu où il peut poser des questions, être orienté et accompagné, notamment dans les démarches administratives qu'il a de la peine à gérer. Pourtant, Monsieur étant très attaché à l'idée d'un projet professionnel, initialement il s'avère difficile pour lui d'entendre la partie « entrée en soins » : un nouveau stage est alors mis en place par l'intervenante, cela dans le but de permettre à Monsieur de se rendre compte de son fonctionnement. En effet, lors du stage, les choses se reproduisent exactement de la même manière : Monsieur souhaite faire plaisir à son employeur, en donnant beaucoup de son temps, en faisant beaucoup d'efforts et en se montrant très « gentil » et soumis. Il présente toutefois des difficultés d'organisation (hiérarchisation des tâches à accomplir, oubli des étapes d'une procédure pour faire une tâche, n'ose pas demander des précisions quand il ne comprend pas une demande qu'on lui fait, etc), ce qui entraîne peu à peu des remarques de la part de l'employeur, que Monsieur vit de plus en plus injustement (« je fais tellement d'effort et je n'ai que des critiques en retour »). Le stress causé par sa situation personnelle souvent instable (problèmes d'argent, de logement, de relations familiales) le rend encore plus sensible à ces remarques. Ne sachant pas exprimer ses émotions, il les contient jusqu'à exploser tout à coup en conflit et en agressivité, ce qui cause une rupture avec l'employeur. Ayant honte, Monsieur ne retourne plus sur la place de travail, ne donne pas de nouvelles et n'arrive pas à recontacter l'employeur, ce qui amène à son licenciement, vécu comme un échec par Monsieur.

Cela permet de mettre du concret sur la partie soins, l'intervenante essayant d'analyser avec lui son fonctionnement et ses difficultés, sur lesquelles elle lui propose de travailler, car Monsieur a de la peine à comprendre que ce n'est pas suffisant de déposer les choses, d'en parler avec l'intervenante, pour que le problème soit réglé. Monsieur accepte finalement une prise en charge psychiatrique et il est adressé au Département de Psychiatrie. En ce qui concerne la partie projet professionnelle, plusieurs essais de réinsertion professionnelle dans la première économie sont effectués pendant plus d'un an et demi, mais il est constaté que Monsieur se sent toujours énormément sous pression, incapable de gérer ses difficultés, et vit les décrochages comme des échecs très difficiles à surmonter, comportant plusieurs mois de chute de thymie. Au vu de ça, il est décidé de se diriger vers une demande AI, permettant de reconnaître les difficultés de Monsieur, tout en respectant son

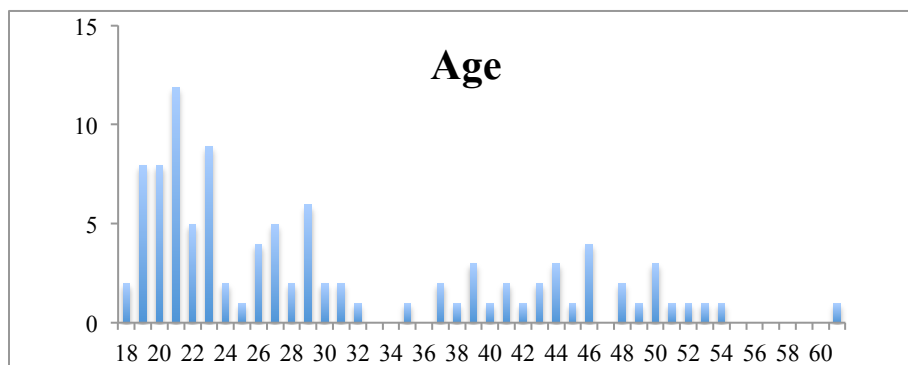
⁴ IPS : Individual Placement and Support : le programme utilisé par l'une des 3 filières de RESSORT dont l'objectif est la réinsertion des patients sur le marché du premier emploi (v. introduction).

souhait de poursuivre son insertion professionnelle et son travail sur ses difficultés psychiques : actuellement, Monsieur bénéficie d'une rente AI n'étant pas arrivé à remplir les exigences des mesures d'insertions essayées auparavant.

3.2 Résultats quantitatifs

3.2.1 Profil socio-épidémiologique de la population

Les résultats concernant la population aboutissant à la filière (n = 101) sont reportés dans les tableaux 1. L'âge moyen est 30 ans, l'âge médian 26 ; les hommes représentent 60.4% de l'échantillon, avec un âge moyen de 31 ans et médian de 29; les femmes, 39.6%, ont un âge moyen de 29 ans, et médian de 23.5. Cette différence d'âge selon le sexe n'est pourtant pas significative. Le graphique 1 montre la distribution de l'âge au sein de la population : on peut observer qu'il ne s'agit pas d'une distribution normale. L'examen des fréquences suggère une distribution tri-modale avec un groupe de patients proches de la vingtaine, un groupe de patients entre 26 et 30 ans ainsi qu'un dernier groupe moins homogènes de patients âgés de plus de 35 ans.



En ce qui concerne le niveau scolaire, la majorité des patients ont mené à terme leur scolarité obligatoire (61%) ; 26% ont effectué un apprentissage ou bien une maîtrise fédérale ; 8% n'ont menée à terme aucune scolarité.

21.8% ont effectué une activité professionnelle ou de formation pendant les 12 mois précédant la demande.

Pour le statut social, la grande majorité des patients (80.2%) sont au SPAS, le Service de prévoyance et aide sociale du Canton de Vaud ; 9.9% au chômage ; il n'y a que 1 patient ayant un contrat de travail. La source de revenu reflète en grande partie le statut social des patients : en effet, 79.2% des patients bénéficient du RI (v. supra) et 9.9% des indemnités chômage.

Age			
	Moyenne 30.24	Ecart-type 11.09	Médiane 26.00
Sexe			
Masculin	60.4% (61)		
Féminin	39.6% (40)		
Niveau scolaire			
Scolarité obligatoire	61% (61)		
Apprentissage, maîtrise fédérale	26% (26)		
Aucune scolarité menée à terme	8% (8)		
Université, haute école	3% (3)		
Maturité et sec. sup	1% (1)		

⁵ Les effectifs peuvent légèrement varier en fonction des données manquantes dans la base de données.

Ecole professionnelle	1% (1)
Présence d'activité pendant les 12 mois précédant RESSORT	21.8% (22)
Statut social initial	
SPAS ⁶	80.2% (81)
Chômage	9.9% (10)
Sans statut	4% (4)
RI pro ⁷	2% (2)
Contrat de travail	1% (1)
Indemnités journalières AI	1% (1)
Perte de gains	1% (1)
Rente AI	1% (1)
Source de revenu à l'entrée	
RI/SPAS	79.2% (80)
Chômage	9.9% (10)
Bourse d'étude	4% (4)
Mixte	3% (3)
AI	2% (2)
Travail salarié	1% (1)
Fortune personnelle	1% (1)

3.2.2 Profil clinique

Les résultats sont reportés dans le tableau 2. Concernant le diagnostic, il y a 29% de troubles de l'humeur, 19% de troubles anxieux et liés au stress, 26% de troubles de la personnalité et 6% de troubles psychotiques. Dans la catégorie « troubles autres » (13%) ont été rassemblés des diagnostics différents, comprenant très peu d'effectifs (1 à 3 chacun). Il y a 2 patients chez qui la présence d'un trouble psychique n'a pas été mise en évidence. Finalement, chez 6% des patients l'évaluation diagnostique était encore en cours au moment de l'extraction des données.

87.1% des patients n'ont pas de soins à l'admission ; 46.2% de ceux qui en bénéficient ont des soins « autres », cette catégorie réunissant tous les soins n'étant pas dispensés par le Département de Psychiatrie (catégorie « soins DP », 30.8% des patients) ou par un psychiatre installé (catégorie « soins psy privé », 23.1%) : il s'agit pour la plupart de personnes suivies par leur médecin généraliste, ou par d'autres intervenants hors du domaine de la psychiatrie.

Tableau 2 : Caractéristiques cliniques	
Diagnostic principal	
Tr. de l'humeur	29% (29)
Tr. anxieux et lié au stress	19% (19)
Tr. de la personnalité	26% (26)
Tr. autres	13% (13)
Evaluation diagnostique à faire	5% (5)
Tr. psychotiques	6% (6)
Pas de diagnostic psy	2% (2)
Type de soins à l'entrée	
Soins autres	46.2% (6)
Soins DP ⁸	30.8% (4)
Soins psy privé	23.1% (3)

⁶ SPAS : Service prévoyance et aide sociale.

⁷ RI pro : Revenu d'Insertion professionnel.

⁸ DP : Département de Psychiatrie.

3.2.3 Types de demande et catégories de demandeur

Les résultats sont reportés dans le tableau 3. Concernant la catégorie du demandeur, 55.4% des patients sont adressés par les CSR, les Centres sociaux régionaux, et 20.8% par les MIS, les Mesures d'insertion sociale (l'organe de contrôle de ces deux services est le SPAS). 16.8% des demandes parviennent de l'IPT (Intégration pour tous), fondation privée sans but lucratif partenaire de RESSORT, dont la mission est la réinsertion socioprofessionnelle des personnes en difficulté ; 2% du patient même ; 1% du DP ambulatoire ; 1% de l'UR, Unité de réhabilitation du Service de psychiatrie communautaire.

Le type de demande est le plus souvent une évaluation clinique (68.3%) ; 15.8% des demandes sont mixtes, c'est à dire qu'elles regroupent à la fois du soutien à l'emploi et une entrée en soins, impliquant ainsi plusieurs filières ; 11.9% c'est du soutien à la réinsertion professionnelle ; 4% une évaluation de l'aptitude au travail.

Tableau 3 : Caractéristiques de la demande	
Type de demande	
Evaluation clinique	68.3% (69)
Mixte	15.8% (16)
Soutien à la réinsertion	11.9% (12)
Evaluation aptitude au travail	4 (4%)
Catégorie demandeur	
CSR ⁹	55.4% (56)
MIS ¹⁰	20.8% (21)
IPT ¹¹	16.8% (17)
Autre	3% (3)
Patient	2% (2)
DP ambulatoire	1% (1)
UR ¹²	1% (1)

3.2.4 Fonctionnement de RESSORT : accès aux soins

Les résultats portant sur les proportions d'accès aux soins sont reportés dans les tableaux 4, 5 et 6. Les calculs ont été effectués sur les dossiers fermés (n = 76). En ce qui concerne l'état de soins (tableau 4), 17.1% des patients bénéficiaient d'un suivi à l'entrée, ce chiffre s'élevant à 51.3% à la sortie. Le test du chi-carré effectué sur ces données est significatif ($\chi^2(1) = 19.76, p < .001$), avec un Odd Ratio de 5.1. Cela signifie que un patient a 5.1 plus de chances d'être en soins à la sortie par rapport à l'entrée.

Tableau 4: Etat de soins (dossiers fermés, n = 76)¹³		
Etape (% , n)	En soins	Sans soins
Entrée	17.1% (13)	82.9% (63)
Sortie	51.3% (39)	48.7% (37)

Les tests effectués afin rechercher des prédicteurs d'accès aux soins (chi-carré et Fisher pour sexe et diagnostic, Mann-Whitney pour âge, niveau scolaire et durée moyenne du suivi) ne donnent pas de résultats significatifs (voir tableau 5, où les caractéristiques des sous-populations en soins et pas en soins à la fin du suivi RESSORT sont reportées).

⁹ Centre social régional.

¹⁰ Mesure d'insertion sociale.

¹¹ Insertion pour tous.

¹² Unité de réhabilitation.

¹³ Le nombre des effectifs peut légèrement varier selon les données manquantes de la base de données.

Tableau 5: Caractéristiques socio-démographiques des populations en soins vs pas en soins à la fin du suivi RESSORT				
	En soins	Sans soins	Tests statistiques	
Age				
Moyenne	32.51	29.03	U = 616 ¹⁴	p = .272
Ecart-type	12.113	10.722		
Médiane	29	26		
Sexe				
Hommes	55.6% (25)	44.4% (20)	$\chi^2(1) = .794$	p = .484
Femmes	45.2% (14)	54.8% (17)		
Niveau scolaire				
Aucune scolarité menée à terme	25% (2)	75% (6)	U = 631.5	p = .404
Scolarité obligatoire	57.1% (24)	42.9% (18)		
Apprentissage, maîtrise fédérale	45% (9)	55% (11)		
Ecole professionnelle	100% (1)	0% (0)		
Maturité et sec. sup	100% (1)	0% (0)		
Université, haute école	66.7% (2)	33.3% (1)		
Diagnostic				
Tr. de l'humeur	61.9% (13)	38.1% (8)		p = .613 ¹⁵
Tr. anxieux et lié au stress	46.7% (7)	53.3% (8)		
Tr. de la personnalité	40.9% (9)	59.1% (13)		
Tr. autres	50% (5)	50% (5)		
Tr. psychotiques	80% (4)	20% (1)		
Pas de diagnostic psy	50% (1)	50% (1)		
Durée moyenne du suivi				
Moyenne	8.03	8.03	U = 712	p = .921
Ecart-type	7.697	7.418		
Médiane	6	4		

Ensuite, des chi-carrés et des Odds Ratio ont été effectués pour chaque catégorie diagnostique (tableau 6): le but de ces analyses était de vérifier si des différences significatives existent entre l'étape d'entrée et celle de la sortie, et éventuellement quelle est la taille de cet effet pour chacune des catégories. En effet, on observe que dans certaines catégories le nombre de patients en soins à la fin du suivi est augmenté par rapport à ceux bénéficiant d'un suivi à l'entrée ; les chi-carrés ont donc été effectués afin de savoir si cette augmentation était significative. Les Odds Ratio permettent ensuite de comparer les effets obtenus en fonction des différentes catégories diagnostiques. Les résultats sont les suivants :

- Troubles de l'humeur : la proportion des patients en soins est significativement plus importante à la sortie par rapport à l'entrée ($\chi^2(1) = 6.222$, $p = .014$), avec un Odds Ratio de 5.2 : cela signifie que un patient atteint d'un trouble de l'humeur a 5.2 chances de plus d'être en soins à la fin du suivi par rapport à l'entrée.
- Troubles anxieux et liés au stress : le chi-carré est significatif ($\chi^2(1) = 6.136$, $p = .018$), avec un Odds Ratio de 12.25, ce qui signifie que un patient atteint d'un trouble anxieux et lié au stress a 12.25 chances de plus d'être en soins à la fin du suivi.
- Troubles de la personnalité : le chi-carré est significatif ($\chi^2(1) = 5.939$, $p = .015$) et le Odds Ratio est 6.
- Troubles psychotiques : le chi-carré n'est pas significatif ($\chi^2(1) = .476$, $p = .490$). Le Odds Ratio est 2.67.
- Troubles autres : le chi-carré n'est pas significatif ($\chi^2(1) = 1.978$, $p = .160$). Le Odds Ratio est 4.

A souligner toutefois que en raison de la faiblesse des effectifs de certains sous-groupes, les valeurs de significativité des chi-carrés doivent être interprétés avec prudence, car la significativité est liée à la taille de l'échantillon, ce qui n'est pas le cas des Odds Ratio.

¹⁴ Test de Mann-Whitney.

¹⁵ Test exact de Fisher.

	Etape	Statut	Effectifs	Odds Ratio
		En soins		
Troubles humeur	Entrée	23.8% (5)	21	5.2
	Sortie	61.9% (13)		
Troubles anxieux et liés au stress	Entrée	6.7% (1)	15	12.25
	Sortie	46.7% (7)		
Troubles personnalité	Entrée	9.1% (2)	22	6.92
	Sortie	40.9% (9)		
Troubles psychotiques	Entrée	60% (3)	5	2.67
	Sortie	80% (4)		
Troubles autres	Entrée	20% (2)	10	4
	Sortie	50% (5)		

3.2.5 Durée d'un suivi et causes d'interruption

La durée médiane d'un suivi RESSORT calculée sur le total des dossiers fermés est 5 mois (moyenne = 8 mois, écart-type = 7.512) : la distribution n'étant pas normale, il est plus pertinent de considérer la médiane.

La cause la plus fréquente d'interruption de suivi est l'entrée en soins (34.2%) ; 19.7% des patients négocient un arrêt sans issue professionnelle ; 18.4% des fois il s'agit d'une interruption à l'initiative du patient ; 14.5% les patients bénéficient d'une redirection, c'est à dire que ils ont été adressés à des autres organismes tels que le SIM¹⁶ ou des mesures du social pour le soutien à l'emploi, RESSORT ayant estimé ne pas être le dispositif le plus indiqué pour eux. 7.9% des suivis s'achèvent suite à la réinsertion professionnelle de la personne, 2.6% suite à l'obtention d'une rente AI, 1.3% suite à insertion dans un milieu protégé, 1.3% reprendra contact.

Causes interruption du suivi		Durée suivi	
Entrée en soins	34.2% (26)	Moyenne	8.03
Arrêt négocié sans issue professionnelle	19.7% (15)	Ecart-type	7.512
Interruption à l'initiative du patient	18.4% (14)	Médiane	5.00
Redirection	14.5% (11)		
Réinsertion professionnelle	7.9% (6)		
Obtention rente AI	2.6% (2)		
Insertion en milieu protégé	1.3% (1)		
Reprendra contact	1.3% (1)		

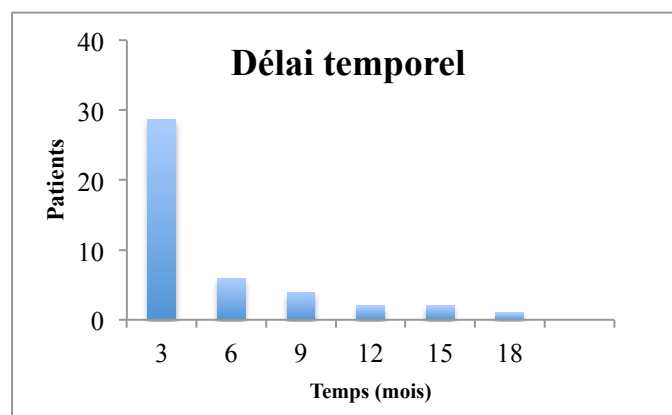
3.2.6 Processus d'entrée en soins

Les analyses suivantes ont été effectuées sur les dossiers des patients ayant accédé aux soins (n = 53), afin de mieux comprendre leur processus d'entrée en soins.

Le délai de temps médian pour accéder aux soins est de 3 mois¹⁷ : il s'agit d'une valeur plus pertinente par rapport à moyenne et écart-type (respectivement, 5.15 et 3.83), en raison de la distribution pas normale des données (voir graphique ci-dessous).

¹⁶ Suivi Intensif dans le Milieu : il s'agit d'une équipe mobile pluridisciplinaire opérant à Lausanne depuis 2002, offrant des suivis dans la communauté pour des personnes atteintes de gros troubles psychiques chez qui il n'est pas possible d'effectuer des soins via les suivis psychiatriques habituels. Le SIM est en étroite collaboration avec RESSORT.

¹⁷ Cette variable a été calculée à partir des données concernant les patients n'étant pas en soins à l'entrée du programme et l'étant à la sortie : les effectifs se réduisent donc à 44, 9 patient bénéficiant déjà de soins au début.



Des tests ont été effectués pour vérifier l'influence des variables socio-démographiques et cliniques sur ce délai temporel : test de Mann-Whitney pour le sexe ($U = 209$, $z = -.860$, $p = .390$) et corrélations non paramétriques Rho de Spearman pour âge et niveau de scolarité ($r_s = -.139$, $p = .355$; respectivement $r_s = -.122$, $p = .418$) n'ont pas donné de résultats significatifs.

En ce qui concerne le diagnostic, premièrement il a été décidé de vérifier l'influence de l'appartenance à l'un des deux premiers axes diagnostiques du DSM-IV sur le délai d'entrée en soins (tableau 8), en recodant donc la variable « diagnostic » en « troubles de l'axe 1 » vs « troubles de l'axe 2 ». Le test de Mann Whitney ensuite effectué s'avère significatif ($U = 98.5$, $z = 2.176$, $p = .030$)¹⁸, le délai étant plus important pour les patients présentant un trouble de l'axe 2.

	Délai temporel (médiane)	Délai temporel (moyenne, écart-type)	Test statistique	
Tr. axe 1 (n = 29)	3	4.66 (3.725)	$U = 98.5$ ¹⁹	$p = .030$
Tr. axe 2 (n = 11)	6	6.55 (3.503)		

Une deuxième analyse a été effectuée sur le diagnostic, cette fois en sélectionnant uniquement les cas appartenant aux catégories diagnostiques principales, avec suffisamment d'effectifs, ce qui a réduit l'échantillon à 36 patients (voir tableau 9). Le test de Kruskal-Wallis effectué sur cette nouvelle variable, se composant donc de trois catégories (troubles de l'humeur, troubles anxieux et liés au stress et troubles de la personnalité), n'est pas significatif ($H(2) = 5.749$, $p = .056$), mais pourrait montrer une tendance.

	Délai temporel (médiane)	Délai temporel (moyenne, écart-type)	Test statistique	
Tr. anxieux et liés au stress (n = 9)	6	5.33 (2.5)	$H(2) = 5.749$ ²⁰	$p = .056$
Tr. de l'humeur (n = 16)	3	4.69 (4.644)		
Tr. de la personnalité (n = 11)	6	6.55 (3.503)		

Par la suite une série de comparaison à posteriori entre ces groupes diagnostiques pris deux à deux a été effectuée en utilisant des tests de Mann-Whitney (voir tableau 10). Après correction du seuil alpha par la méthode de Bonferroni ($\alpha = .05 / 3 = .017$), les résultats ainsi retrouvés ne se révèlent plus significatifs.

¹⁸ La réduction des effectifs de 53 à 40 lors de ce test s'explique de la manière suivante : 9 des 53 patients étaient déjà en soins à l'entrée ; 1 n'avait pas de diagnostic psychiatrique ; chez 2, l'évaluation diagnostique était encore à faire ; il y avait 1 donnée manquante.

¹⁹ Test de Mann Whitney.

²⁰ Test de Kruskal-Wallis.

Tr. anxieux vs de l'humeur	U = 46	p = .063
Tr. humeur vs personnalité	U = 50	p = .025
Tr. anxieux vs personnalité	U = 40.5	p = .472

Pour essayer de tracer l'évolution du parcours des patients au sein de RESSORT, les variables concernant les objectifs ont été récoltées à 3 moments différents (tableau 11). Par objectif initial on entend celui qui est posé à l'entrée, par objectif final celui qui est posé à la sortie. L'objectif intermédiaire correspond au premier objectif posé dès que la personne entre en soins. Les analyses descriptives montrent que l'objectif initial prépondérant est évidemment l'accès aux soins (81.1%) ; en ce qui concerne les objectifs intermédiaire et final, la majorité des patients passe dans la catégorie maintien en soins (67.4% et 56.6% respectivement) ; il y a ensuite quelques individus dont l'objectif devient l'accès à la formation ou à l'emploi, IPS ou progressif (15.2% et 13% à l'étape intermédiaire, 13.2% et 11.3% à la sortie), et le maintien en emploi/formation (13.2% à la sortie). Il faut noter que la baisse d'effectifs observable à l'étape intermédiaire s'explique par le fait que 9 patients étaient déjà en soins à l'entrée (il s'agit des 9 patients dont l'objectif initial est « maintien en soins ») : chez ces personnes il n'y a évidemment pas d'objectif intermédiaire, car il n'y a pas vraiment d'entrée en soins.

Objectif	Initial	Intermédiaire	Final
Accès aux soins	81.1% (43)	0% (0)	0% (0)
Accès à la formation/emploi IPS ²²	0% (0)	15.2% (7)	13.2% (7)
Accès à la formation/emploi progressif	0% (0)	13% (6)	11.3% (6)
Maintien en soins	17% (9)	67.4% (31)	56.6% (30)
Maintien en formation/emploi	1.9% (1)	2.2% (1)	13.2% (7)
Sans objectif	0% (0)	2.2% (1)	5.7% (3)

Finalement on observe que ces gens sont orientés pour la plupart vers des soins du Département de psychiatrie (46.2%), ou bien vers un psychiatre installé (40.4%).

Type de soins final	% (n)
Soins DP	45.3% (24)
Soins psy privé	41.5% (22)
Soins autre	7.5% (4)
Soins RESSORT	5.7% (3)

3.3 Résultats qualitatifs

3.3.1 Barrières d'accès aux soins et méthodes pour y remédier

Concernant les difficultés pouvant se poser face à une entrée en soins psychiatrique, différentes idées émergent des interviews, pouvant se subdiviser en barrières intrinsèques et extrinsèques aux patients.

Barrières intrinsèques, liées aux patients :

- *Provenance de la demande* : le fait que dans la plupart des cas le patient ne soit pas demandeur semble représenter le premier obstacle ; comme le dit une intervenante, « une entrée en soins si la personne est demandeuse se fait assez facilement » (I3, 09:24). Plusieurs intervenantes citent la méconnaissance de la part du patient de ses difficultés.

²¹ Tests de Mann-Whitney.

²² Individual Placement and Support, le programme utilisé par l'une des 3 filières de RESSORT (v. introduction).

- *Stigmatisation* : les préjugés et les représentations de la psychiatrie, toujours présentes dans la société, apparaissent clairement comme étant des importants obstacles, tout comme l'appréhension de plusieurs patients à l'idée d'avoir un suivi psychiatrique qui en découle.

Barrières extrinsèques, liées aux institutions :

- *Manque de souplesse* : du point de vue des horaires et surtout de la tolérance aux rendez-vous manqués : « un patient qui vient pas à un rendez-vous le psychiatre va le rappeler une fois » (I1, 35:48).
- *Méconnaissance de la psychiatrie publique* : ce problème, signalé par plusieurs intervenantes, se situe au niveau du publique tout comme au niveau des professionnels. « Si quelqu'un décide tout d'un coup de faire un suivi bah, ils savent pas forcément qu'on peut passer par l'institution, donc les gens peut être contactent au bol comme ça sur la liste des psychiatres installés et puis souvent ils sont pris, c'est difficile de les joindre » (I2, 25:56) ; « les gens savent pas non plus à qui faire appel. En général, ils pensent plutôt au psychiatre privé, et puis bah ils en connaissent pas de bons, ou ils ont... voilà. Mais effectivement la psychiatrie publique, je pense que c'est [...] assez peu connu, déjà par les professionnels, les assistants sociaux des CSR ils savent pas » (I5, 06:16). A propos de la psychiatrie publique, une intervenante explique que pour les gens qui ont « pas réellement conscience d'avoir une problématique de santé, et qui ont tout un tas de problèmes associés, problèmes sociaux, familiaux etcetera, la barrière je trouve c'est que y a peu de... d'offre psychiatrique adaptée à ces gens là. [...] j'ai l'impression qu'on demande beaucoup aux gens d'être proactifs dans leur suivi, alors qu'y a des gens qui ont pas ces moyens là » (I4, 09:28).

Les stratégies mises en place par RESSORT afin de surmonter ces barrières sont les suivantes:

- *Déstigmatisation* : les intervenantes citent des gros efforts afin de déstigmatiser la psychiatrie (« on arrive souvent à surmonter les préjugés contre les psys » (I5, 07:11)), ce qui est possible aussi grâce à la collaboration avec les intervenants sociaux, qui « relativisent beaucoup sur ce que c'est le soin psychique » (I4, 12:23), et à la mobilité, qui permet de se rencontrer hors du milieu psychiatrique : « on ne force pas la personne à venir sur le site de Cery... qui est dans l'esprit des lausannois en tout cas super stigmatisant » (I2, 09:55) ; « le fait de pouvoir les prendre là où ils sont, en leur milieu, ça facilite clairement l'entrée en matière » (I5, 07:23). Ce qui n'est pas toujours possible c'est de « convaincre les gens que leur trouble pourrait s'amenuiser avec des soins [...] Les gens sont pas toujours d'accord de s'engager dans les soins. Par contre en général ils sont d'accord de nous voir » (I5, 07:34).
- *Identification des relais* : par rapport aux patients acceptant un suivi, une intervenante remarque que « de plus en plus de relais sont pensés » (I3, 10:49), ce qui permet de savoir vers qui/quelle structure adresser ces personnes afin qu'elles puissent bénéficier d'un suivi psychiatrique ; une autre intervenante signale que à ce niveau des barrières restent, même si le travail ne devrait se faire que à niveau de RESSORT : « dès qu'il y a une demande de soins à construire, on est vite limités, parce que il y a [...] quelque place au Suivi intensif dans le milieu²³, y a quelque place à l'Unité de réhabilitation de psychiatrie communautaire, mais... je pense que c'est pas suffisant, fin, je pense qu'y a un manque au niveau de la psychiatrie publique [...], de ce que devrait pouvoir offrir le département de psychiatrie » (I4, 13:10) ; « les offres en soins de la psychiatrie publique sont pas... suffisantes pour ce genre de personnes, à mon avis » (I4, 29:00).
- *Proactivité* : par rapport au manque de relance des soins psychiatriques traditionnels, les intervenantes mettent en évidence la proactivité du dispositif, afin de diminuer le risque

²³ Le SIM.

de drop-out : « on ré-sollicite les gens quand ils sont pas venu aux rendez-vous » (I5, 12:06) ; « on va pas laisser les choses comme ça, sur plusieurs semaines se péjorer, sans qu'on ait des nouvelles » (I1, 23:07). La bonne connaissance du réseau de santé vaudois et la souplesse du cadre (« on est flexibles aussi dans les horaires, c'est pas des horaires de bureau traditionnels » (I1, 14:02)) sont considérées des ultérieures importantes plus values.

3.3.2 Accessibilité de RESSORT

La presque totalité des personnes pour qui une demande a été déposé est vue au moins une première fois par les intervenants : « quand on reçoit une demande, je pense qu'on voit le 95% des personnes » (I3, 12:54) ; « c'est assez rare que les gens viennent pas au moins au rendez-vous » (I4, 14:22).

La proportion des suivis se créant au delà des trois/quatre séances varie de 50 à 75% selon les estimations des différentes intervenantes. Selon plusieurs d'entre elles, la raison la plus importante de cela est à rechercher dans le *timing de la demande*: « c'est des gens qui sont pas du tout prêts... la demande était trop précoce » (I2, 10:59) ; « moi l'impression que j'ai c'est que souvent c'est des demandes qui viennent un peu tôt dans le parcours [...] peut être qu'il faut aussi... qu'ils aient encore diverses expériences pour mûrir ça » (I3, 13:53). Cela peut être dû au fait que dans la majorité des cas la demande « vient d'une tierce personne, et pas de la personne concernée... donc que eux se reconnaissent pas dans cette demande là, puis du coup viennent pas aux rendez-vous » (I4, 15:06); souvent en effet ce qui pousse les patients à venir est l'obligation des CSR, plutôt que une vraie envie de travailler sur leurs difficultés.

Les seuls obstacles imputables au dispositif RESSORT restent d'un côté la carte de la psychiatrie (« c'est juste pas possible d'entendre pour eux que leur difficulté vient d'un trouble psychique » (I1, 18:33)), de l'autre le fait que « on a peu de temps finalement en quatre séances pour créer un lien » (I2, 13:03).

3.3.3 Efficacité et points de force du projet

Les intervenantes interviewées ont donné des réponses concordantes par rapport aux points forts du dispositif, listés ci-dessous :

- *Proactivité et souplesse du cadre*: comme déjà abordé, la proactivité est une importante plus value du dispositif, les patients et les demandeurs étant rapidement sollicités lors de rendez-vous manqués. « On part du principe que [...] il faut travailler la demande, que leur demande n'est pas claire, que... qu'il faut pouvoir être assez souples sur le cadre » (I5, 12:12).
- *Equipe pluridisciplinaire* : le fait que les intervenants n'aient pas le même parcours permet d'avoir des regards différents sur les situations, ce qui amène à l'échange et à la dynamisation.
- *Mobilité* : cela permet de « rencontrer les gens là où ils en sont, puis un peu en dehors du milieu psychiatrique aussi » (I4, 16:15). Il est ainsi possible de voir les personnes sur le lieu des mesures d'insertion par exemple, ce qui permet de « créer le lien » (I1,14 :38), et de suivre des patients qui ne se présenteraient pas à des rendez vous sur le site de Cery ou à la Consultation de Chauderon²⁴ : « je me souviens d'un patient d'un de mes collègues, elle l'a vu pendant plusieurs mois dans un parc » (I1, 22:30).
- *Double compétence réinsertion/soins* : RESSORT se situe « à l'interface entre les questions de réinsertion et les questions de santé mentale, en occupant un créneau que personne

²⁴ Polyclinique du Département de Psychiatrie.

d'autre n'occupait vraiment jusqu'à maintenant, c'est à dire, de pouvoir... faciliter l'entrée en psychiatrie... de certaines personnes [...] qui auraient pas du tout eu accès ou qui auraient eu aucune raison de se mettre en contact avec la psychiatrie, si elles étaient pas en échec d'insertion, avec une volonté de... trouver du travail » (I5, 11:22).

- *Le levier de l'emploi* : il s'agit évidemment du trait distinctif du programme.
- *La bonne connaissance et collaboration avec le réseau* : « on a une très bonne collaboration avec certains psychiatres, à l'intérieur du DP, ... et puis du coup les gens comme les assistants sociaux, et puis les gens qui travaillent dans les mesures de réinsertion, qui eux ont une moins bonne connaissance de tout ça, c'est vrai qu'ils vont nous solliciter pour leurs patients des fois » (I1, 33:36) ; « on collabore de manière très étroite aussi avec le SIM, et c'est vrai qu'on se passe souvent des situations » (I1, 34:33) ; « tout ce qui est professionnel, je dirais qu'il y a plutôt une bonne collaboration avec l'AI, les... les centres sociaux tout ça » (I4, 12:57).

En ce qui concerne l'efficacité du projet, les intervenantes ont estimé correctement le pourcentage de patients entrant effectivement en soins (dénommé « taux de réussite » pendant les entretiens, voir résultats quantitatifs), tout en soulignant que « ce n'est pas réussite versus échec » (I4, 17:04) et que « la réussite peut prendre différentes formes » (I1, 26:33).

Pour en citer deux d'entre elles, « je pense pas qu'on peut dire bah voilà, pour que ce soit réussi il faut que la personne... ait un suivi psychiatrique, ait un travail, soit pleinement réinsérée » (I1, 24:38) ; « quasiment tous les suivis... quelque chose la personne en retire, rien parce que ça les aide aussi à faire un bout en plus dans leur réflexion [...] Pour moi la réussite d'un suivi d'entrée en soins c'est une personne qui... peut être assez au clair avec ses difficultés, et puis à partir de là faire un choix » (I3, 19:26). Une autre intervenante remarque : « il me semble [...] qu'on arrive à cibler une population qui aurait pas pu entrer en soins autrement... [...] sur la cohorte que j'ai eu, y a peut-être juste 50% de mes patients qui sont entrés en soins [...] mais je pense qu'ils auraient pas pu entrer en soins autrement » (I4, 17:34).

Par rapport à ce qui déterminerait ou pas la réussite d'un suivi, les intervenantes évoquent premièrement la conscience de la personne de sa problématique, sa capacité à se remettre en question et à accepter un suivi psychiatrique ; il y a ensuite sa motivation à être insérée (« déjà c'est la fait que... la personne puisse être preneuse d'un projet » (I1, 24:31)), et sa mobilisation: le fait d'avoir « des patients qui se mobilisent dans des recherches, ou des qui se mobilisent dans des stages, ou qui se mobilisent... voilà qui se mettent à bouger, et puis plus à être complètement inactifs, bah ça déjà c'est un critère de réussite selon moi » (I2, 16:28).

Une intervenante met l'accent sur ce qu'elle appelle « qualité de la demande » (I4, 18:30), c'est à dire l'implication du demandeur et le travail fait par lui au préalable avec le patient, afin qu'il y ait une réflexion sur sa problématique, et sur l'orientation que RESSORT propose aux personnes prêtes à entrer dans les soins.

« Je me souviens d'un monsieur [...] qui avait vraiment des traits antisociaux, qui avait fait de la prison, pour lequel on a pu obtenir une rente AI complète, alors il a pas voulu de suivi psy, mais on a pu avoir une rente AI complète, il a pu sortir du CSR... du fait qu'il ait une rente AI alors il avait un revenu qui était plus important, aussi, ça générerait moins de stress [...] pour moi ça c'était par exemple une pleine réussite, même s'il a pas de suivi psychiatrique et puis qu'il travaillait pas » (I1, 24:52).

3.3.4 Les obstacles

Dans ce contexte aussi semblent émerger deux différents types d'obstacles, ceux reliés aux patients et ceux extrinsèques à eux. Par rapport à la première catégorie :

- *Création d'une relation thérapeutique* : cet obstacle est cité par la majorité des intervenantes. Comme le souligne une d'entre elles, les patients se sentent souvent obligés de se rendre aux rendez-vous par les assistants sociaux des CSR, donc il peut s'avérer difficile de faire en sorte que « ça passe de quelque chose qui est un peu obligé, un peu forcé, où le patient dit oui, parce que c'est l'assistant social qui le demande, à quelque chose qu'il peut [...] utiliser pour lui » (I3, 29:05) ; « Ça m'est arrivé une ou deux fois que le patient dise [...], mais moi de toute façon j'ai pas envie, c'est l'assistant social qui a fait la demande, je vais pas venir vous voir, bah là... bah là on dit bien, on en prend bonne note ! Y a pas grande chose à faire » (I3, 29:34). Une autre explique que « y a toute une partie où il faut se rencontrer, se connaître, pouvoir instaurer une relation de confiance, et ensuite que la personne puisse tolérer aussi le fait qu'il y ait une relation entre nous [...]. Ça me semble quelque chose en tout cas que j'ai vu qui était assez compliqué pour plusieurs » (I4, 21:47)
- *Faire émerger les difficultés* : une fois la relation établie, il faut essayer de faire émerger les difficultés du patient en l'accompagnant dans sa prise de conscience, ce que une intervenante définit « travail d'équilibriste » (I3, 23:38) car il ne faut pas être « trop confrontant » (I3, 09:02) : par rapport à l'énonciation des difficultés, une intervenante explique comment les patient peuvent arriver peu à peu à les « laisser apparaître, et puis on peut travailler dessus sans que ça paraissait quelque chose de très grave, ou... de psychiatrique » (I4, 22:56).
- *Motivation* : « Les gens s'essouffent. [...] Ils se disent, bah moi je veux bien avoir un suivi, mais si je vois pas un résultat concret au bout de quelques séances, je vois pas pourquoi je continue. [...] Je trouve souvent y a quand même des gros gros problèmes motivationnels » (I1, 27:52) ; « ils voient plus vraiment l'intérêt, donc ils viennent carrément plus aux rendez-vous » (I2, 18:22).
- *Comprendre la mission de RESSORT* : « passé le cap de l'alliance thérapeutique, 'fin de la construction d'une alliance thérapeutique, les gens disent, mais finalement, moi je vous vois vous, je vous raconte mes difficultés à vous, je vois pas pourquoi je devrais aller voir quelqu'un d'autre » (I5, 19:18) : certains patients ont en effet de la peine à comprendre la mission de RESSORT, qui est justement un dispositif d'entrée en soins. Ceci peut entraîner l'échec du suivi psychiatrique proposé, donc il faut convaincre les patients du sens du changement de suivi, tout « en évitant qu'ils se sentent abandonnés, largués » (I5, 19:51).

Concernant les obstacles extrinsèques aux patients :

- *Attentes des centres sociaux* : dès que un patient est adressé à RESSORT, il faut que « au bout d'un certain temps y ait des résultats, sinon ils peuvent... remettre en question tout ça, puis du coup pénaliser les gens » (I4, 23:51).
- *Changements des conditions de vie* : cela peut évidemment avoir des répercussions sur le suivi du patient : « il peut y avoir un changement d'assistant social, qui complique la donne ou la facilite au contraire, il peut y avoir un changement dans [...] les conditions de vie. Quelqu'un qui perd son emploi... qui perd son logement par exemple... qui se retrouve à l'hôtel, ça va être plus difficile de le mobiliser pour le voir, pour faire quelque chose de l'ordre de l'engagement thérapeutique avec lui souvent, parce que il a d'autres préoccupations plus [...] immédiates, plus concrètes » (I5, 16:06).

3.3.5 Aspects à améliorer : accessibilité à RESSORT et prise en charge des patients

En ce qui concerne les aspects à améliorer du projet, toutes les intervenantes soulignent comment depuis ses débuts en 2009 il y a « énormément des choses [...] qui ont été améliorées » (I3, 33:08). A la question s'il faudrait améliorer quelque chose par rapport à son accessibilité, elles répondent estimer que RESSORT est une structure accessible, qui « essaye de se rendre accessible dès le départ » (I4, 25:31), en se faisant aussi connaître des assistants sociaux des CSR cantonaux, et

qu'elles ne voient pas qu'est-ce que pourrait être fait de plus à ce niveau là. En outre, en ce qui concerne la filière, la rapidité de prise en charge est satisfaisante et il n'y a presque pas de file d'attente.

Une intervenante dit que ce serait bien si RESSORT était accessible dès la fin de la scolarité, pour ainsi anticiper la péjoration d'une situation déjà précaire : « moi sur les gens que j'ai rencontrés, j'en ai vues plusieurs pour lesquelles entre 16 ans, le moment où ils ont fini l'école, et 18 ans, il s'est pas passé... 'fin, ils ont pas eu vraiment de soutien et puis que leur situation s'est déjà un peu chronicisée à ce moment là » (I4, 26:25).

Par rapport à la prise en charge des patients les impressions des intervenantes sont positives. Elles soulignent les progrès effectués depuis le début : « de plus en plus c'est clair qu'est-ce qui est fait à la première séance, qu'est-ce qui est fait à la phase d'évaluation, qu'est-ce qui est fait par la suite, ça je trouve que c'est vraiment des choses qui... que l'entrée en soins avait besoin » (I3, 33:15). A présent, comme le dit une d'entre elles, « c'est assez optimal comme fonctionnement » (I2, 19:54), cette impression étant partagée par les autres intervenantes aussi.

Revient le problème de l'orientation, déjà soulevé par deux des intervenantes : « y a aussi un travail à faire sur les... les lieux où pouvoir orienter les personnes. [...] Je pense que les offres en soins de la psychiatrie publique sont pas... suffisantes pour ce genre de personnes » (I4, 28:51). En même temps, elles soulignent que « c'est aussi une réflexion qui est en cours » (I3, 31:49).

Une intervenante suggère qu'il y aurait intérêt à systématiser le travailler en binôme médecin-infirmier : « la difficulté que j'ai eue avec ces patients là, c'est d'avoir des espaces de pensée, parce que on est beaucoup dans l'action, justement dans cette immédiateté etcetera, et... je pense que en travaillant à deux on peut plus facilement s'offrir ces espaces de pensée, et du coup agir différemment, ou moins agir, ou... et j'ai eues quelques expériences de patients qu'on a suivi en binôme, à deux infirmières, qu'on faisait avec les infirmières de l'Unité de réhabilitation, et je trouvais que ça permettait d'avoir deux regards sur les situations, d'avoir beaucoup plus de discussion, et à mon avis des propositions plus... peut être plus larges, plus pertinentes » (I4, 27:53).

4. Discussion des résultats

L'avant-dernière partie de ce travail vise à expliquer les résultats émergeant des analyses et des interviews, en s'appuyant quand il est possible à la littérature préexistante, en partie citée dans l'introduction.

4.1 Difficultés d'accès aux soins et efficacité de RESSORT

« On arrive à cibler une population qui aurait pas pu entrer en soins autrement » (I4, 17:48)

Une bonne partie des barrières d'accès aux soins retrouvées dans la littérature émergent des entretiens avec les intervenantes: plusieurs études divisent en effet les barrières entre intrinsèques et extrinsèques aux patients, leurs dénominations changeant d'un article à l'autre mais leur signification étant la même. En effet on parle de barrières d'accessibilité (problèmes financiers, de transport/garde des enfants), d'acceptabilité (peur de la stigmatisation, de chercher de l'aide, méconnaissance des offres de traitement et de la maladie, désir de résoudre le problème soi-même, barrières de langage) et de disponibilité (absence de professionnels dans la région/au moment de la demande, liste d'attente) dans certains études (9,10), et de barrières attitudinales versus structurelles

dans des autres (11–13), ces dernières étant assimilables aux barrières de disponibilités, et les premières regroupant surtout les barrières d'acceptabilité.

Selon plusieurs études (9,11,13,15,17,19), la variable-clé influençant la décision de chercher de l'aide est la perception du problème par le patient, ce qui sort clairement des interviews aussi ; le patient arrivant à RESSORT n'est pas demandeur de soins et a des résistances face à l'intervenant qui essaye à faire émerger ses difficultés pendant le processus d'engagement : « les gens qui sont relativement demandeurs de soins et plutôt autonomes on n'en voit pas beaucoup, et donc nous on est plutôt avec des gens qui sont ... très en difficulté, pas vraiment conscients de ça » (I4, 11:09) ; « c'est de travailler la demande avec eux, c'est pas d'attendre que eux aient une demande » (I1, 15:50).

En deuxième lieu, les barrières d'acceptabilité, ou intrinsèques, émergent clairement des interviews d'une façon majoritaire, la peur d'être stigmatisé étant souvent citée (« je pense que les barrières sont celles de la société en général, la psychiatrie c'est stigmatisant. Y a encore beaucoup de gens ... voilà, qui... bah, en passant en plus par le biais du travail, quand on leur parle de psychiatrie [...] ça leur fait peur » (I2, 05:27)), tout comme d'autres résistances. La méconnaissance de la psychiatrie publique se situe entre les barrières intrinsèques et celles extrinsèques, du fait qu'elle affecte les futurs patients tout comme les soignants. Finalement, les barrières extrinsèques (ou de disponibilité, ou structurelles), se traduisent en les difficultés rencontrées lors d'une tentative de prise de contact avec des professionnels, leurs longues listes d'attente, leur manque de relance et de flexibilité.

Les entretiens montrent que les intervenants sont conscients de ces aspects et tentent d'y remédier par la déstigmatisation, en rendant la psychiatrie plus visible et accessible, en étant mobiles, proactifs et flexibles, et en proposant des compétences tant dans le domaine des soins que de la réinsertion professionnelle/emploi.

Les résultats des analyses statistiques indiquent que RESSORT permet d'augmenter la probabilité d'accès aux soins : un patient bénéficiant d'un suivi ayant 5.1 de chances en plus d'être en soins à la sortie (voir paragraphe 3.2.4).

4.2 Prédicteurs de l'accès aux soins

En ce qui concerne l'influence des variables socio-démographiques et cliniques sur l'accès aux soins les résultats retrouvés dans la littérature ne sont pas confirmés. Plusieurs études (11,13,15–21) ont identifié certaines caractéristiques entravant ou facilitant l'accès aux soins, que nous avons testé. On aurait pu s'attendre, chez les patients ayant accédé aux soins, à une proportion plus importante de femmes, de personnes entre 35-44 ans, de personnes avec un niveau scolaire plus élevé, de personnes atteintes de troubles de l'humeur ; les tests n'ont pas démontré de résultats significatifs (voir paragraphe 3.2.4). Cela peut s'expliquer par le fait que la population ciblée par le programme RESSORT est déjà une sous-population particulière, socio-démographiquement différente de la population générale.

A titre d'exemple, la proportion d'hommes faisant partie du programme est supérieure à celle des femmes : cela se reflète dans les proportions de patients en soins à la sortie, respectivement 55.6% et 45.2%. Le fait qu'il y ait plus d'hommes pris en charge par RESSORT pourrait refléter qu'ils sont plus difficiles à engager dans des soins traditionnels, et que les efforts de déstigmatisation effectués lors de la mise en place du dispositif sont efficaces, arrivant à joindre ces sous-populations habituellement réfractaires et défavorisées. Une même hypothèse pourrait se faire face au diagnostic : l'accès aux soins RESSORT ne dépend pas du diagnostic posé. Par contre on observe que la probabilité d'être en soins à la fin du programme est significativement plus élevée pour les patients atteints de troubles de l'humeur, troubles anxieux et liés aux stress, et troubles de la personnalité (voir paragraphe 3.2.4) : les Odds Ratio de ces catégories diagnostiques sont respectivement 5.2, 12.25 et 6.92. Le fait que le OR pour les troubles anxieux et liés au stress soit

plus élevé de celui des troubles de l'humeur (12.25 vs 5.2) représente un résultat positif, car il pourrait démontrer l'efficacité du dispositif à neutraliser certains obstacles propres aux individus atteints de troubles anxieux, considérés par la littérature comme plus difficiles à engager dans les soins que ceux atteints de troubles de l'humeur, qui sont notamment les premiers à rechercher de l'aide et des soins (14,18,21).

4.3 Prédicteurs du délai temporel

Il est important d'effectuer une distinction entre le délai temporel s'écoulant entre premières manifestations de la maladie et prise de contact avec un service de santé mentale, souvent exploré dans la littérature (13,18,19), et le temps s'écoulant entre prise de contact avec RESSORT et l'entrée en soins effective (voir paragraphe 3.2.6). Il ne s'agit en effet pas de la même chose, mais vu l'unicité de RESSORT il a été difficile de trouver des données s'occupant de dispositifs d'entrée en soins dans la littérature, prenant en compte le deuxième délai temporel cité. Nous avons effectué une extrapolation en comparant les analyses effectuées dans ce travail aux données récoltées à partir d'articles s'intéressant au premier (délai entre premières manifestations et contact avec service de santé mentale), selon lesquelles les personnes atteintes de troubles de l'humeur contactent plus facilement les services par rapport à celles atteintes de troubles anxieux ; les caractéristiques socio-démographiques reflètent en grande partie celles entravant l'accès aux soins : les personnes plus jeunes ou plus âgées, les hommes et ceux ayant un bas niveau d'éducation mettent plus de temps pour chercher de l'aide.

En ce qui concerne les caractéristiques socio-démographiques, les résultats retrouvés ne sont pas significatifs.

Par rapport à l'hypothèse diagnostique par contre on retrouve des résultats significatifs : le délai à entrer en soins des patients atteints de troubles de l'axe 1 (selon le DSM-IV) était significativement plus bas de celui des patients atteints d'un trouble de l'axe 2. A ce propos, il y a des études s'intéressant à la stigmatisation et à l'auto-stigmatisation des personnes atteintes d'un trouble de la personnalité par rapport à celles atteintes d'autres troubles, postulant une majeure vulnérabilité des premiers par rapport aux deuxièmes en raison de leurs difficultés dans les rapports interpersonnels, mais les résultats ne sont pas toujours significatifs (22,23). Cette perception accrue de la stigmatisation pourrait expliquer le délai plus grand des patients présentant un trouble de l'axe 2 pour entrer en soins, comparé aux patients atteints de troubles de l'axe 1 (beaucoup plus étudiés de ce point de vue). La comparaison des 3 principaux groupes diagnostiques (troubles de l'humeur, anxieux et liés au stress, et de la personnalité) ne donne pas de résultat significatif, mais pourrait montrer une tendance des troubles de l'humeur à se faire prendre en charge plus tôt par rapport aux autres pathologies.

4.4 Limites de l'étude

Il y a trois limites principales à cette étude : la première est la petite taille des effectifs, ce qui amène à traiter les résultats avec beaucoup de prudence. Deuxièmement, le fait qu'il n'y ait pas de groupe contrôle ne nous permet pas de prouver l'efficacité du dispositif. La dernière limite concerne les analyses sur le délai temporel, où la durée du suivi RESSORT avant la prise en charge psychiatrique a été assimilée à la durée de troubles non traités.

5. Suggestions et conclusions

Cette étude décrit une population invisible pour la psychiatrie classique, composée de personnes fragilisées, en échec d'insertion, ayant des problèmes de santé mentale et n'acceptant pas de soins. Une intervention spécifique permet de surmonter certaines barrières face aux soins psychiatriques en passant par la question de l'insertion en emploi. Il s'agit de créer des liens entre services d'insertion professionnelle et services de santé mentale pour accéder aux personnes concernées, de se mettre au niveau des besoins de la personne, en l'accompagnant en situation pour faire les liens entre ses problèmes d'insertion et ses difficultés psychiques. Cette intervention permet de contribuer à diminuer la durée des troubles non traités, à accéder à des soins adéquats, à améliorer son état de santé et à favoriser l'insertion dans le marché du travail, ou au contraire à permettre l'évaluation médicale d'une incapacité de travail durable en raison de troubles psychiques. La dimension de réseau de l'intervention constitue une plus-value importante, puisque les problématiques complexes des personnes dépassent les compétences de chacune des institutions prise individuellement.

Il semble donc important de s'intéresser plus systématiquement à la santé mentale des personnes ayant des problèmes d'insertion professionnelle. Dans le contexte actuel, où l'on constate une hausse de rentes AI allouées aux jeunes n'étant jamais entrés sur le marché du travail en raison de troubles psychiques, le type d'intervention décrite ici pourrait contribuer à combler un vide dans les services s'adressant aux jeunes abandonnant leurs études. Dans l'organisation actuelle, il persiste néanmoins une période de latence pouvant se révéler néfaste entre la fin de la scolarité et la possibilité d'intervention. A l'avenir, une détection précoce en collaboration avec les services scolaires pourrait être développée, afin d'éviter cette période de latence.

6. Bibliographie

1. Curran C, Knapp M, McDaid D, Tómasson K. Mental health and employment: An overview of patterns and policies across Western Europe. *J Ment Health*. 1 janv 2007;16(2):195-209.
2. Stuart H. Mental illness and employment discrimination: *Curr Opin Psychiatry*. sept 2006;19(5):522-6.
3. Weich S, Lewis G. Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study. *BMJ*. 11 juill 1998;317(7151):115-9.
4. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health--a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health*. déc 2006;32(6):443-62.
5. rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf [Internet]. [cité 18 févr 2015]. Disponible sur: http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf
6. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment - a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. mai 2004;39(5):337-49.
7. OCDE (2012). Mal-être au travail? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi. Santé mentale et emploi. Editions OCDE; 2012.
8. OCDE (2014). Santé mentale et emploi: Suisse. Santé mentale et emploi. Editions OCDE; 2014.
9. Wang JL. Perceived barriers to mental health service use among individuals with mental disorders in the Canadian general population. *Med Care*. février 2006;44(2):192-5.
10. Steele, L, Dewa, C., Lee, K. Socioeconomic status and self-reported barriers to mental health service use. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. mars 2007;52(3):201-6.
11. Mojtabai R, Olfson M, Sampson NA, Jin R, Druss B, Wang PS, et al. Barriers to mental health treatment: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med*. août 2011;41(8):1751-61.
12. Sareen J, Jagdeo A, Cox BJ, Clara I, ten Have M, Belik S-L, et al. Perceived Barriers to Mental Health Service Utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatr Serv*. mars 2007;58(3):357-64.
13. Thompson A, Hunt C, Issakidis C. Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. oct 2004;39(10):810-7.
14. Meadows G, Burgess P, Bobevski I, Fossey E, Harvey C, Liaw ST. Perceived need for mental health care: influences of diagnosis, demography and disability. *Psychol Med*. févr 2002;32(2):299-309.
15. Mojtabai R, Olfson M, Mechanic D. Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry*. janv 2002;59(1):77-84.
16. Amaddeo F, Jones J. What is the impact of socio-economic inequalities on the use of mental health services? *Epidemiol E Psichiatr Soc- Int J Epidemiol Psychiatr Sci*. mars 2007;16(1):16-9.
17. Bijl RV, de Graaf R, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord DR, et al. The Prevalence Of Treated And Untreated Mental Disorders In Five Countries. *Health Aff (Millwood)*. 1 mai 2003;22(3):122-33.
18. Wang PS, Berglund P, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. Juin 2005;62(6):603-13.
19. Thornicroft G. Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiol Psichiatr Soc*. mars 2008;17(1):14-9.
20. Perreault M, Lafortune D, Laverdure A, Chartier-Otis M, Bélanger C, Marchand A, et al. [Barriers to treatment access reported by people with anxiety disorders]. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. mai 2013;58(5):300-5.

21. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;(420):47-54.
22. Rüsç N, Hölzer A, Hermann C, Schramm E, Jacob GA, Bohus M, et al. Self-Stigma in Women With Borderline Personality Disorder and Women With Social Phobia: *J Nerv Ment Dis.* oct 2006;194(10):766-73.
23. Catthoor K, Schrijvers D, Hutsebaut J, Feenstra D, Sabbe B. Psychiatric Stigma in Treatment-Seeking Adults with Personality Problems: Evidence from a Sample of 214 Patients. *Front Psychiatry* [Internet]. 8 juill 2015 [cité 29 août 2015];6. Disponible sur: <http://journal.frontiersin.org/Article/10.3389/fpsy.2015.00101/abstract>

7. Annexe : grille d'entretien

Entretiens semi-structurés avec intervenants RESSORT :

Buts :

1. Evaluer les difficultés rencontrées par les intervenants RESSORT dans la mise en œuvre de ce genre de pratique :
 - a. Fonctionnement RESSORT
 - i. Pourriez-vous décrire une situation typique d' « entrée en soins », peut-être en parlant d'un cas représentatif ?
 - *Pourquoi et comment un individu arrive à RESSORT ?*
 - *Comment se passe-t-il le travail d'engagement dans les soins ?*
 - *Pourriez-vous décrire le déroulement d'un suivi « entrée en soins » ?*
 - b. Barrières face aux à l'entrée en soins
 - i. D'après vous, y a-t-il des barrières se posant face à l'entrée en soins psychiatriques classique ?
 - *S'agit-il de barrières intrinsèques et/ou extrinsèques aux patients ? (p. ex : Intrinsèques : méconnaissance du problème, barrières linguistiques, sous estimation des ttt, etc ; Extrinsèques : problèmes liés aux temps d'attente, manque de coordination entre les différents intervenants, manque d'intervenants, etc)*
 - ii. Avez-vous l'impression que RESSORT arrive à surmonter ces barrières ?
 - *Comment ? Quelles sont les stratégies mises au point pour le faire ?*
 2. Evaluer ce qu'il faudrait mettre en place pour que la population ciblée par la filière « entrée en soins » puisse effectivement accéder aux soins :
 - a. Accessibilité de RESSORT
 - i. Quelle proportion des patients ayant déposé une demande à RESSORT y accède effectivement ?
 - ii. Ceux qui n'y accèdent pas : pourquoi ?
 - *Quels sont les obstacles qu'on peut rencontrer lorsque on veut faire recours à RESSORT?*
 - *Les obstacles se situent-ils au niveau du patient et/ou du dispositif ?*
 - b. Efficacité du projet, points de force et limites
 - i. D'après vous, quels sont les points fort de RESSORT ?
 - ii. Qu'est-ce que vous pensez du taux de réussite de votre filière ?
 - iii. D'après vous, qu'est-ce que détermine la réussite ou pas d'un suivi ?
 - *Quels sont les obstacles que vous rencontrez le long d'un suivi ?*
 - *Est-ce qu'ils varient avec le temps ?*
 - c. Suggestions
 - i. Pensez-vous qu'il faudrait améliorer quelque chose par rapport à l'accessibilité de RESSORT et à la prise en charge des patients ?
 - *Qu'est-ce qu'il faudrait améliorer ?*
 - *Pourquoi ?*