

ASSURANCE-INVALIDITÉ

Le rôle clé des psychiatres dans la réadaptation professionnelle

Niklas Baer
Ulrich Frick
Fulvia Rota
Pierre Vallon
Kaspar Aebi
Julius Kurmann
Christine Romann

Les cas d'incapacité de travail, temporaire ou permanente, de personnes souffrant de problèmes psychiques ont augmenté ces dernières décennies. Une enquête nationale auprès des psychiatres montre l'engagement de ces derniers et les difficultés qu'ils rencontrent, mais aussi leur potentiel d'intervention.

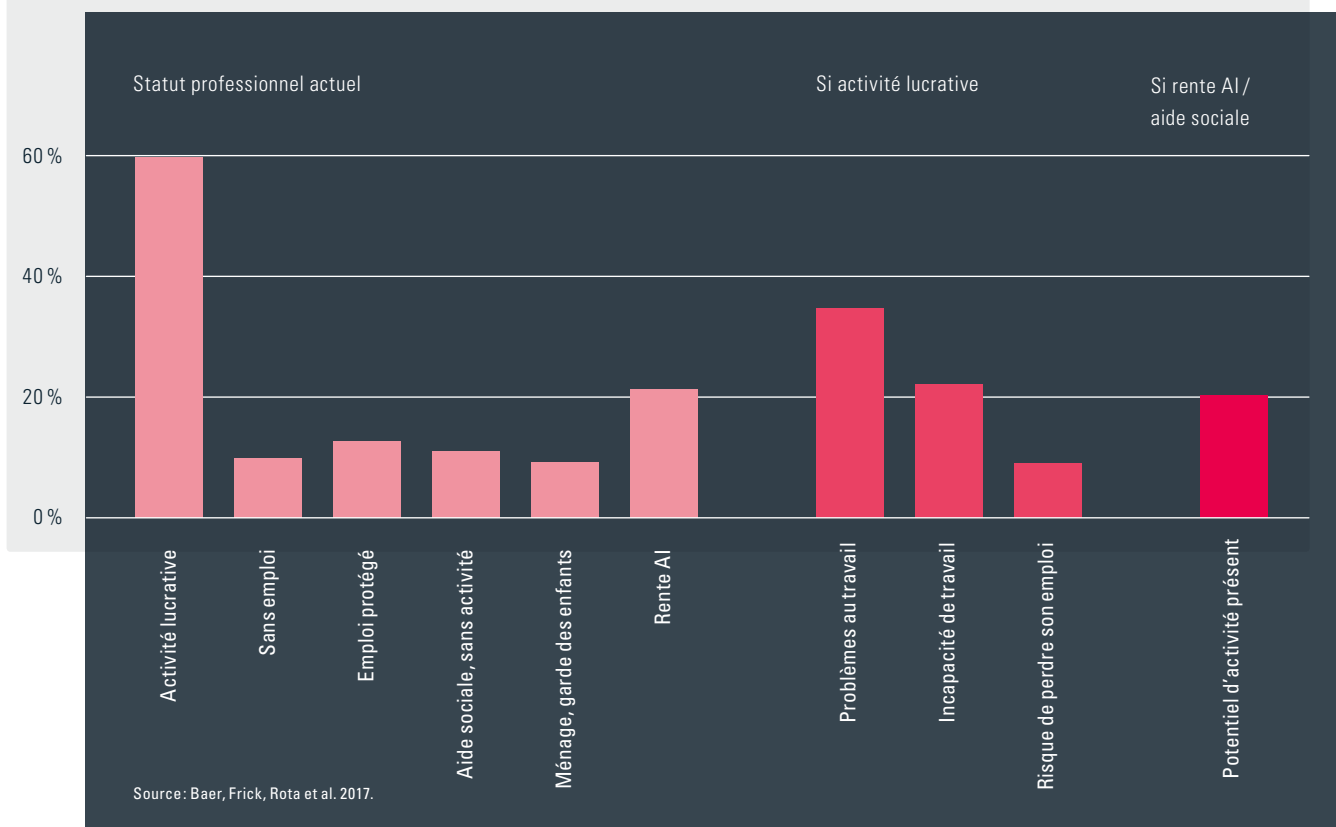
Les psychiatres peuvent jouer un rôle essentiel pour le maintien de leurs patients sur le marché du travail : ils connaissent d'ordinaire très bien leurs limitations mais aussi leurs ressources, car ils les traitent souvent depuis un certain temps et sont pour eux une personne de référence importante.

CONTEXTE ET PROBLÉMATIQUE En Suisse, contrairement à ce qui se passe dans d'autres pays où la densité de psychiatres est plus faible, les spécialistes agissent non seulement sur les plans diagnostique et psychothérapeutique, mais assument souvent aussi des tâches basiques telles que l'établissement de contacts avec les autorités, les assurances et l'environnement social des patients ou les services des urgences. Chaque année, près d'un demi-million de personnes suivent un traitement psychiatrique, que ce soit dans un cabinet médical ou dans un éta-

blissement psychiatrique. On sait par expérience que la coopération entre les spécialistes de la psychiatrie et d'autres acteurs (assureurs sociaux, assureurs privés, employeurs, etc.) n'est pas toujours optimale en raison des perspectives différentes des uns et des autres. Pourtant, une concordance de vue quant aux limitations professionnelles et aux interventions nécessaires ainsi qu'une bonne coopération constituent, tout particulièrement pour les personnes souffrant de troubles psychiques, une condition essentielle à leur maintien en emploi ou à leur réinsertion. Le rapport de l'OCDE (2014) sur la santé mentale et l'emploi en Suisse souligne aussi l'importance du rôle des psychiatres et en fournit une analyse critique.

OBJECTIF ET MÉTHODE DE L'ENQUÊTE Afin de mieux comprendre le rôle clé joué par les psychiatres dans l'inser-

Statut professionnel, problèmes au travail et potentiel des patients psychiatriques (N = 603-626)



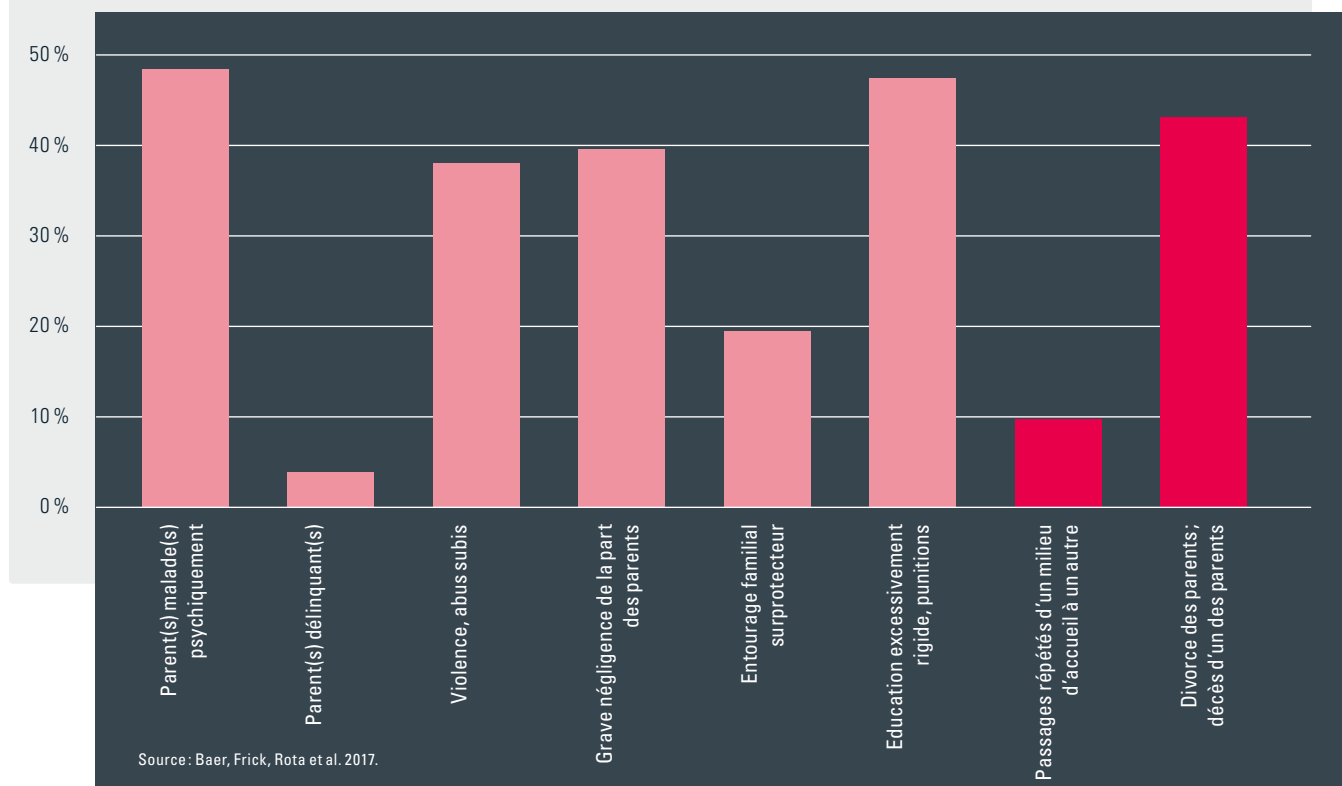
tion professionnelle, la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP) a lancé au début de 2016, de concert avec les Services psychiatriques cantonaux de Bâle-Campagne (direction du projet) et la Haute école Döpfer de Cologne (plan d'étude et analyses statistiques), une enquête auprès des psychiatres exerçant en Suisse à titre privé ou en institution. Aucune étude n'avait encore porté sur les connaissances (médicales) de ces derniers en matière de réadaptation professionnelle ainsi que sur leur point de vue concernant les problèmes rencontrés dans la coopération avec les autres acteurs. On manquait aussi de données épidémiologiques cliniques sur la survenance et la distribution des problèmes liés au travail que rencontrent leurs patients.

L'enquête détaillée en ligne s'adressait à tous les membres de la SSPP, et les médecins-chefs des services psychiatriques ont été priés de la transmettre aux médecins qui leur sont

subordonnés. Les présidents des sociétés de discipline cantonales ont également été priés de faire connaître l'enquête auprès de leurs membres (il n'est donc pas possible d'articuler un taux de réponse précis). Sur les 741 psychiatres qui ont activé le lien, 714 ont rempli le questionnaire au moins partiellement et 326, soit une petite moitié, ont répondu à toutes les questions. Trois quarts des personnes ayant participé à l'enquête travaillent en pratique privée, la même proportion exerce en Suisse alémanique et trois quarts aussi ont 50 ans ou plus, ce qui reflète bien la situation réelle. Ce taux de réponse, remarquable pour une enquête aussi complexe, montre bien que les psychiatres sont conscients de l'importance de la problématique et donnent de leur personne.

Les paragraphes qui suivent abordent quatre des composantes de l'enquête : d'abord, les données épidémiologiques cliniques sur la capacité de travail, les problèmes rencontrés

Poids du vécu des patients psychiatriques ayant des problèmes au travail (N = 453; plusieurs réponses possibles)



au travail et le potentiel d'activité des patients. Sont discutés ensuite l'anamnèse et le parcours professionnel des patients qui, au moment de l'enquête, avaient des problèmes en lien avec leur travail. En troisième lieu, nous abordons les différences entre l'évaluation théorique et l'appréciation pratique des limitations fonctionnelles, pour discuter enfin les divergences dans l'appréciation de l'incapacité de travail (ou mise en congé maladie).

ÉPIDÉMIOLOGIE CLINIQUE Sur les plus de 600 patients psychiatriques pour lesquels l'enquête auprès des médecins a permis de recueillir des données, plus de 80 % sont en âge de travailler et quelque 60 % de ceux-ci sont actifs sur le marché primaire du travail (cf. graphique G1). De ce groupe, un patient sur trois rencontre des difficultés au travail et/ou est en arrêt de travail (20 %) et/ou est menacé de licenciement (10 %). 10 % des patients en âge de travailler sont au chômage,

10 % ont une occupation subventionnée encadrée, 10 % sont bénéficiaires de l'aide sociale et 20 % perçoivent une rente AI. Un cinquième des patients tributaires de l'aide sociale ou d'une rente AI (dernière colonne à droite) disposeraient, selon les psychiatres, du potentiel voulu pour exercer une activité lucrative sur le marché primaire du travail, mais ne peuvent l'exploiter faute de confiance en eux ou par résignation. La crainte des conséquences financières de la possible suppression de leur rente AI ou le peu d'empressement des employeurs à aménager les postes de travail pour ces personnes jouent toutefois aussi un rôle. La moitié au moins des patients psychiatriques couverts par le biais de l'enquête ont une situation précaire sur le marché du travail ou en sont absents. Jusqu'ici, la formation (de base, postgrade et continue) des médecins n'a pas suffisamment tenu compte de l'importance et de la fréquence des parcours professionnels difficiles des patients psychiatriques.

Types de problèmes rencontrés au travail (pourcentages de N = 319; sans 41 textes non attribuables à une catégorie; plusieurs attributions possibles)

Type de problème	Brève description	Vécu, « schéma »
Recherche de la performance 38,60%	Seule la performance mérite l'amour, surengagement et, par voie de conséquence, vexation s'il n'y a pas de reconnaissance. Résultat: surmenage, conflits	Je dois en faire encore plus pour qu'on m'aime.
Soumission 33,60%	Environnement familial dépourvu d'empathie, compensation par un métier dans le domaine de l'assistance ou en voulant être juste envers tous; intériorisation de la soumission, d'abord aux parents, puis au chef. Résultat: perfectionnisme, surmenage	Je n'ai pas le droit de dire non.
Egoïsme, impulsivité 26,10%	Négligence, pas de limites claires dans le parcours de vie, hautes exigences vis-à-vis des autres, impulsivité. Résultat: conflits	Si je n'obtiens pas ce que je veux, je tape du poing sur la table.
Fuite 24,70%	Stratégie d'évitement: en cas de problèmes, absentéisme, changement d'emploi, consommation de substances psychoactives. Résultat: absentéisme	En cas de problème, le salut est dans la fuite.
Culpabilité héréditaire 19,70%	Nécessité de compenser des circonstances antérieures vécues comme un handicap (migration, maladie des parents ou des frères et sœurs, etc.) par des performances particulières et de reléguer ses propres besoins au second plan. Résultat: suradaptation, surmenage	Je dois compenser un retard originel.
Débordé, grandiose 16,70%	Parentification, pas le droit d'avouer être régulièrement débordé de travail; comportement narcissique, conflits d'autorité. Résultat: surmenage	Je suis constamment débordé; je dois être le meilleur.
Victime 12,80%	Se pose en victime, manque de discernement. problèmes de constance et de discipline. Résultat: conflits	C'est toujours moi la victime.
Peur, comportement passif-agressif 10,00%	Peurs, compulsion, mais avec réaction passive-agressive. Résultat: conflits	Je n'ai pas le droit d'extérioriser les agressions; mais les autres doivent quand même le sentir; je ne me laisse plus commander par personne.
Abus 8,60%	Pas de limites, ni dans le vécu (ses propres limites n'ont pas été respectées) ni au travail: trop de proximité, concurrence pour avoir les faveurs du chef, relations sexuelles, aventures amoureuses. Résultat: conflits	La proximité, les relations sexuelles avec le chef ou les collègues me font me sentir plus sûr(e) de moi.
Sous-estimé 6,40%	Difficulté à s'estimer à sa juste valeur: soit trop, soit trop peu; l'entourage ne saisit pas le potentiel.	On n'a toujours sous-estimé(e).
Dépendance 4,70%	Enfance surprotégée, manque de maturité, problèmes d'autonomie, peu de prise de responsabilité. Résultats: peurs, évitement, incapacité de travail	Je n'ai jamais eu à prendre de responsabilité et ne sais pas comment ça marche.
Instabilité sur le plan privé 3,30%	Les problèmes privés provoquent inévitablement des problèmes professionnels. Résultat: déstabilisation, incapacité de travail	Si mon partenaire me quitte, je ne peux plus travailler.

Source: Baer, Frick, Rota et al. 2017.

CONTEXTE FAMILIAL ET PROFESSIONNEL DES PATIENTS AYANT DES PROBLÈMES AU TRAVAIL

Les patients psychiatriques considérés par l'étude, actifs sur le marché primaire du travail et se heurtant à des problèmes concrets sur leur lieu de travail sont en majorité de sexe féminin, âgés en moyenne de 45 ans, et ont terminé une formation professionnelle ou des études. Les diagnostics les plus fréquents à première vue (diagnostic principal) sont

les troubles dépressifs et les troubles névrotiques (troubles de l'adaptation, états de surcharge, angoisses). Si l'on prend aussi en compte les diagnostics secondaires, il est clair que les patients présentent dans plus de 40% des cas des troubles de la personnalité (il s'agit surtout de personnalité anxieuse évitante, émotionnellement labile, dépendante ou narcissique). Du point de vue du diagnostic et de l'âge, les patients décrits sont comparables au groupe statistique de rentiers AI

Extraits (abrégés) des quatre types de problèmes au travail les plus fréquents

Recherche de la performance : « Foyer familial rigide, émotionnellement froid et exigeant. Mariage avec mari violent. Tant en raison du comportement de ses parents que de celui de son mari, la patiente fait montre d'un comportement axé sur la performance, le sacrifice de soi, sans tenir compte de ses propres limites et ressources. Implication excessive au travail. Difficulté à accepter que ses collègues fassent preuve de moins d'engagement. La patiente est bonne sur le plan professionnel, ce qui provoque des conflits avec une supérieure hiérarchique dépassée et une partie de ses collègues. Evolution dépressive, épuisement croissant, sentiment d'être mobbée. Finit par craquer, incapacité de travail. Les problèmes au travail se sont reproduits une année plus tard de manière presque identique. »

Soumission : « Dans son adolescence, a dû soigner sa mère malade et ses frères et sœurs plus petits, personne d'autre ne pouvant le faire. Elle s'est débrouillée et a fait face aux tâches qui lui étaient assignées, mais son développement en a pâti. Comme dans sa famille d'origine, la patiente reste presque incapable de percevoir ses propres besoins et de demander à les satisfaire. Elle se suradapte et va au-delà de ses limites. »

Egoïsme, impulsivité : « Besoin de reconnaissance, tendance à trop exiger de soi-même, manque de distance (compensé) brusquement par un comportement exigeant et rude. Peine à percevoir ses propres besoins, naissance de conflits dans l'équipe, exige des autres qu'ils satisfassent ses besoins. Si cela ne se fait pas, réagit par la dépression et l'incapacité de travail. »

Fuite : « La Belle est la préférée de son père parce qu'elle est si jolie. C'est ainsi que, très tôt, sans qu'elle y soit pour rien, elle a attiré sur elle la jalousie des autres. Voilà pourquoi la méchante fée (dans ce cas, sa mère) l'a toujours traitée durement. Cela se répète maintenant avec ses cheffes. Par exemple, à son poste actuel, elle a d'abord été élevée au rang de princesse en tant que responsable de service. Mais finalement elle attire sur elle la colère des cheffes et elle est dégradée. Cette piqûre sournoise plonge la patiente dans un profond sommeil : elle subit impuissante des accès de panique qui l'empêchent désormais de paraître à son poste. Avec un syndrome dépressif persistant, la patiente reste en congé maladie. Aux vexations (professionnelles), la patiente réagit par une régression du Moi. La Belle au bois dormant n'a plus l'auto-efficacité nécessaire pour se libérer des épines. Au lieu de quoi, elle attend qu'un prince vienne la libérer de ses problèmes. (Comme aucun prince ne se montre, cette fonction est assumée pour le moment par le système de santé.) »

qui a le plus contribué, ces dernières décennies, à l'augmentation du nombre de mises en invalidité (classés sous « troubles réactifs du milieu ou psychogènes » ; Baer et al. 2009). Les cas rapportés ici présentent donc un risque important de devenir tôt ou tard tributaires d'une rente AI.

La plupart des patients qui ont des difficultés au travail entament déjà leur parcours professionnel avec le fardeau d'antécédents familiaux (cf. graphique G2) : dans un cas sur deux, l'un de leurs parents est atteint d'une maladie psychique ; 40 % ont subi de la violence, des abus, de la négligence émotionnelle ou une éducation excessivement sévère ; 40 % accumulent trois

ou plus de ces vécus et doivent donc être considérés comme ayant un parcours particulièrement éprouvant.

Il est frappant de constater que deux tiers des patients rencontrant des problèmes au travail présentent dans leur parcours professionnel un schéma typique générateur de problèmes. On retrouve chez la moitié des patients une sorte de fil rouge qui va de l'enfance aux difficultés qu'ils éprouvent à leur poste de travail, en passant par tout leur parcours professionnel. Cela montre, d'une part, que l'image du burn-out dû exclusivement au travail est trop réductrice. Mais, d'autre part, ce constat invite à tirer du parcours professionnel beaucoup d'enseignements pour de futures interventions dans le contexte du travail. Les connaissances acquises par les spécialistes sont nécessaires en vue de planifier des mesures de réadaptation sur des bases solides. Les types de problèmes décrits librement par les médecins interrogés ont été classés par catégories selon leur contenu (cf. tableau T1).

Le tableau montre toute la diversité possible du contexte psychologique des problèmes rencontrés au travail et à quel point le parcours de vie, le vécu subjectif, la pathologie et l'aggravation des problèmes peuvent être étroitement liés.

Les douze types de problèmes répertoriés peuvent se réduire à cinq types principaux selon la combinaison entre comportement, personnalité, parcours professionnel et situation économique :

- Type 1, impliqué à l'excès, rigide, ayant besoin de reconnaissance (45 %) : connaît en général la promotion professionnelle et n'a pratiquement jamais été au chômage ou à l'aide sociale ; les conflits professionnels et les démissions ou renvois ne sont pas rares.
- Type 2, indiscipliné, agressif, conflictuel (37 %) : presque toujours lié à des conflits professionnels antérieurs, souvent suivis d'un licenciement, d'une dégradation professionnelle et d'une dépendance répétée des indemnités de chômage et de l'aide sociale.
- Type 3, comportement d'évitement craintif et dépendant (45 %) : parcours professionnel en général relativement lisse, souvent avec promotion, mais souvent aussi avec de longues périodes d'incapacité de travail.
- Type 4, problèmes de dépendance (21 %) : parcours professionnel particulièrement mouvementé. A souvent travaillé au-dessous de son niveau de formation, conflits répétés et licenciements ou démissions fréquents. Ce groupe présente le

pourcentage le plus élevé de patients avec de fréquentes interruptions de travail, de nombreux emplois de courte durée, chômage et dépendance de l'aide sociale à plusieurs reprises.

- Type 5, périodes fréquentes et relativement longues d'incapacité de travail (11 %) : problèmes répétés de productivité entraînant une dégradation professionnelle.

La description que les psychiatres font des mécanismes générant des problèmes fournit souvent des informations précises et pertinentes sur les tenants et les aboutissants des problèmes rencontrés au travail. Il est même impossible de comprendre le handicap psychique sans cette connaissance, indispensable tant pour la prévention et l'intervention précoce en cas de problèmes au travail que pour la réinsertion. L'identification et la description de ce genre de mécanismes constituent une synthèse qui tient compte du parcours de vie, de la pathologie, du vécu et du comportement du patient, et qu'aucun autre acteur n'est en mesure de faire de manière aussi précise et parlante. Il serait donc impératif que, dans tous les cas problématiques pertinents, des psychiatres ou des psychothérapeutes soient associés à l'analyse du problème et à la planification de l'intervention en vue de maintenir le patient en emploi ou de le réinsérer. Pourtant, à l'heure actuelle, il n'y a de contact entre psychiatre et employeur que dans 30 % des cas, et cela seulement, la plupart du temps, lorsque la situation s'est déjà fortement aggravée.

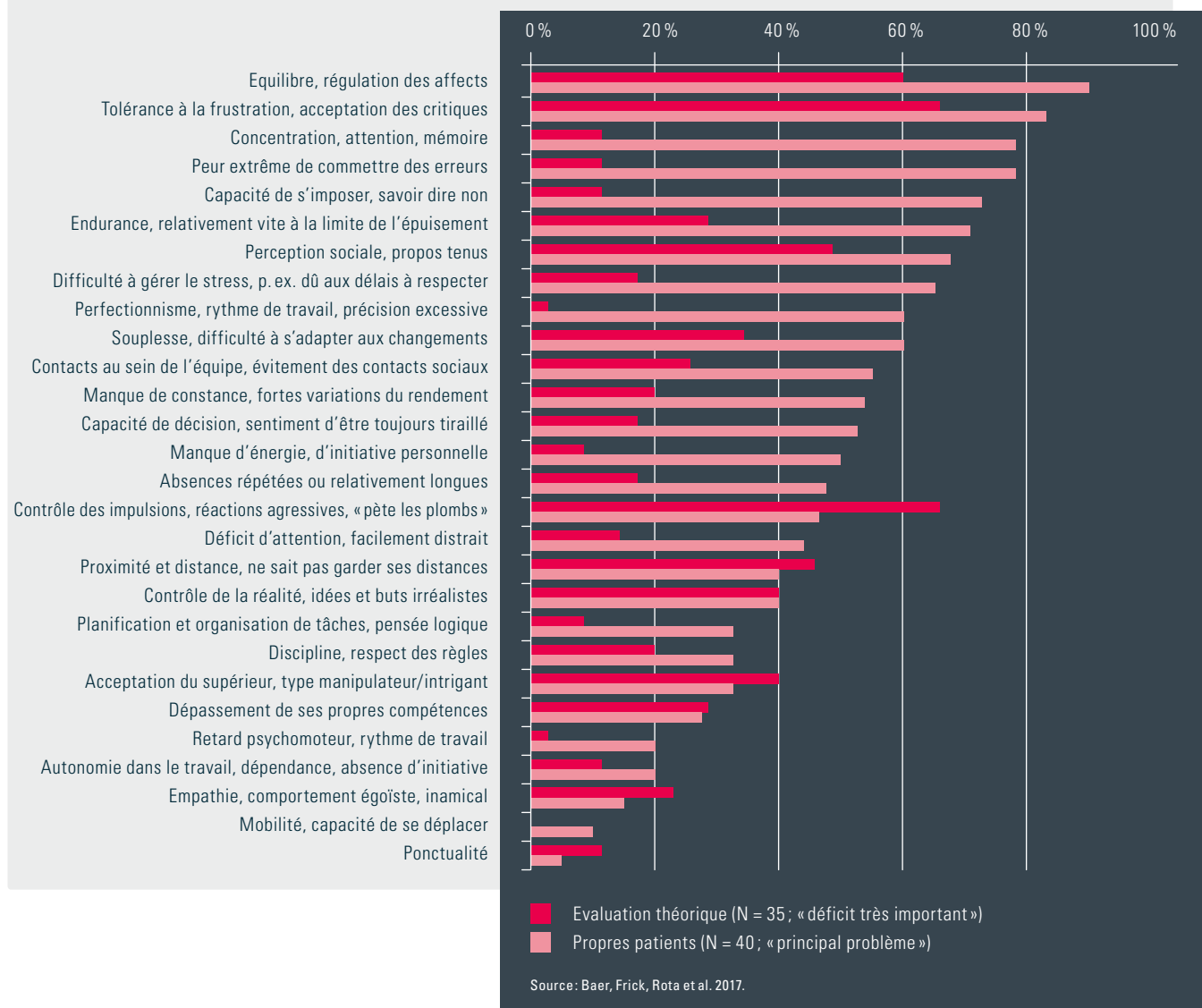
ÉVALUATION THÉORIQUE ET APPRÉCIATION PRATIQUE DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES

La bonne connaissance que le médecin a des problèmes et des souffrances des patients peut être en relation avec un autre résultat de l'enquête qui est d'une importance capitale pour la réadaptation professionnelle, à savoir l'évaluation des limitations fonctionnelles. Les participants à l'enquête ont établi, pour chacune des six catégories de diagnostic, un profil théorique en sélectionnant parmi 28 limitations fonctionnelles possibles celles qui sont les plus pertinentes. Les profils qui en résultent sont bien reconnaissables et opèrent de claires distinctions entre les différents troubles. Comme les psychiatres devaient établir le même profil également pour leurs patients réels, il est possible de comparer leur évaluation générale d'un profil théorique et leur appréciation de leurs propres patients présentant les mêmes troubles (cf. graphique G3).

La comparaison montre que les psychiatres interrogés attribuent moins de poids à certaines limitations dans le contexte théorique que lorsqu'il s'agit de leurs propres patients. Pour ces derniers, qu'ils connaissent très bien, les psychiatres qualifient deux fois plus souvent de « problème principal » les limitations fonctionnelles d'un profil donné que lorsqu'ils procèdent à l'évaluation théorique ; pour quelques limitations qui, sous l'angle théorique, ne jouent quasiment aucun rôle, l'écart est encore bien plus grand (p. ex. « perfectionniste », « manque d'énergie » ou « retard psychomoteur »). À l'inverse, certains déficits sont jugés moins importants pour leurs propres patients qu'en théorie, p. ex. pour le « contrôle des impulsions », l'« acceptation du supérieur hiérarchique » ou l'« empathie » et la « ponctualité ». L'appréciation des propres patients ne parvient plus à dégager un profil clair, car la majeure partie des déficits possibles sont considérés comme très importants. Cette divergence apparaît pour tous les profils de troubles, et de manière particulièrement nette dans l'appréciation des patients présentant un trouble de la personnalité de type anxieuse évitante.

Il serait important, pour diverses raisons, que les spécialistes expliquent cette différence entre évaluation théorique et appréciation pratique, car celle-ci illustre précisément la différence d'appréciation entre experts et médecins traitants qui peut rendre difficile la coopération entre médecins traitants, employeurs, assureurs et autorités. Face aux connaissances approfondies des spécialistes, les évaluations de leurs propres patients, qui mettent l'accent unilatéralement sur leur côté démuni (peur de commettre des erreurs, manque de capacité de s'imposer, etc.), peuvent sembler quelque peu légères. Les propos rapportés plus haut ayant montré avec quelle précision les psychiatres peuvent d'ordinaire décrire les problèmes de leurs patients, les interprétations devraient être pertinentes.

ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL Les mêmes divergences apparaissent dans l'évaluation de l'incapacité de travail. Dans le cadre de l'enquête, des indications différenciées ont été relevées sur les deux derniers cas d'incapacité de travail évalués au cabinet. Il a ensuite été demandé au médecin d'indiquer de façon générale quels critères sont importants pour l'évaluation de l'incapacité de travail et quels sont ceux qui incitent à conclure plutôt à une incapacité de travail de longue ou de courte durée, ou même à aucune incapacité.

Evaluation théorique et appréciation pratique des limitations fonctionnelles en cas de troubles de la personnalité avec instabilité émotionnelle **G3**


L'enquête indique que la durée moyenne de l'incapacité de travail est relativement longue (environ six mois). Il est frappant de constater que dans les cas de troubles de la personnalité, cette durée (40 semaines) est nettement plus longue que pour tous les autres troubles. Par ailleurs, la majorité des patients sont crédités d'une incapacité de travail de 100 %.

Là aussi, il vaudrait la peine de tirer au clair les raisons et le but d'une mise en congé maladie à plein temps et pour

une longue durée dans le cas de troubles pour lesquels on ne peut précisément pas s'attendre à une amélioration nette de l'état de santé. Les cas ne sont pas rares pour lesquels on peut du reste supposer qu'il s'agit en fait de conflits au travail (dus à la maladie) et non en premier lieu d'une incapacité à travailler en raison de la maladie. De surcroît, les longues absences, qu'elles soient justifiées ou non du point de vue médical, compromettent souvent gravement le maintien en

emploi. Là encore, par conséquent, une analyse systématique et une discussion entre spécialistes semblent indispensables.

Outre les causes, il est nécessaire d'examiner d'un œil critique les critères d'évaluation de l'incapacité de travail ; en effet, les analyses indiquent que les spécialistes ne s'accordent guère entre eux ni sur les critères, ni sur la durée ou le pourcentage de l'incapacité de travail. Il apparaît plutôt qu'ils n'accordent pas tous la même importance aux différents critères. L'analyse montre que l'évaluation de l'incapacité de travail dépend moins des faits scientifiquement prouvés que de la personne du psychiatre. Il serait donc indiqué de formuler des recommandations scientifiquement fondées pour l'établissement de certificats d'incapacité de travail, et aussi de renforcer la formation à ce sujet dans les programmes de formation médicale postgrade et continue.

CONCLUSION Le savoir des psychiatres et des psychothérapeutes est indispensable pour les interventions visant le maintien en emploi ou la réinsertion des assurés présentant des troubles psychiques importants. Bien que ce savoir soit souvent largement présent chez les médecins traitants, il ne contribue pas encore suffisamment à la résolution des problèmes. Tant que les problèmes rencontrés au travail par les personnes souffrant de troubles psychiques ne sont pas compris dans le contexte des expériences faites dans leur vécu personnel et professionnel et de leur pathologie, et pris en compte pour la réadaptation, il n'est pas possible de planifier des interventions scientifiquement fondées. La synthèse nécessaire pour cela est une tâche commune des psychiatres et psychothérapeutes et des autres spécialistes qui accompagnent les interventions professionnelles. Cela implique, d'une part, que les psychiatres procèdent à un anamnèse approfondie du vécu professionnel et, d'autre part, qu'ils soient associés à la planification des interventions. Il est très vraisemblable que l'évaluation théorique et l'appréciation pratique des limitations fonctionnelles et des critères d'incapacité de travail ne divergent pas seulement entre les psychiatres, mais aussi entre tous les médecins qui ont à évaluer l'incapacité de travail. Il n'en faut pas moins comprendre ces divergences et s'efforcer de les réduire à l'aide de recommandations spécialisées, de formations et d'un renforcement des contacts entre médecins, employeurs et assureurs. Il importe surtout de discuter la pratique actuelle en matière de mise en

congé maladie à la lumière de sa faible efficacité pour ce qui est de la réadaptation professionnelle. La Suisse ne manque pas de psychiatres qui, outre le traitement des symptômes, s'intéressent et s'engagent activement pour un bon fonctionnement de leurs patients dans la vie de tous les jours et au travail. Mais ce qui manque, ce sont des faits scientifiquement fondés et une formation qui permettent d'intervenir plus efficacement qu'on n'a pu le faire jusqu'à présent. ■

BIBLIOGRAPHIE

Baer, Niklas ; Frick, Ulrich ; Rota, Fulvia ; Vallon, Pierre ; Aebi, Kaspar ; Romann, Christine ; Kurmann, Julius (2017) : *Patienten mit Arbeitsproblemen. Befragung von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz* (allemand avec résumé en français) ; [Berne : OFAS]. Aspects de la sécurité sociale ; rapport de recherche n° 11/17 : www.ofas.admin.ch > Publications & Services > Recherche et évaluation > Rapports de recherche.

OCDE (2014) : *Santé mentale et emploi* : Suisse ; [Paris : OCDE] : www.oecd.org/bookshop.

Baer, Niklas ; Frick, Ulrich ; Fasel, Tanja (2009) : *Analyse de dossiers d'invalidité pour raisons psychiques : typologie des personnes, de leur maladie, de leur handicap et des parcours aboutissant à l'octroi d'une rente* ; [Berne : OFAS]. Aspects de la sécurité sociale ; rapport de recherche n° 6/09 : www.ofas.admin.ch > Publications & Services > Recherche et évaluation > Rapports de recherche.

Niklas Baer

Niklas Baer, Dr phil., chef de l'Unité de réadaptation des Services psychiatriques cantonaux de Bâle-Campagne.
Adresse de correspondance: niklas.baer@pbl.ch

Ulrich Frick

Dr rer. biol. hum., professeur à la HSD University of Applied Sciences, Cologne.

Fulvia Rota

Dr med., médecin spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, membre du comité de la SSPP, en pratique privée à Zurich.

Pierre Vallon

Médecin spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, président de la SSPP, cabinet de psychiatre dans le canton de Vaud.

Kaspar Aebi

Dr med., médecin spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, membre du comité de la SSPP, en pratique privée à Berthoud.

Christine Romann

Dr med., médecin spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, en pratique privée à Zurich.

Julius Kurmann

Dr med., médecin spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, membre du comité de la SSPP, médecin-chef des Services psychiatriques hospitaliers du canton de Lucerne.