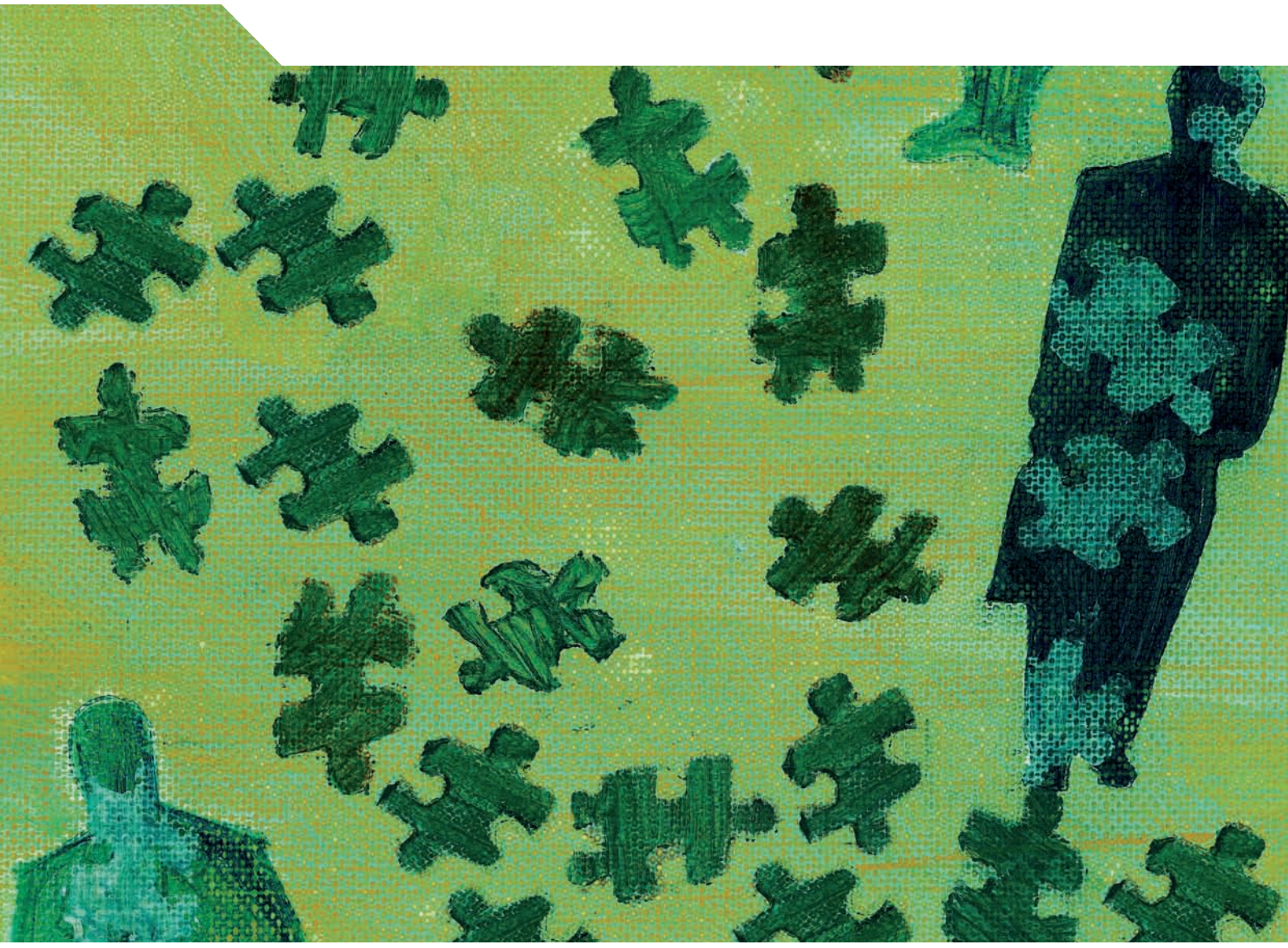
Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi



OCDE

Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi



Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les interprétations exprimées ne reflètent pas nécessairement les vues de l'OCDE ou des gouvernements de ses pays membres.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Merci de citer cet ouvrage comme suit :
OCDE (2012), *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*, Santé mentale et emploi, Éditions OCDE.
http://dx.doi.org/10.1787/9789264124561-fr

ISBN 978-92-64-12455-4 (imprimé)
ISBN 978-92-64-12456-1 (PDF)

Collection :
ISSN 2226-0382 (imprimé)
ISSN 2226-0390 (en ligne)

Crédits photo : Couverture © Inmagine ltd.

Les corrigenda des publications de l'OCDE sont disponibles sur : *www.oecd.org/editions/corrigenda*.

© OCDE 2012

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à *rights@oecd.org*. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) *info@copyright.com* ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) *contact@cfcopies.com*.

Avant-propos

S'attaquer aux problèmes de santé mentale au sein de la population d'âge actif devient un enjeu essentiel pour les politiques sociales et du marché du travail dans les pays de l'OCDE. C'est une question qui a trop longtemps été négligée, reflétant la honte, les peurs et les tabous qui se rattachent aux troubles mentaux. Les possibilités d'emploi des personnes en mauvaise santé mentale sont faibles, celles qui exercent un emploi rencontrent souvent des difficultés au travail, et les cas d'invalidité pour raison de mauvaise santé mentale sont fréquents et en augmentation. Les pouvoirs publics de l'OCDE prennent de plus en plus conscience que cette situation n'est pas tenable et qu'ils doivent intervenir pour y remédier.

Bien que la mauvaise santé mentale constitue l'un des principaux défis pour les politiques sociales et du marché du travail dans les pays de l'OCDE, on ne sait pas grand-chose des liens entre santé mentale, invalidité et emploi. Dans quelle mesure la mauvaise santé mentale influe-t-elle sur les possibilités d'emploi et la gravité de la maladie joue-t-elle un rôle ? La transformation de l'environnement de travail contribue-t-elle à l'augmentation des cas d'invalidité pour mauvaise santé mentale ? Dans quelle mesure la part croissante de l'invalidité consécutive à une mauvaise santé mentale est-elle la conséquence de la conception des politiques et des systèmes ? Quel est le rôle du système de soins de santé au regard de la situation professionnelle des patients ? Pourquoi les jeunes dans les pays de l'OCDE sont-ils de plus en plus nombreux à être admis au bénéfice de prestations d'invalidité sans avoir jamais travaillé ? Les éléments dont on dispose pour traiter ces questions sont parcellaires ou incomplets ; beaucoup de facteurs importants restent inconnus ou mal compris, et les croyances erronées sont nombreuses.

Ce rapport vise à cerner les données manquantes, à enrichir la base de connaissances et ainsi à remettre en question certains mythes, et à donner une vision plus complète des défis stratégiques sous-jacents. C'est le premier rapport d'une série consacrée à la question de la mauvaise santé mentale en lien avec le travail. Les rapports suivants examineront en détail les possibilités d'action dans un certain nombre de pays de l'OCDE, afin d'identifier les bonnes pratiques et les réformes requises. Un rapport final fera la synthèse des principaux enseignements. L'objectif ultime de l'examen Santé mentale et emploi *mené par l'OCDE est de déterminer les politiques qui améliorent l'intégration sur le marché du travail des personnes souffrant de maladie mentale, et d'empêcher le stress et la tension au travail qui, faute de mesures correctives, peuvent avoir des effets délétères sur la santé mentale des travailleurs.*

Cet examen vient à point nommé car les responsables publics de la zone OCDE s'efforcent de promouvoir la création d'emplois afin de sortir de la « Grande récession », dans un contexte de ressources budgétaires souvent limitées. En tout état de cause, la crise profonde a accru la précarité de l'emploi et la pression sur les travailleurs, risquant d'aggraver la détresse psychologique et renforçant la nécessité d'agir. Les pouvoirs publics devront poursuivre les réformes structurelles en vue de promouvoir un usage efficace de l'offre de main-d'œuvre ; à cet égard, il sera essentiel de veiller à la santé mentale des travailleurs et d'accroître la participation au marché du travail de ceux atteints de troubles mentaux. C'est une condition indispensable pour renforcer la croissance économique et améliorer la cohésion sociale, compte tenu du lien entre santé (mentale), emploi, productivité et pauvreté.

Le rapport se compose de six chapitres. Le chapitre 1 examine des aspects essentiels tenant à la méthodologie et à la mesure, et cerne les principales questions stratégiques à traiter. Le chapitre 2 analyse en détail les liens entre santé mentale et emploi, en mettant l'accent sur la qualité des emplois et les conditions de travail d'une part, et sur la productivité des travailleurs d'autre part. Le chapitre 3 s'intéresse au volet santé, et notamment aux répercussions d'une mauvaise santé mentale sur la capacité de travail et l'efficacité professionnelle, à divers aspects relatifs au traitement et aux défis de plus large portée pour le système de santé mentale. Le chapitre 4 analyse le rôle des systèmes de prestations et des services du marché du travail, en se concentrant sur les tendances concernant les prestations d'invalidité et les facteurs qui déterminent leur octroi. Le chapitre 5 aborde un certain nombre de questions fondamentales relatives à la santé mentale des jeunes, au rôle du système éducatif et au passage de l'adolescence à l'âge adulte, puis au marché du travail. Le chapitre 6 fait la synthèse et formule une conclusion.

Cet examen est le fruit d'une collaboration entre la Division de l'analyse et des politiques de l'emploi et la Division de la politique sociale de la Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales de l'OCDE. Ce rapport a été préparé par Veerle Miranda, Christopher Prinz (chef de projet) et Shruti Singh, de l'OCDE, et par Niklas Baer, des Services psychiatriques du Canton de Bâle-Campagne en Suisse. Les données statistiques ont été traitées par Dana Blumin et Maxime Ladaique. Nous remercions tout particulièrement Anna D'Addio, Sylvie Cimper, Ryo Kambayashi et Liviu Stirbat pour leurs contributions à ce rapport, ainsi que Mark Keese, John Martin et Stefano Scarpetta pour leurs commentaires de grande valeur. Ce rapport contient également des commentaires reçus des pays examinés.

Sauf indication contraire, les résultats présentés et analysés dans ce rapport se rapportent aux dix pays qui ont participé à l'examen : Australie, Autriche, Belgique, Danemark, États-Unis, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède et Suisse. Le Secrétariat de l'OCDE souhaite remercier les administrations centrales de ces pays d'avoir transmis les données et informations stratégiques qui sous-tendent le rapport. Plus précisément, des données administratives ont été communiquées par le ministère de l'Éducation, de l'Emploi et des Relations au Travail et le ministère des Familles, du Logement, des Services communautaires et des Affaires autochtones d'Australie ; le ministère autrichien du Travail, des Affaires sociales et de la Protection des Consommateurs ; l'Agence belge de l'assurance santé ; l'Agence danoise des pensions ; le ministère néerlandais des Affaires sociales et de l'Emploi ; le ministère norvégien du Travail ; le ministère suédois de la Santé et des Affaires sociales ; l'Office fédéral suisse des assurances sociales ; le ministère britannique du Travail et des Pensions ; et l'Administration américaine de la sécurité sociale. Les données d'enquêtes ont été pour l'essentiel transmises par les offices nationaux des statistiques.

Table des matières

Acronymes et abréviations 11

Résumé 13

Chapitre 1. **Mesurer la santé mentale et ses liens avec l'emploi** 19

1.1. Introduction 20
1.2. Définir et mesurer la santé mentale et les problèmes de santé mentale 21
1.3. Mieux comprendre les caractéristiques des troubles mentaux 27
1.4. Le problème croissant des troubles mentaux pour l'emploi 32
1.5. Conclusion : un cadre d'analyse et d'élaboration des politiques 39

Notes 40

Références 41

Chapitre 2. **Emploi, conditions de travail et productivité** 43

2.1. Introduction : emploi et lieu de travail, deux facteurs critiques 44
2.2. Emploi, chômage et cycle économique 44
2.3. Impact des conditions de travail 61
2.4. Productivité des travailleurs : un enjeu clé 79
2.5. Conclusion : vers des emplois productifs de qualité 86

Notes 87

Références 89

Chapitre 3. **Prise en charge de la santé mentale : Systèmes, services et dispositifs d'aide** 93

3.1. Introduction : nécessité d'une approche pluridimensionnelle pour traiter des problèmes complexes 94
3.2. Troubles mentaux, fonctionnement au travail et emploi 96
3.3. Traitements insuffisants, traitements adéquats et traitements optimisés . . . 106
3.4. Les défis auxquels doivent répondre les services de santé mentale 121
3.5. Conclusion : faire de l'emploi l'un des objectifs du système de santé mentale 132

Notes 135

Références 136

Chapitre 4. **Régimes de prestations et services du marché du travail** 143

4.1. Introduction : faire face à la hausse des demandes de pensions d'invalidité 144
4.2. Pensions d'invalidité : comprendre les tendances, bousculer les idées reçues 144

4.3. Les troubles mentaux, facteur prédictif de l'entrée future en invalidité 157
4.4. Rôle des prestations pour les personnes atteintes de troubles mentaux..... 165
4.5. Services du marché du travail accessibles aux personnes atteintes de troubles mentaux 175
4.6. Conclusion : nécessité d'une action concertée du système de sécurité sociale 184
Notes..... 185
Références 187

Chapitre 5. **Systèmes d'enseignement et passage à la vie active**..... 191
5.1. Introduction : prendre en compte l'apparition précoce des troubles mentaux..... 192
5.2. Les problèmes de santé mentale chez les enfants et les adolescents 193
5.3. Le système éducatif 197
5.4. De l'adolescence à l'âge adulte..... 203
5.5. Conclusion : aider les jeunes qui sortent de l'école à réussir leur passage à la vie active..... 214
Notes..... 215
Références 216

Chapitre 6. **Résumé et conclusions**..... 219
6.1. La santé mentale, nouveau défi prioritaire pour le marché du travail 220
6.2. Données sur les liens entre santé mentale et emploi..... 222
6.3. Nouvelles orientations pour les politiques de la santé mentale et de l'emploi..... 228

Tableaux

1.1. La majorité des troubles mentaux n'entraîne pas de handicap 29
1.2. La comorbidité est très fréquente 31
1.3. Les problèmes de santé mentale ont un caractère très dynamique..... 32
1.4. Les préjugés sont encore répandus mais les gens savent que l'on peut guérir d'une maladie mentale 37
2.1. Les écarts en termes de taux d'emploi des personnes présentant de graves troubles mentaux sont particulièrement importants pour les hommes, les travailleurs peu qualifiés et les travailleurs âgés 52
2.2. Les personnes atteintes de troubles mentaux graves restent au chômage plus longtemps..... 54
2.3. Effet de la tension au travail (exigence-contrôle) sur la santé mentale..... 71
2.4. Le stress au travail n'est pas suffisamment pris en compte dans l'évaluation des risques sur le lieu de travail..... 74
2.5. Les dispositions de la réglementation sur les licenciements s'agissant des travailleurs malades varient considérablement d'un pays à l'autre 76
2.6. Dans la plupart des pays, l'accent est mis sur les campagnes et les initiatives de sensibilisation 78
2.7. Les niveaux d'absentéisme et de présentéisme varient en fonction des pays mais les écarts entre les différentes catégories de troubles mentaux sont constants..... 82

2.8. Les problèmes de santé mentale représentent un facteur déterminant des absences pour maladie de courte et de longue durée 85
3.1. Prestataires, services et fonctions types dans les systèmes de santé mentale bien développés 124
3.2. Rôle des soins de santé mentale vis-à-vis des objectifs en matière d'emploi. . . . 129
3.3. Indicateurs de performance des services de santé mentale en lien avec les résultats dans le domaine de l'emploi 133
4.1. Les demandeurs qui souffrent d'un trouble mental sont plus éloignés du marché du travail 159
4.2. La mauvaise santé mentale est en elle-même un déterminant majeur du fait d'être bénéficiaire d'une pension d'invalidité 161
4.3. La dégradation de la santé mentale a une influence significative sur la probabilité d'entrer en invalidité. 162
4.4. Les troubles mentaux courants et graves comme facteurs prédictifs de l'octroi futur d'une pension d'invalidité : que nous apprend la littérature ? 164
4.5. Détermination de l'admissibilité au bénéfice de la pension d'invalidité des demandeurs souffrant d'un trouble mental : conditions exigées et déroulement du processus 172
4.6. Moyens mis en œuvre par les régimes d'assurance-chômage et les services de l'emploi pour identifier et aider les personnes souffrant d'un trouble mental 174
5.1. La plupart des troubles mentaux apparaissent généralement au cours de l'enfance ou de l'adolescence 194
5.2. Un jeune sur quatre ayant des problèmes de santé mentale quitte le lycée sans diplôme. 202
5.3. À 25 ans, les jeunes Américains souffrant d'un problème de santé mentale gagnent moins d'argent et changent plus souvent d'emploi. 206
5.4. Les jeunes atteints d'un trouble mental sont peu nombreux à avoir été diagnostiqués par un professionnel de la santé. 206
5.5. Dans de nombreux pays, les jeunes peuvent obtenir une pension d'invalidité à un très jeune âge 211

Graphiques

1.1. Les notes obtenues en matière de santé mentale suivent généralement une distribution normale étalée vers la gauche 26
1.2. La prévalence des troubles mentaux varie avec l'âge, le sexe et le niveau d'études 28
1.3. Les personnes atteintes d'un trouble mental sont très désavantagées sur le plan professionnel. 33
1.4. Les personnes atteintes d'un trouble mental ont de plus faibles revenus et sont exposées à un risque de pauvreté bien plus important 34
1.5. Hausses rapides des demandes de pension d'invalidité pour cause de troubles mentaux 35
2.1. L'activité et plus particulièrement le chômage ont une influence sur l'état de santé mentale 45
2.2. Les chômeurs ne sont pas tous exposés aux mêmes risques en termes de santé mentale 47

2.3. La perte d'emploi entraîne une détérioration de la santé mentale 49
2.4. Le taux de chômage des personnes souffrant d'un trouble mental est beaucoup plus élevé. 50
2.5. L'écart s'est creusé en termes d'emploi et de chômage pour les personnes souffrant d'un trouble mental 53
2.6. Les chômeurs et les inactifs souffrant d'un trouble mental ont des revenus nettement inférieurs 55
2.7. La précarité de l'emploi tend à avoir des effets négatifs sur la santé mentale, notamment chez les travailleurs au statut précaire 57
2.8. Les salariés qui subissent une restructuration sont moins satisfaits professionnellement 58
2.9. Conditions économiques et résultats sur le marché du travail des hommes et des femmes atteints de troubles mentaux. 59
2.10. Les probabilités d'emploi des travailleurs jeunes et des seniors atteints de troubles mentaux sont moins sensibles aux fluctuations du cycle économique 60
2.11. Les travailleurs atteints de troubles mentaux occupent souvent des emplois légèrement de moins bonne qualité 62
2.12. La prévalence des troubles mentaux varie en fonction des professions 64
2.13. Les marchés du travail et les conditions de travail ne cessent d'évoluer dans la zone OCDE 65
2.14. La tension au travail s'est accrue dans tous les pays européens de l'OCDE au cours des dix dernières années. 69
2.15. Les travailleurs qui occupent un emploi faiblement qualifié sont plus exposés au phénomène de tension au travail. 69
2.16. La tension au travail augmente sensiblement la probabilité de souffrir d'un trouble mental 70
2.17. Le respect et la reconnaissance au travail diminuent avec l'aggravation du trouble mental. 72
2.18. La résolution des problèmes liés à l'état de santé mentale dans l'entreprise conduit souvent à un licenciement 75
2.19. Plus l'état de santé mentale se détériore, plus l'absentéisme et le présentéisme augmentent 80
2.20. Le présentéisme s'est accru dans toutes les catégories de la population 81
2.21. Toutes les autres mesures de la baisse de la productivité confirment ces conclusions 83
2.22. Les troubles mentaux graves exercent la plus forte influence sur le nombre de jours d'absence pour maladie 84
3.1. La gravité clinique est un facteur prédictif de conséquences sérieuses dix ans plus tard 97
3.2. La gravité de la dépression est un facteur prédictif d'incapacité un an plus tard 98
3.3. Les taux de bénéficiaires de prestations augmentent sensiblement avec la comorbidité 101
3.4. Les taux de traitement sont extrêmement faibles parmi les jeunes adultes et augmentent graduellement avec l'âge 109

3.5. Le taux de traitement varie selon le type de prestation perçue, les bénéficiaires de l'aide sociale affichant le taux de traitement le plus élevé . . 111
3.6. Les personnes souffrant d'un problème mental qui ont des difficultés au travail présentent des taux de traitement plus élevés 112
3.7. Les personnes souffrant d'une baisse de productivité au travail sont de plus en plus nombreuses à consulter pour se faire soigner 113
3.8. Les réhospitalisations sont particulièrement fréquentes parmi les patients atteints de schizophrénie ou de troubles de la personnalité 116
3.9. Les médicaments sont beaucoup plus utilisés que la psychothérapie dans le traitement de tous les troubles mentaux 118
3.10. Seule une minorité de l'ensemble des patients suit un traitement associant médicaments et psychothérapie 119
3.11. Le Royaume-Uni est le pays qui a le plus recours aux traitements médicamenteux, et la Suède celui qui utilise le plus la psychothérapie 120
3.12. Les modalités de traitement sont très différentes entre le secteur spécialisé des soins de santé mentale et le secteur des soins primaires 121
3.13. Les soins avec hospitalisation diminuent progressivement depuis environ trois décennies 123
3.14. La probabilité de suivre un traitement spécialisé varie considérablement selon les pays 125
3.15. Le nombre de psychiatres a augmenté dans tous les pays, surtout en Suisse . . . 126
3.16. Le fait d'occuper un emploi dans le secteur concurrentiel réduit la durée d'hospitalisation en psychiatrie 131
4.1. Hausse tendancielle rapide de la part des bénéficiaires de pension d'invalidité atteints d'un trouble mental 145
4.2. La probabilité de percevoir une pension d'invalidité au titre d'un trouble mental a également augmenté 146
4.3. Les nouvelles demandes de pensions d'invalidité motivées par des troubles mentaux n'augmentent pas dans tous les cas 147
4.4. La comorbidité entre troubles mentaux et troubles somatiques est fréquente chez les nouveaux demandeurs de pension 148
4.5. Les troubles de l'humeur et les troubles névrotiques sont surreprésentés dans les problèmes de santé mentale diagnostiqués 150
4.6. En Suisse, les bénéficiaires atteints d'un trouble mental perçoivent généralement une pension d'invalidité intégrale 152
4.7. Les personnes atteintes d'un trouble mental sont plus susceptibles de se voir accorder une pension d'invalidité temporaire 154
4.8. Les personnes atteintes d'un trouble mental sont moins susceptibles de se voir refuser une pension d'invalidité 155
4.9. Les personnes atteintes d'un trouble mental sont moins susceptibles de sortir du régime d'invalidité 156
4.10. La part des arrêts maladie de longue durée associés à un problème de santé psychique est élevée et va en augmentant 158
4.11. Une personne sur quatre atteintes d'un trouble mental grave perçoit une pension d'invalidité 166
4.12. Nombre de personnes atteintes d'un trouble mental perçoivent une allocation de chômage ou l'aide sociale 167

4.13. Les seniors souffrant d'un trouble mental dépendent d'un éventail de prestations versées aux personnes d'âge actif 169
4.14. Le risque plus élevé de pauvreté chez les personnes atteintes d'un trouble mental est lié au fait qu'elles sont davantage tributaires des prestations sociales 170
4.15. La part des participants aux programmes actifs du marché du travail (PAMT) qui souffrent de troubles mentaux varie selon les pays et les programmes 176
5.1. Les plaintes psychosomatiques sont plus nombreuses chez les filles et augmentent avec l'âge 195
5.2. Les plaintes psychosomatiques chez les enfants diminuent avec la richesse familiale 196
5.3. Environ un jeune sur quatre est atteint d'un trouble mental 196
5.4. La prévalence des troubles mentaux est plus élevée chez les jeunes que dans l'ensemble de la population 197
5.5. Dans la zone OCDE, un jeune sur six environ quitte l'école prématurément 201
5.6. Les personnes atteintes de troubles mentaux sont plus susceptibles d'arrêter prématurément leurs études à plein-temps 202
5.7. Les jeunes atteints d'un trouble mental grave enregistrent des taux d'emploi plus faibles et des taux de chômage plus élevés 204
5.8. Les jeunes qui présentaient un trouble mental à l'âge de 18 ans sont plus nombreux à avoir arrêté leurs études à 20 ans 205
5.9. Les jeunes diplômés de l'enseignement supérieur réussissent nettement mieux sur le marché du travail 208
5.10. Les demandes de pension d'invalidité chez les jeunes atteints d'un trouble mental augmentent dans de nombreux pays 213

Ce livre contient des...

StatLinks

Accédez aux fichiers Excel®
à partir des livres imprimés !

En bas à droite des tableaux ou graphiques de cet ouvrage, vous trouverez des *StatLinks*. Pour télécharger le fichier Excel® correspondant, il vous suffit de retranscrire dans votre navigateur Internet le lien commençant par : ***http://dx.doi.org***.
Si vous lisez la version PDF de l'ouvrage, et que votre ordinateur est connecté à Internet, il vous suffit de cliquer sur le lien.
Les *StatLinks* sont de plus en plus répandus dans les publications de l'OCDE.

Acronymes et abréviations

CGI	Clinical Global Impression Scale (échelle mesurant le degré de gravité d'un trouble mental, utilisée dans la pratique clinique)
CIF	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
CIM	Classification internationale des maladies
CITE	Classification internationale type de l'éducation
DDJ	Dose définie journalière
EECT	Enquête européenne sur les conditions de travail
GHQ	Questionnaire de santé général
HBSC	Enquête sur les comportements liés à la santé chez les enfants d'âge scolaire
HSCL	Liste de contrôle des symptômes de Hopkins
JCA	Évaluation de la capacité d'emploi
JSCI	Instrument de classification des demandeurs d'emploi
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAMT	Programmes actifs du marché du travail
SHARE	Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe
SPE	Service public de l'emploi
SSDI	Social Security Disability Insurance (assurance invalidité de la sécurité sociale)
SSI	Supplemental Security Income (sécurité du revenu supplémentaire)
TCC	Thérapies cognitivo-comportementales
TMC	Troubles mentaux courants
TMG	Troubles mentaux graves
TMS	Troubles musculosquelettiques
YIF	Youth in Focus (enquête longitudinale australienne visant à étudier les relations intergénérationnelles et le passage à l'âge adulte)

Résumé

La santé mentale devient un défi prioritaire pour le marché du travail en raison des coûts élevés induits par les troubles mentaux

Les coûts d'une mauvaise santé mentale pour les individus concernés, les employeurs et la société au sens large sont considérables. Une estimation prudente de l'Organisation internationale du travail les chiffre à 3-4 % du PIB de l'Union européenne. La plupart de ces coûts se manifestent en dehors de la sphère de la santé. La maladie mentale est à l'origine de pertes considérables de main-d'œuvre potentielle, de taux de chômage élevés, d'une forte incidence de l'absentéisme pour maladie et d'une moindre productivité au travail.

Les coûts de la mauvaise santé mentale sont une conséquence directe de sa prévalence élevée. À tout instant, environ 20 % de la population d'âge actif dans un pays moyen de l'OCDE souffre de troubles mentaux au sens clinique du terme*. La prévalence au cours de la vie avoisine les 50 %. Par conséquent, chacun risque de connaître des problèmes de santé mentale à un moment donné au cours de sa vie active.

Tous les pays de l'OCDE s'inquiètent de plus en plus des effets pernicieux de la mauvaise santé mentale, malgré le fait que la prévalence des troubles mentaux n'augmente pas. Néanmoins, grâce au recul progressif des préjugés et de la discrimination et à une meilleure sensibilisation du public à cette question, les cas de troubles mentaux sont plus nombreux à être détectés et divulgués. La meilleure sensibilisation aux problèmes de santé mentale va visiblement de pair avec l'idée que les personnes qui en sont victimes sont moins capables de travailler. Dès lors, cette prise de conscience se traduit principalement par un surcroît d'exclusion du marché du travail. Parallèlement, les aptitudes exigées au travail augmentent, ce qui rend la tâche plus difficile pour les personnes souffrant d'une mauvaise santé mentale.

* Dans ce rapport, les troubles mentaux désignent une maladie mentale qui atteint le seuil d'identification clinique permettant de poser un diagnostic d'après les systèmes de classification en psychiatrie. Les termes plus généraux de « mauvaise santé mentale », « maladie mentale » et « problèmes de santé mentale » sont utilisés indifféremment dans ce rapport et renvoient à des troubles mentaux tels qu'ils sont définis ci-dessus, mais incluent aussi la *détresse psychologique* ou d'autres états dont l'intensité symptomatique se situe en dessous du seuil d'identification clinique (dénommés « troubles infracliniques »).

Il est essentiel de bien connaître les caractéristiques de la mauvaise santé mentale pour apporter une réponse adéquate aux défis concernant le marché du travail

Pour empêcher que les personnes souffrant de troubles mentaux ne soient évincées du marché du travail, il faut mieux comprendre les caractéristiques et les multiples facettes de la maladie mentale. Les troubles mentaux graves (TMG) sont relativement rares. La plupart des troubles mentaux sont mineurs ou modérés, et sont alors fréquemment qualifiés de « troubles mentaux courants » (TMC). En général, les trois quarts des personnes qui connaissent des problèmes de santé mentale souffrent d'un TMC.

Les troubles mentaux se caractérisent par leur *manifestation très précoce* : l'âge médian d'apparition de ces troubles, tous types confondus, est d'environ 14 ans, et 75 % de toutes les maladies se sont déclarées à l'âge de 24 ans. Les troubles anxieux se manifestent particulièrement tôt dans la vie, ceux liés à la consommation de drogues apparaissent généralement dans la jeunesse, tandis que les premières manifestations des troubles de l'humeur sont plus étalées dans le temps, et concernent davantage la trentaine et la quarantaine.

De nombreux troubles mentaux sont *persistants* et affichent des taux de récurrence élevés. Plus un trouble mental est chronique, plus il est invalidant et hypothèque l'intégration sur le marché du travail. De même, les troubles mentaux *coexistent* souvent avec d'autres troubles mentaux, mais aussi physiques, ce qui aggrave leur effet handicapant et complique l'élaboration d'une réponse adéquate des pouvoirs publics.

La situation sur le marché du travail des personnes souffrant de troubles mentaux s'avère complexe

Les éléments d'appréciation dont on dispose sur la maladie mentale et ses liens avec l'emploi sont parcellaires ou incomplets, et beaucoup de facteurs importants restent inconnus. Les croyances erronées sont nombreuses en raison de la honte qui se rattache à la maladie mentale et aux peurs multiples que suscitent les personnes qui en sont atteintes, dans la société comme au travail.

Les taux d'emploi des personnes souffrant de troubles mentaux sont plus élevés qu'on le pense généralement. D'après les enquêtes sur la population, le taux d'emploi des personnes atteintes de TMC est compris entre 60 % et 70 %, soit 10 à 15 points de moins que les personnes qui n'en souffrent pas. Ce taux semble élevé, mais au regard de l'importance de cette catégorie, cet écart traduit une perte énorme pour l'économie, pour les individus concernés ainsi que leurs familles. Le taux d'emploi correspondant des personnes ayant des TMG est de l'ordre de 45 % à 55 %.

Beaucoup de personnes atteintes de troubles mentaux veulent travailler mais ne trouvent pas d'emploi. Le chômage est un problème lancinant, car les personnes ayant des TMG ont 6 à 7 fois plus de risques d'être sans emploi que celles en bonne santé, contre 2 à 3 fois plus de risques pour les individus souffrant de TMC. En outre, les personnes souffrant de TMG sont très touchées par le chômage de longue durée (en pourcentage du chômage total), ce qui induit un fort risque de découragement et de retrait du marché du travail.

Par ailleurs, le chômage est en soi très préjudiciable à la santé mentale, et les personnes souffrant de troubles mentaux qui trouvent un emploi enregistrent une nette amélioration de leur état. Néanmoins, des emplois de mauvaise qualité peuvent être néfastes pour la santé mentale. Or, les personnes souffrant de troubles mentaux sont plus susceptibles que les autres d'occuper un emploi qui cadre mal avec leurs compétences. De même, elles ont une plus grande probabilité d'exercer un emploi peu qualifié qui associe exigences cognitives élevées et faible latitude décisionnelle – une combinaison susceptible de générer une situation de *tension au travail*, c'est-à-dire un stress professionnel malsain, qui est un facteur reconnu de mauvaise santé mentale.

De nombreuses personnes souffrant de troubles mentaux ont un emploi, mais les pertes de productivité sont considérables

Les travailleurs atteints de troubles mentaux sont absents de leur travail pour raisons de santé plus souvent que les autres, et leur absence dure plus longtemps. Toutefois, de nombreux travailleurs souffrant de troubles mentaux ne prennent pas de congé pour maladie, mais continuent de travailler en étant moins efficaces. Les pertes de productivité au travail peuvent être considérables, et quatre travailleurs sur cinq souffrant de TMG ont vu leur productivité baisser au cours de la période de quatre semaines considérée. Le chiffre correspondant pour les travailleurs en bonne santé est de seulement un quart, tandis que les pertes de productivité sont pratiquement aussi fréquentes pour les personnes atteintes de TMC que pour celles souffrant de TMG. Compte tenu du grand nombre de travailleurs touchés par des TMC, ces pertes de productivité élevées constituent un enjeu essentiel pour les politiques publiques.

De par leur ampleur, ces pertes de productivité soulignent l'importance de mener des actions de suivi et de gestion des maladies. Néanmoins, cette approche ne suffit pas, car elle implique que les mesures d'intervention et de soutien, lorsqu'elles sont prises, sont souvent trop tardives. Des emplois de qualité, de meilleures conditions de travail et surtout un encadrement avisé sont nécessaires pour réduire le risque accru de perte *involontaire* de leur emploi, mais aussi de départ *volontaire*, que subissent les travailleurs atteints de troubles mentaux.

Lorsqu'elles sortent du marché du travail, les personnes en mauvaise santé mentale deviennent souvent durablement tributaires de prestations de chômage ou d'invalidité

Parmi les personnes souffrant de TMG qui bénéficient d'aides publiques, environ la moitié perçoit des prestations d'invalidité, et l'autre moitié d'autres prestations réservées aux personnes d'âge actif. En raison de leur lien plus étroit avec le marché du travail, les individus atteints de TMC reçoivent plus souvent des prestations autres que d'invalidité, le ratio étant de 2 pour 1 environ. Par conséquent, les allocations de chômage, les prestations d'assistance sociale et celles pour parents isolés jouent un rôle aussi important que les prestations d'invalidité dans l'amélioration des politiques à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux. Le principal défi consiste à prendre la mesure du problème et des besoins qui en découlent. Il existe une méconnaissance considérable de l'ampleur du problème.

L'absence d'initiatives à l'égard des chômeurs exerce de lourdes pressions sur le régime d'invalidité qui est souvent sollicité à un stade ultérieur. Parmi les nouveaux bénéficiaires de prestations d'invalidité, ceux qui souffrent de troubles mentaux ont des liens plus distendus avec le marché du travail au moment de leur demande. Cela peut également expliquer pourquoi les mesures de retour à l'emploi destinées aux demandeurs souffrant de troubles mentaux sont à ce stade généralement moins efficaces que pour d'autres bénéficiaires.

Les demandeurs de prestations qui souffrent de troubles mentaux sont trop facilement considérés comme incapables de travailler. Ils se voient plus souvent admettre immédiatement au bénéfice *intégral* des prestations ; lorsqu'on leur octroie initialement des prestations *temporaires*, leur statut n'est pas *réévalué* mais est converti en invalidité permanente ; leurs demandes sont moins souvent *rejetées* ; et ils ont moins de probabilités de *quitter* le régime d'invalidité parce que leur état de santé s'améliore ou qu'ils trouvent un emploi.

Les jeunes adultes souffrant de troubles mentaux se voient souvent accorder une prestation d'invalidité alors qu'il faudrait les aider à trouver un emploi

De nombreux pays accordent trop rapidement une prestation d'invalidité aux jeunes souffrant de troubles mentaux, de sorte qu'ils sont définitivement évincés du marché du travail. Ces jeunes échouent à l'école. De mauvais résultats scolaires conduisent généralement à un abandon prématuré de la scolarité, qui a des conséquences sur la vie active.

Aider les jeunes victimes de troubles mentaux pose de nombreux défis qui concernent le système éducatif, le passage à l'enseignement supérieur et à l'emploi, et le système de santé mentale. Par exemple, les adolescents et les jeunes adultes ignorent souvent les problèmes de santé mentale dont ils sont victimes, n'en parlent pas et ne sont pas soignés ; il s'écoule souvent plus de dix ans entre l'apparition du trouble mental et le premier contact avec le système de soins, et plus de 15 ans avant le premier contact avec le système de réinsertion.

Le très faible taux de prise en charge médicale constitue l'un des principaux défis pour le système de santé mentale…

Quel que soit l'âge, les personnes qui ignorent leur maladie ou qui ne souhaitent pas en parler solliciteront rarement des conseils et une prise en charge par un médecin. Il s'ensuit que 80 % des personnes souffrant de TMC ne reçoivent aucun traitement. Même parmi les personnes atteintes de TMG, une sur deux ne demande pas d'aide et n'est pas soignée.

Ce faible taux de traitement est préoccupant parce que la plupart des troubles mentaux peuvent s'atténuer lorsqu'ils sont soignés. Mais il s'avère aussi qu'un traitement « approprié » améliore les résultats professionnels. Là réside un autre défi pour le système de santé mentale : non seulement les taux de traitement sont bas, mais environ la moitié seulement des personnes prises en charge reçoit le bon traitement, selon des études cliniques. En outre, même ces traitements cliniquement appropriés négligent pour la plupart la situation du patient au regard de l'emploi.

Les personnes qui sollicitent une aide se tournent principalement vers un médecin généraliste. Or, les médecins généralistes ne sont généralement pas suffisamment formés et qualifiés pour prendre en charge les pathologies mentales fort complexes, alors même que le taux de prévalence des troubles mentaux chez leurs patients est élevé. Cela explique en partie pourquoi tant de patients ne sont pas soignés et, dans le cas contraire, le sont mal.

… mais le système de soins de santé mentale lui-même est un obstacle à la croissance de l'emploi

Le système de soins de santé mentale doit faire face à deux défis structurels importants. Premièrement, il s'adresse surtout aux personnes souffrant de TMG. Il n'est souvent pas en mesure d'offrir des réponses efficaces et complètes aux problèmes des personnes atteintes de TMC ou a tendance à les négliger. Cette orientation correspond à un usage inefficient des ressources.

À cet égard, les employeurs et les entreprises ne sont pas, à ce jour, un véritable partenaire du système de soins de santé mentale. Il n'existe pas d'approche systématique des employeurs. Dans ce contexte, et alors même que l'emploi joue un rôle essentiel dans la guérison, le système de soins de santé mentale n'est guère tenu responsable du devenir professionnel de ses patients.

Les politiques doivent être réorientées dans différentes directions

La politique peut et doit répondre plus efficacement aux défis que pose l'intégration sur le marché du travail des personnes souffrant de maladie mentale. La réorientation de l'action publique devra s'opérer dans trois directions : *i*) des troubles mentaux graves vers les troubles courants et infracliniques ; *ii*) des inactifs vers les personnes exerçant un emploi mais aussi vers les chômeurs ; et *iii*) de la réaction à la prévention des problèmes.

Les responsables publics sont confrontés à deux impératifs : intervenir au bon moment et mieux coordonner les interventions. L'apparition précoce de la plupart des troubles mentaux nécessite de reconsidérer la prévention et l'intervention. Lorsque les personnes demandent des prestations d'invalidité, il est souvent beaucoup trop tard pour agir. De par la complexité du système, les progrès ne sont possibles qu'en faisant preuve d'imagination et en élaborant des incitations et des mécanismes de financement intersectoriels.

Une intervention forte est nécessaire à différents moments du cycle de vie…

Premièrement, il faut remédier aux conséquences des troubles mentaux chez les adolescents à l'âge où ils sont scolarisés ou en apprentissage, en organisant une intervention précoce et une orientation vers des services spécialisés le cas échéant, et en aidant les jeunes qui souffrent de troubles mentaux à passer de l'adolescence à l'âge adulte, et de l'enseignement obligatoire à l'enseignement supérieur puis à un emploi durable.

Deuxièmement, en raison du taux relativement élevé de chômage parmi les personnes souffrant de troubles mentaux et des pertes de productivité qu'elles subissent, le lieu de travail est une cible privilégiée de la politique de santé mentale. Parmi les facteurs essentiels, citons de bonnes conditions de travail qui évitent la tension au travail ; des pratiques de gestion saines afin de minimiser les pertes de productivité ; un suivi systématique des congés de maladie ; une aide aux employeurs afin d'éviter les conflits au travail et les licenciements inutiles motivés par des problèmes de santé mentale.

Troisièmement, il faut faire plus pour empêcher le chômage de longue durée et l'éviction définitive du marché du travail des travailleurs atteints de troubles mentaux, et pour remédier aux problèmes de santé mentale chez les chômeurs de longue durée. Les agents des services de l'emploi doivent apporter une réponse appropriée à ce problème, en identifiant systématiquement les chômeurs de longue durée qui souffrent de problèmes de santé mentale, et en évaluant leur capacité de travail et l'aide dont ils ont besoin.

À terme, il faut freiner les nouvelles demandes de prestations d'invalidité émanant de personnes souffrant de troubles mentaux et aider leurs bénéficiaires aptes à travailler à retrouver un emploi. Là encore, cet objectif nécessite de mieux évaluer des problèmes complexes qui font souvent intervenir des maladies plurielles et chroniques, et de mieux apprécier leur aptitude au travail et leur besoin d'assistance. Dans ce contexte, il faudra renforcer les volets activation et respect de la réglementation, tant pour les demandeurs de prestations que pour les autorités qui les octroient. La réussite des politiques de retour à l'emploi implique également d'apporter un soutien mieux ciblé et adapté sur le lieu de travail.

… et les aides doivent être beaucoup mieux coordonnées

À tous les stades du cycle de vie, les interventions devront impliquer une meilleure intégration des services avec la participation d'un large éventail d'acteurs et de systèmes afin de travailler ensemble, partager des informations sur les clients et s'adresser mutuellement des clients. Cela supposera la coopération et la coordination des services de l'emploi et de santé, des établissements d'enseignement et des autorités responsables des prestations. Les services de santé en particulier sont souvent isolés et déconnectés d'autres systèmes, et négligent le volet emploi alors même qu'il est établi que le travail est bénéfique à la santé mentale et constitue une composante essentielle d'une stratégie de prise en charge plus large. À plus long terme, toutes les parties prenantes tireront profit de l'existence d'aides intégrées et efficaces et de la réduction des dysfonctionnements qui entravent la prestation de services appropriés.

La prévalence élevée des troubles mentaux chez les enfants, les travailleurs et les chômeurs signifie également que d'autres protagonistes, en dehors de la sphère spécialisée des professionnels de la santé mentale, ont un rôle essentiel à jouer. Les enseignants, responsables hiérarchiques, agents des services publics de l'emploi et médecins généralistes sont des acteurs incontournables pour apporter une réponse originale aux problèmes de santé mentale et aux défis qu'ils posent en termes d'emploi ; ils doivent être partie prenante de toute stratégie publique efficace, ce qui suppose qu'ils soient sensibilisés, formés et rémunérés en conséquence.

Chapitre 1

Mesurer la santé mentale et ses liens avec l'emploi

Ce chapitre passe en revue les questions de méthode et de mesure, et présente les grandes problématiques qui doivent être étudiées. Les troubles mentaux sont mesurés à partir d'enquêtes nationales sur la santé comportant des questions fiables sur la santé mentale. Une méthode transparente est employée pour obtenir des résultats comparables à partir de questions différentes, en mettant à profit les conclusions des études épidémiologiques réalisées sur la prévalence des troubles mentaux. Il apparaît ainsi que 5 % environ de la population en âge de travailler présentent des troubles mentaux graves et que 15 % sont atteints de troubles mentaux courants. Ces deux groupes doivent faire l'objet de mesures ciblées de la part des pouvoirs publics. Les caractéristiques des troubles mentaux sont ensuite étudiées, par exemple leur apparition très précoce et ses conséquences pour l'action publique. Le défi majeur auquel il faut s'attaquer concerne l'exclusion professionnelle croissante pour cause de troubles mentaux, alors que rien n'indique que la prévalence de ces troubles ait augmenté. Un cadre d'élaboration des politiques est proposé, à partir de deux aspects : le degré de gravité des troubles mentaux et la situation de la personne sur le plan de l'emploi.

1.1. Introduction

Les pouvoirs publics des pays de l'OCDE s'intéressent de très près aux problèmes psychologiques et au bien-être émotionnel, de même que les entreprises et la société au sens large. Après avoir été longtemps négligés, les problèmes de santé mentale[1] deviennent essentiels au regard du bon fonctionnement des marchés du travail et des politiques sociales de l'OCDE. Il convient donc de mettre davantage l'accent sur les politiques consacrées aux problématiques de la santé mentale et de l'emploi.

Les troubles mentaux représentent un fardeau économique complexe, qui englobe notamment les coûts directs du système de soins de santé, ainsi que les coûts indirects bien plus élevés supportés essentiellement par le système de sécurité sociale et le marché du travail. Selon l'*American Psychiatric Association*, les coûts directs du traitement et de l'accompagnement des troubles mentaux aux États-Unis représentent 17 % de l'ensemble, le reste étant lié à la baisse de la productivité, aux accidents et aux programmes de protection sociale (Bayer, 2005). On estime également qu'aux États-Unis, 31 % des coûts générés par les dépressions sont des coûts médicaux directs et 62 %, des coûts liés au lieu de travail (Greenberg *et al.*, 2003). En Allemagne, un quart des coûts de la dépression concernerait les soins médicaux, environ 30 % les prestations maladie et invalidité, et plus de 40 % la baisse de productivité au travail (Allianz Deutschland/RWI, 2008)[2]. En Angleterre, Thomas et Morris (2003) ont fait une estimation des coûts des heures de travail perdues en partant du capital humain. Ils ont calculé que les coûts indirects de la dépression sur le travail et la productivité étaient 23 fois supérieurs aux coûts directs associés au système de santé. Plusieurs auteurs (par exemple, Knapp, 2003) parlent des « coûts cachés » des maladies mentales, en raison du manque généralisé de connaissances sur ces coûts indirects.

Malgré ces éléments, qui laissent supposer des coûts indirects importants pour l'économie, on en sait peu sur les liens entre la santé mentale et l'emploi, ainsi que sur les déterminants des résultats sur le plan professionnel ou le degré d'inactivité des personnes souffrant de problèmes mentaux. Il est essentiel de comprendre ces déterminants pour pouvoir mettre au point des actions plus efficaces. Le présent rapport a pour objectif de mettre en évidence les manques d'information et de commencer à les combler en passant en revue les données relatives aux difficultés et obstacles principaux à une meilleure insertion professionnelle des personnes atteintes de troubles mentaux.

Ce premier chapitre vise à préciser le contexte afin d'aider le lecteur à suivre le reste du rapport. Il portera en premier lieu sur la définition et la mesure des problèmes de santé mentale utilisées dans ce rapport, avant de résumer certaines des principales caractéristiques permettant de faire la distinction entre les maladies mentales et les autres, et présentera en conclusion les problématiques liées à l'emploi et d'ordre social qu'il convient d'étudier.

1.2. Définir et mesurer la santé mentale et les problèmes de santé mentale

Définir une bonne et une mauvaise santé mentale

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) décrit la santé mentale comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » (OMS, 2007). Une bonne santé mentale renvoie au bien-être ainsi qu'à la capacité de faire face à l'adversité et de développer ses propres aptitudes. La mauvaise santé mentale comprend deux catégories :

- *La détresse psychologique,* dont les symptômes n'atteignent pas le seuil d'identification clinique permettant de poser un diagnostic d'après les systèmes de classification en psychiatrie. La détresse psychologique est un phénomène qui peut concerner tout le monde de temps à autre.
- *Les troubles mentaux,* dont les symptômes atteignent le seuil d'identification clinique permettant de poser un diagnostic d'après les systèmes de classification en psychiatrie. Les troubles mentaux sont en moyenne plus invalidants et ne touchent qu'une fraction de la population adulte.

Cette étude porte en premier lieu sur les troubles mentaux, c'est-à-dire sur les personnes atteintes d'une maladie mentale au sens clinique du terme[3]. Les termes plus généraux de « mauvaise santé mentale », « maladie mentale » et « problèmes de santé mentale » sont utilisés indifféremment dans ce rapport et renvoient généralement à des troubles mentaux tels qu'ils sont définis ci-dessus, mais ils incluent parfois la détresse psychologique ou d'autres états dont l'intensité symptomatique se situe en-dessous du seuil d'identification clinique (« troubles infracliniques »). Les références faites à la prévalence des maladies mentales renvoient à la définition des troubles mentaux.

Diagnostic versus *autres caractéristiques*

Les troubles mentaux peuvent prendre de multiples formes selon le diagnostic établi : de déficiences psychiatriques majeures, telles que la schizophrénie et autres états psychotiques, les troubles bipolaires et les dépressions graves, les troubles de la personnalité majeurs et les toxicomanies sévères, jusqu'à des problèmes moins graves, tels que des troubles liés à l'anxiété ou des dépressions épisodiques, mais aussi à des symptômes tels que l'anxiété et la dépression, qui viennent souvent se greffer sur un handicap physique.

Ce rapport n'est pas axé sur le diagnostic psychiatrique lui-même mais sur ses conséquences. Le diagnostic donne des informations précieuses sur d'éventuels problèmes professionnels, mais l'étendue du handicap peut être très variable pour un même diagnostic. Celui-ci n'est donc pas suffisant pour comprendre les conséquences et l'évolution d'un problème de santé mentale, même s'il apporte des données essentielles sur les types possibles d'incapacité de travail et sur le soutien nécessaire.

Au-delà du diagnostic, la gravité des troubles, leur durée et leur chronicité constituent les principaux déterminants du handicap actuel et futur, et sont donc essentielles pour comprendre les liens entre la santé mentale et l'emploi. Plus un trouble mental sera grave, persistant et chronique, plus ses conséquences sur le handicap et la capacité à travailler seront lourdes.

Qui plus est, des formes « moins graves » de troubles mentaux peuvent être responsables de fortes pertes de production, de productivité et de jours de travail (chapitre 3). Il est probable que les effets néfastes de formes moins graves – et donc souvent non reconnues ou non diagnostiquées – de troubles mentaux dépassent ceux des troubles les plus sérieux au regard du poids que l'ensemble des handicaps fait peser sur la société (voir chapitre 3 et Kessler *et al.*, 2005), puisque la prévalence des maladies mentales mineures et modérées est plus élevée que celle des maladies mentales graves.

L'accent est donc mis dans ce rapport sur les troubles mentaux graves, modérés et mineurs (les deux derniers pouvant également parfois être qualifiés de « troubles mentaux courants »), tout en évoquant occasionnellement les troubles infracliniques, dans la mesure où il est important d'empêcher que ceux-ci n'évoluent vers des troubles mentaux au sens clinique du terme.

Définir la population touchée par des problèmes de santé mentale

En principe, des entretiens cliniques approfondis devraient être utilisés pour faire la distinction entre les personnes souffrant de troubles mentaux et les autres. Les enquêtes représentatives comprenant des entretiens cliniques sont rares et, lorsqu'elles existent, ne donnent pas d'informations détaillées sur les variables sociales et économiques nécessaires à l'évaluation des conséquences en termes d'emploi.

À l'inverse, les enquêtes donnant suffisamment de détails sur la situation professionnelle ne contiennent que peu d'informations permettant de mesurer la prévalence des problèmes de santé mentale. La recherche clinico-épidémiologique semble mettre en doute la fiabilité des réponses lorsqu'on demande *directement* aux personnes si elles ont un problème de santé mentale. Toutefois, à la place de questions directes, on peut utiliser un ensemble de questions portant sur l'irritabilité, la nervosité, l'insomnie, etc., dont beaucoup ont été validées par la recherche médicale comme étant très efficaces pour remplacer un entretien clinique plus approfondi, et donc pour mesurer la prévalence d'un trouble mental.

La plupart des résultats présentés dans ce rapport s'appuient sur des enquêtes menées auprès des ménages qui associent des informations concernant le travail et d'autres sur la santé mentale[4]. Les instruments utilisés permettent également de déterminer le degré de gravité du problème de santé mentale, et donc de mieux déterminer la précision des résultats au regard de la gravité du problème[5]. Pour autant, la comparabilité internationale est limitée par l'utilisation d'instruments différents dans chaque pays (voir l'encadré 1.1), avec des questions qui se recoupent mais qui ne sont pas nécessairement identiques. Les différences culturelles qui transparaissent dans les réponses gênent également les comparaisons.

L'objectif principal de ce rapport est toutefois de mesurer et de comparer à l'échelle internationale les *résultats* sur le plan professionnel et social de personnes atteintes de troubles mentaux, et non d'estimer la prévalence de ces troubles en tant que tels. De nombreuses études épidémiologiques sur les maladies psychiatriques menées dans de multiples pays au cours des trente dernières années révèlent toutes des pourcentages très proches de personnes en âge de travailler souffrant de troubles mentaux, autrement dit des taux de prévalence analogues. Certes, des écarts existent selon les pays et le type de maladie, mais les taux de prévalence sont dans l'ensemble très similaires. Ce rapport tire avantage de ce fait établi et prend le taux de prévalence comme point de départ de l'analyse.

Encadré 1.1. **Caractéristiques principales des enquêtes nationales sur la population utilisées dans ce rapport**

Les indicateurs de résultats et les modélisations présentés dans ce rapport reposent sur dix enquêtes nationales consacrées à la santé et trois enquêtes internationales [Eurobaromètre, l'Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE) et l'Enquête européenne sur les conditions de travail (EECT)].

Enquête australienne sur la santé (2001 et 2007/08) et ***Enquête australienne sur la santé mentale et le bien-être*** (1997) : la variable relative aux troubles mentaux est fondée sur l'échelle de détresse psychologique K-10 de Kessler, qui utilise dix questions sur l'état émotionnel au cours des 30 jours précédents, notamment la fatigue, la nervosité, le désespoir, la fébrilité, la dépression et la dévalorisation. Cinq catégories de réponse sont possibles (1 = jamais, 2 = rarement, 3 = parfois, 4 = la plupart du temps, 5 = tout le temps). Le total des points va donc de 10 (aucun problème de santé mentale) à 50 (problème de santé mentale majeur).

Enquête autrichienne sur la santé par interview (2006/07) : la variable relative aux troubles mentaux est fondée sur une série de questions concernant la santé mentale et la vitalité de l'échelle SF-36, qui a été élaborée pour mesurer la qualité de vie et la santé. Ce sous-ensemble comprend neuf questions, notamment sur la fatigue, la nervosité, le bonheur, la tranquillité, l'énergie, l'épuisement et la dépression. Cinq catégories de réponse sont possibles (1 = tout le temps, 2 = la plupart du temps, 3 = assez souvent, 4 = parfois, 5 = jamais). Le total des points va donc de 9 (problème de santé mentale grave) à 45 (aucun problème de santé mentale).

Enquête belge sur la santé par interview (1997, 2001 et 2008) : la variable relative aux troubles mentaux est fondée sur l'échelle GHQ-12 du Questionnaire général de santé (*General Health Questionnaire*), outil d'évaluation des troubles psychiatriques non psychotiques et version abrégée de l'échelle complète GHQ-60. Quatre catégories de réponse sont possibles pour chaque question (moins que d'habitude, pas plus que d'habitude, plus que d'habitude, beaucoup plus que d'habitude). Le total des points va donc de 12 (aucun problème de santé mentale) à 48 (problème de santé mentale grave).

Enquête danoise sur la santé par interview (1994, 2000 et 2005) : la variable relative aux troubles mentaux est fondée sur une série de questions concernant la santé mentale et la vitalité de l'échelle SF-12, qui a été élaborée pour mesurer la qualité de vie et la santé. Comme dans l'enquête autrichienne, ce sous-ensemble comprend neuf questions, notamment sur la fatigue, la nervosité, le bonheur, la tranquillité, l'énergie, l'épuisement et la dépression. Cinq catégories de réponse sont possibles (1 = tout le temps, 2 = la plupart du temps, 3 = assez souvent, 4 = parfois, 5 = jamais). Le total des points va donc de 9 (problème de santé mentale grave) à 45 (aucun problème de santé mentale).

Enquête néerlandaise sur la santé POLS (2001-03 et 2007-09) : la variable relative aux troubles mentaux est fondée sur le questionnaire de l'échelle MHI-5, qui comprend cinq questions visant à déterminer l'absence de détresse psychologique ; les questions portent principalement sur la dépression et l'anxiété. Six catégories de réponse sont possibles, de 1 (toujours/tout le temps) à 6 (jamais). Le total des points va donc de 6 (anxiété ou dépression grave) à 30 (aucun problème de santé mentale).

Enquêtes norvégiennes sur le niveau de vie et la santé (1998, 2002 et 2008) : la variable relative aux troubles mentaux est fondée sur la Liste de contrôle des symptômes HSCL-25 de Hopkins, échelle d'auto-évaluation comportant 25 questions sur la présence et l'intensité des symptômes d'anxiété et de dépression au cours de la semaine précédente. Certains symptômes peuvent aussi être interprétés comme étant somatiques. Quatre catégories de réponse sont possibles, de 1 (pas du tout) à 4 (extrêmement). Le total des points va donc de 25 (aucun problème de santé mentale) à 100 (anxiété ou dépression grave).

Enquête suédoise sur les conditions de vie (1994/95, 1999/2000 et 2004/05) : cette enquête ne contient pas de questions spécifiquement consacrées à la santé mentale, mais on demande aux personnes interrogées si elles ressentent une forme de « nervosité, malaise ou anxiété ». Trois réponses sont possibles : « tout à fait », « un peu », « non ». Les deux premières sont utilisées pour estimer les troubles mentaux graves à modérés. Même si des questions directes telles que celle-ci entraînent généralement une sous-estimation du nombre réel de personnes souffrant de troubles mentaux, le nombre de personnes recensées par cette méthode (respectivement, 3.6 % et 15.2 %) est très proche des seuils de prévalence de 5 % et 15 % pris pour hypothèse.

Encadré 1.1. **Caractéristiques principales des enquêtes nationales sur la population utilisées dans ce rapport** *(suite)*

Enquête suisse sur la santé (2002 et 2007) : la variable relative aux troubles mentaux est fondée sur dix questions portant sur la dépression : tristesse, intérêt, fatigue, appétit, sommeil, réactivité, désir sexuel, confiance, concentration, pensées suicidaires. Trois catégories de réponse sont possibles (1 = la plupart du temps, 2 = parfois, 3 = jamais). Le total des points va donc de 10 (problème de santé mentale majeur) à 30 (aucun problème de santé mentale).

Enquête anglaise sur la santé (1995, 2001 et 2006) : la variable relative aux troubles mentaux est fondée sur l'échelle GHQ-12 du Questionnaire général de santé (*General Health Questionnaire*), version abrégée de l'échelle complète GHQ-60. Quatre catégories de réponse sont possibles (« moins que d'habitude », « pas plus que d'habitude », « plus que d'habitude », « beaucoup plus que d'habitude »). Le total des points va donc de 12 (aucun problème de santé mentale) à 48 (problème de santé mentale grave).

Enquête américaine sur la santé par interview (1997, 2002 et 2008) : la variable relative aux troubles mentaux est fondée sur l'échelle de détresse psychologique K-6 (abrégée) de Kessler, qui utilise six questions sur l'état émotionnel au cours des 30 jours précédents, notamment la fatigue, la nervosité, le désespoir, la fébrilité, la dépression et la dévalorisation. Cinq catégories de réponse sont possibles (0 = jamais, 1 = rarement, 2 = parfois, 3 = la plupart du temps, 4 = tout le temps). Le total des points va donc de 0 (aucun problème de santé mentale) à 24 (problème de santé mentale majeur).

Eurobaromètre (2005 et 2010) : la variable relative aux troubles mentaux est fondée sur une série de neuf questions : se sentir plein de vie, se sentir tendu, se sentir déprimé, se sentir calme et détendu, avoir beaucoup d'énergie, se sentir découragé et dépressif, se sentir épuisé, se sentir heureux, se sentir fatigué. Cinq catégories de réponse sont possibles (1 = tout le temps, 2 = la plupart du temps, 3 = parfois, 4 = rarement, 5 = jamais). Le total des points va donc de 9 (aucun problème de santé mentale) à 45 (problème de santé mentale majeur). Cette enquête porte sur l'ensemble des pays de l'Union européenne, y compris l'Autriche, la Belgique, le Danemark, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède.

Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE, vagues 1 à 3) : la variable relative aux troubles mentaux est fondée sur l'échelle EURO-D de la dépression, qui a été élaborée pour pouvoir comparer la prévalence et les risques dans les pays européens. Cette échelle comporte douze questions concernant la dépression, le pessimisme, les pensées suicidaires, la culpabilité, le sommeil, l'intérêt, l'irritabilité, l'appétit, la fatigue, la concentration, le bonheur et l'envie de pleurer. Deux catégories de réponse sont possibles (0 = non, 1 = oui). Le total des points va donc de 0 (absence de dépression) à 12 (très dépressif). Cette enquête porte sur 14 pays européens, dont l'Autriche, la Belgique, le Danemark, les Pays-Bas, la Suède et la Suisse.

Enquête européenne sur les conditions de travail (EECT, 2010) : la variable relative aux troubles mentaux est fondée sur une série de cinq questions : se sentir joyeux, se sentir calme, se sentir actif, se sentir frais et dispos au réveil, avoir une vie pleinement satisfaisante. Six catégories de réponse sont possibles (1 = tout le temps, 2 = la plupart du temps, 3 = plus de la moitié du temps, 4 = moins de la moitié du temps, 5 = parfois, 6 = jamais). Le total des points va donc de 5 (problème de santé mentale majeur) à 30 (aucun problème de santé mentale). Cette enquête porte sur l'ensemble des pays de l'Union européenne, y compris l'Autriche, la Belgique, le Danemark, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède.

La construction des groupes présentant des troubles mentaux « graves », « modérés » ou ne présentant « aucun trouble mental » est la même pour tous les pays et part de l'hypothèse d'une prévalence de, respectivement, 5, 15 et 80 %. S'agissant des enquêtes internationales, la répartition des différents seuils de gravité a été établie pays par pays. Pour les enquêtes reposant sur plusieurs données ponctuelles, les seuils de gravité ont été calculés pour la dernière année connue puis laissés constants pour toutes les années précédentes. Pour les enquêtes proposant à la fois des réponses positives et négatives (par exemple, dans le cas de l'Autriche et du Danemark), les catégories ont été réorganisées de manière à permettre le cumul de toutes les réponses.

Ainsi, conformément aux études épidémiologiques réalisées, on estime que dans chaque pays, 5 % de la population en âge de travailler souffrent d'un trouble mental grave et 15 % d'un trouble mental modéré. Dans le rapport, on compare ensuite les résultats sur le plan professionnel des premier et second groupes (déterminés à l'aide des questions sur la santé mentale posées dans les enquêtes sur la population de chaque pays) avec les résultats des 80 % restants.

Partant de cette hypothèse, on sélectionne dans un premier temps l'enquête la plus adaptée dans chaque pays (et plusieurs enquêtes internationales), avec les questions les plus fiables sur la santé mentale. Ensuite, la même méthode est appliquée dans tous les cas : les questions de l'enquête sont utilisées pour construire un indicateur – les seuils de 5 et 20 % (qui reflètent la prévalence moyenne supposée vraie dans la population) déterminant la prévalence et la gravité des problèmes de santé mentale : les personnes interrogées se situant entre zéro et 5 %sont classées comme ayant un trouble mental grave, les 15 % suivants comme ayant un trouble mental modéré (ou courant) et les 80 % restants comme n'ayant pas de trouble mental.

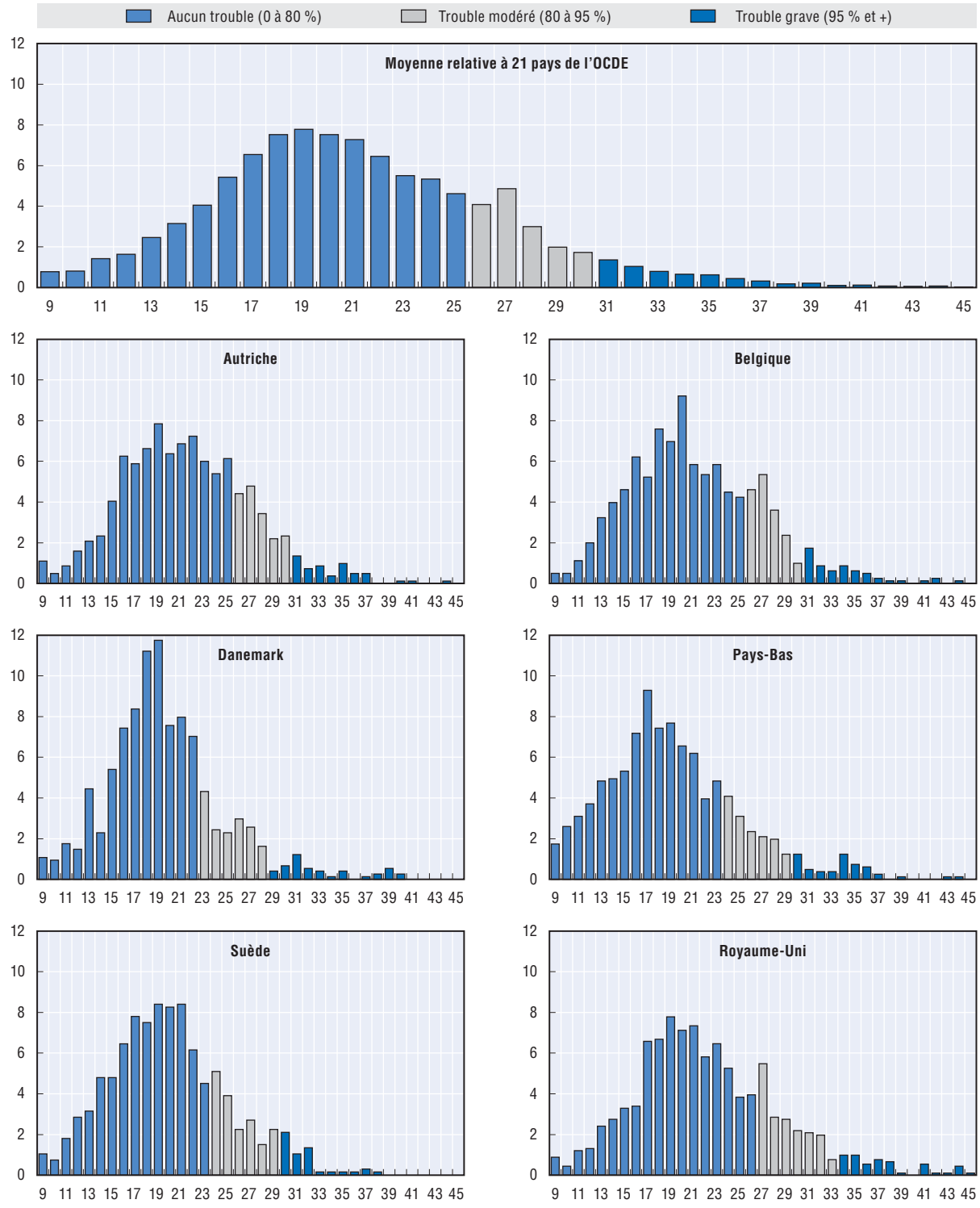
Le graphique 1.1 montre les résultats de cette méthodologie à partir de l'Eurobaromètre 2010, pour les six pays examinés dans le présent rapport et concernés par cette enquête, et pour l'ensemble des 21 pays couverts dans l'enquête (tout en notant que la procédure est appliquée pays par pays). La répartition des résultats en termes de santé mentale (c'est-à-dire les différents états de santé mentale de l'échantillon) suit une distribution normale étalée vers la gauche – relativement peu de personnes disant avoir une excellente santé mentale et extrêmement peu déclarant avoir une très mauvaise santé mentale. S'agissant des troubles mentaux graves, les notes maximales vont de 29 (sur 45) au Danemark, à 34 au Royaume-Uni (moyenne : 31), et, pour les troubles modérés, de 23 au Danemark à 27 au Royaume-Uni (moyenne : 26 dans ce cas)[6]. La note modale pour les 21 pays est de 18 (8 % environ de l'échantillon). Dans l'ensemble, les histogrammes semblent indiquer une forte concentration autour de la valeur modale au Danemark par rapport aux autres pays, ainsi qu'une santé mentale globalement un peu meilleure au Danemark et un peu moins bonne au Royaume-Uni, alors que les quatre autres pays affichent des répartitions similaires et également proches de la moyenne des 21 pays pris dans leur ensemble.

Quels sont les avantages et les implications de cette méthode ? Premièrement, elle permet de comparer les résultats sur le plan professionnel dans de nombreux pays qui utilisent des instruments similaires mais non identiques pour mesurer la prévalence des troubles mentaux. Étant donné que certains de ces instruments sont validés et d'autres non, cette méthode – qui suppose d'utiliser un seuil mathématique imposé prédéfini pour tous les instruments – permet des comparaisons internationales utiles de mesures qui ne seraient pas nécessairement comparables autrement ou d'étudier des groupes de population. Encore une fois, il ne s'agit pas de mesurer la prévalence des troubles mentaux mais de comparer les résultats sur le plan professionnel de groupes analogues.

La fiabilité de cette méthode peut être vérifiée à partir des données tirées de l'Enquête suisse sur la santé, qui contient deux instruments : une échelle relative à la dépression, avec dix questions et trois catégories de réponse possibles, et une échelle générale sur la santé mentale, avec cinq questions et cinq catégories de réponse possibles. Les deux échelles donnent des résultats qui se chevauchent nettement, mais qui n'identifient pas les mêmes personnes comme ayant des troubles graves, modérés ou comme n'ayant pas

Graphique 1.1. **Les notes obtenues en matière de santé mentale suivent généralement une distribution normale étalée vers la gauche**

Répartition des notes obtenues en matière de santé mentale, de 9 à 45, à partir de neuf questions (1-5), en pourcentage de l'échantillon



Source : Compilation de l'OCDE selon l'Eurobaromètre 2010.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932567618

de troubles. Les trois quarts des personnes interrogées se retrouvent dans la même catégorie avec les deux instruments : sans surprise, les meilleures correspondances s'observent dans la catégorie « aucun trouble » et les moins bonnes, dans la catégorie intermédiaire. Toutefois, le plus important pour ce qui concerne la fiabilité de cette procédure d'évaluation est que les résultats sont très cohérents. Par exemple, dans les deux instruments, les personnes n'ayant pas de trouble mental présentent un taux d'emploi de 80 à 81 %, celles ayant un trouble modéré, un taux d'emploi de 76 % environ, et celles ayant un trouble grave, un taux d'emploi de 63 à 67 %. En d'autres termes, les deux instruments, même s'ils ne ciblent pas exactement les mêmes personnes comme souffrant de troubles modérés ou graves, peuvent donner une bonne estimation de l'écart ou du handicap face à l'emploi en fonction de la gravité des troubles mentaux.

En conclusion, la méthode retenue permet d'évaluer les conséquences des troubles mentaux d'un point de vue social et professionnel, et de comparer le handicap relatif dont souffrent les personnes atteintes de troubles mentaux modérés à graves dans différents contextes nationaux. Les résultats présentés dans les chapitres substantiels (chapitres 2 à 5) démontrent l'utilité de cette méthode. Cependant, elle repose sur une hypothèse de départ et ne peut donc pas être utilisée pour tirer des conclusions à propos des différents niveaux et de l'évolution de la prévalence des troubles mentaux selon les pays. Ce type d'information est largement disponible dans les études épidémiologiques publiées.

Caractéristiques socio-démographiques des personnes souffrant de troubles mentaux

À partir de cette méthode, le graphique 1.2 présente la répartition du groupe (20 %) de personnes ayant le moins bon état de santé mentale dans chaque pays (d'après les enquêtes nationales) au regard d'un certain nombre de caractéristiques socio-démographiques. Les femmes et les personnes peu instruites sont largement surreprésentées dans ce groupe. Les écarts selon l'âge sont limités dans la plupart des cas, les jeunes adultes étant quelque peu surreprésentés et les travailleurs plus âgés, sous-représentés. L'Autriche et, dans une moindre mesure, la Suisse, semblent se distinguer à cet égard, puisque les personnes souffrant de troubles mentaux y sont plus âgées en moyenne.

1.3. Mieux comprendre les caractéristiques des troubles mentaux

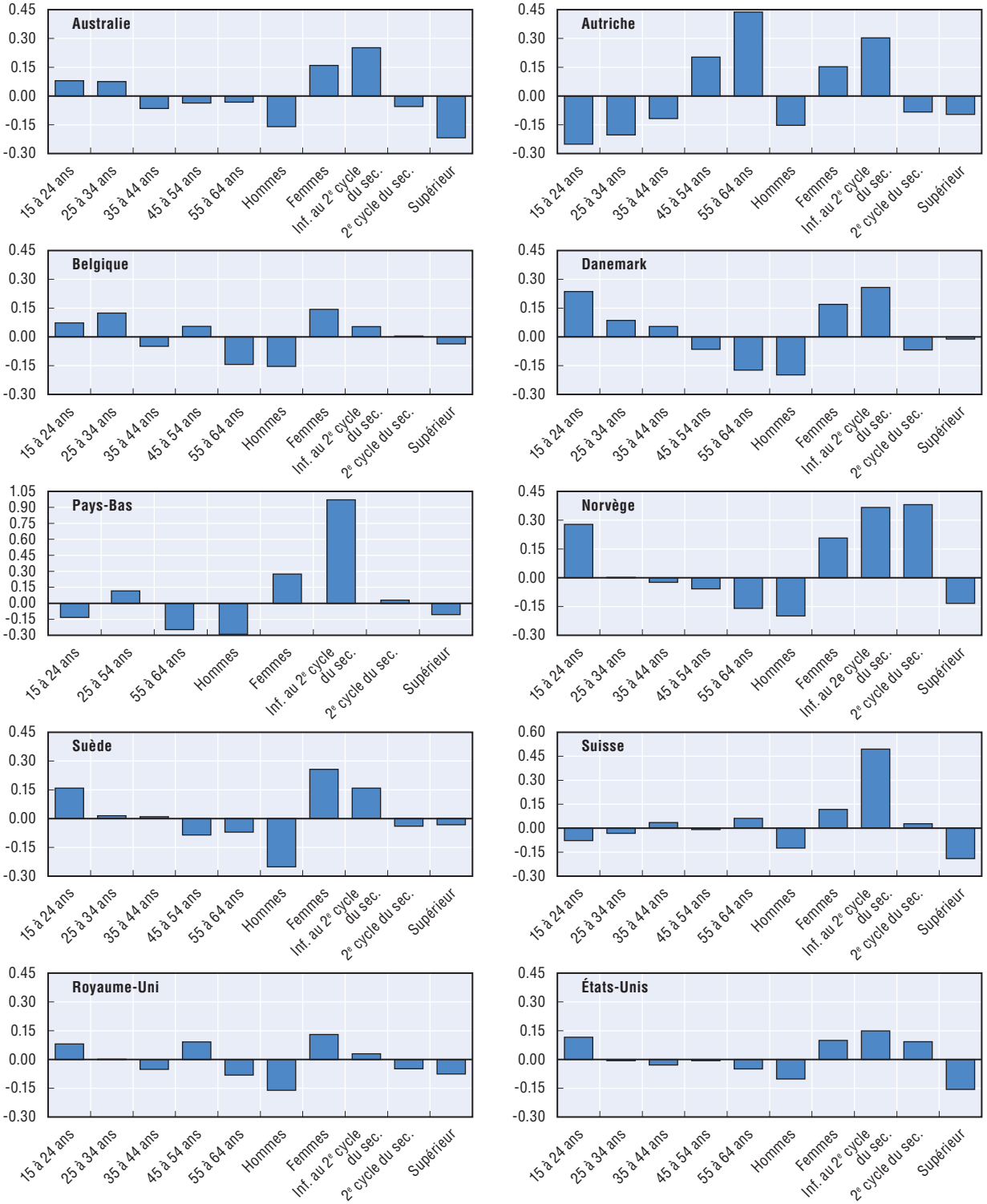
Les problèmes de santé mentale posent souvent des difficultés particulières pour les politiques et instances du marché du travail, de par leur nature et la façon dont ils sont perçus et acceptés par la société. Ainsi, les problèmes de santé mentale sont souvent cachés, soit parce que la personne elle-même n'en a pas pleinement conscience, soit parce qu'elle ne veut pas révéler son état, ou encore parce que l'entourage n'est pas prêt ou capable d'admettre le problème. Il est important de mieux comprendre les spécificités et les caractéristiques des maladies mentales afin que les décideurs puissent adapter les systèmes au mieux.

Apparition et révélation

Si les maladies mentales, comme les autres maladies, peuvent se développer à tout âge, la plupart d'entre elles apparaissent tôt dans la vie. Les faits semblent indiquer que la moitié environ des troubles mentaux apparaît dans l'enfance et à l'adolescence (Kessler *et al.*, 2005), dans la mesure où la plupart des troubles mentaux ont pour origine des prédispositions génétiques, la personnalité, l'éducation et des événements (traumatisants). L'apparition

Graphique 1.2. **La prévalence des troubles mentaux varie avec l'âge, le sexe et le niveau d'études**

Personnes atteintes d'un trouble mental (grave ou modéré) selon le groupe d'âge, le sexe et le niveau d'études, par rapport à la prévalence globale dans la population d'âge actif dans certains pays de l'OCDE, fin des années 2000



Note : « Inférieur au 2e cycle de l'enseignement secondaire » se réfère aux niveaux 0 à 2 de la CITE, « 2e cycle de l'enseignement secondaire » aux niveaux 3 et 4 de la CITE, et « Enseignement supérieur » aux niveaux 5 et 6 de la CITE (Classification internationale type de l'éducation).
Source : Enquêtes nationales sur la santé (voir le graphique 1.3).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932567637

précoce de ces troubles ne signifie pas que les problèmes et les risques sont toujours identifiés tôt dans la vie ; au contraire, les problèmes sont souvent traités (lorsqu'ils le sont) des années, voire des décennies, après leur apparition.

Autre aspect important : la révélation tardive des problèmes de santé mentale. Au départ, et éventuellement pendant longtemps, la personne elle-même n'est pas consciente de son problème. Par la suite, les autres doivent encore le déceler. Pendant l'enfance et l'adolescence, c'est souvent l'identification des troubles qui pose problème, tandis qu'à l'âge adulte et en particulier sur le lieu de travail, ce qui est le plus difficile, c'est la révélation[7]. Malgré des traitements à l'efficacité avérée sur la plupart des troubles mentaux, il n'est pas si certain que l'identification et la révélation soient toujours positives, compte tenu des préjugés que cela véhicule. L'identification précoce de troubles mentaux chez l'enfant peut également entraîner une médicalisation et lui donner un statut de malade qui risque ensuite de le pénaliser pour trouver un emploi sur le marché du travail normal. De même, la divulgation sur le lieu de travail peut entraîner la perte de l'emploi si l'employeur et les collègues sont incapables de gérer la situation.

Troubles mentaux et handicap

Il est important que les décideurs sachent dans quelle mesure les troubles mentaux sont handicapants (voir la définition plus loin). De nombreuses maladies, même graves, ne sont pas, ou pas nécessairement, invalidantes. Les données de l'Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE), qui couvre de nombreux pays membres et non membres de l'OCDE essentiellement en Europe, montre par exemple que seule une minorité de personnes atteintes d'un trouble mental souffrent également d'un handicap (tableau 1.1) : à peine plus d'un tiers des personnes ayant un trouble mental grave et moins d'un cinquième des personnes ayant un trouble modéré[8].

Tableau 1.1. **La majorité des troubles mentaux n'entraîne pas de handicap**

Proportion des personnes atteintes d'un trouble mental, par degré de gravité et comorbidité, qui indiquent également souffrir d'un handicap

	État		
État de santé mentale	Absence de handicap	Présence d'un handicap	*Total*
Toubles graves	65.1	34.9	*100.0*
Troubles modérés	82.3	17.7	*100.0*
Comorbidité	73.6	26.4	*100.0*
Troubles mentaux uniquement	96.0	4.0	*100.0*
Aucun trouble	94.3	5.7	*100.0*
Total	90.9	9.1	*100.0*
Toubles graves	3.6	19.6	5.1
Troubles modérés	14.1	30.4	15.6
Comorbidité	13.4	48.2	16.5
Troubles mentaux uniquement	4.4	1.8	4.2
Aucun trouble	82.2	50.0	79.3
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*

Note : Résultats basés sur l'ensemble des pays couverts par l'Enquête SHARE.
Source : Calculs de l'OCDE selon l'Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE), qui couvre le groupe d'âge 50-64 ans.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568929

Dans le second groupe, ce sont les personnes atteintes de troubles mentaux et d'un problème physique (comorbidité) qui signalent souffrir d'un handicap, alors que celles qui n'ont que des troubles mentaux modérés *ne sont pas* plus susceptibles que celles qui n'en ont pas de souffrir d'un handicap[9]. Les données de l'Enquête SHARE ne couvrent que le groupe d'âge des 50-64 ans ; compte tenu du taux de variation du handicap en fonction de l'âge, les proportions de personnes souffrant d'un handicap seront nettement plus faibles chez les jeunes adultes et chez les adultes d'âge très actif.

Quelle différence y a-t-il entre trouble et handicap ? Un trouble mental est un schéma psychologique ou comportemental, éventuellement mais pas nécessairement associé à un handicap. Il s'agit d'une maladie qui peut souvent être traitée et dont les chances de guérison sont bonnes. Le handicap, d'après la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'OMS, est un terme générique englobant les déficiences, les restrictions d'activité et les restrictions de participation. Une *déficience* est un problème qui touche le fonctionnement ou la structure du corps, une *restriction d'activité* exprime la difficulté à exécuter une tâche ou une action, tandis qu'une *restriction de participation* reflète la difficulté qu'un individu éprouve à s'impliquer dans certaines situations de la vie quotidienne. Le handicap est donc un phénomène complexe, qui traduit une interaction entre les caractéristiques physiologiques d'un individu et les caractéristiques de la société dans laquelle il vit.

Lorsque l'on compare trouble et handicap, deux messages complémentaires se dégagent. Premièrement, un grand nombre de personnes atteintes de troubles mentaux graves ne souffrent pas nécessairement de handicap – nombre d'entre elles ont des aptitudes importantes, voire complètes, et la capacité de travailler. Parallèlement, les personnes atteintes de troubles mentaux courants et bien plus répandus sont nombreuses à signaler un handicap et ont généralement beaucoup de mal à travailler. Du point de vue de l'action publique, les problématiques seront probablement différentes entre les personnes atteintes de troubles mentaux souffrant d'un handicap et celles qui n'ont pas de handicap.

Comorbidité et diagnostic

Les troubles mentaux apparaissent souvent de façon concomitante avec des problèmes physiques et d'autres problèmes de santé mentale, tels que l'abus de certaines substances notamment (chapitre 3). Ainsi, la moitié environ des patients souffrant de dépression présentent également des troubles d'ordre somatique (Kessler, 2007), tandis que la prévalence de troubles affectifs est très forte chez les patients atteints de troubles somatiques (Härter *et al.*, 2007). Parallèlement, de nombreux problèmes physiques tels que des douleurs, sont influencés, exacerbés, voire déclenchés par des facteurs psychologiques. De même, en cas de troubles mentaux, le risque est élevé de faire un pronostic bien plus médiocre sur de nombreuses maladies physiques prévalentes.

Si l'on étudie à nouveau les données de l'Enquête SHARE, on constate que, chez les 50-64 ans atteints de troubles mentaux modérés ou graves, 4 sur 5 environ ont également un problème physique. Cette observation est valable pour l'ensemble des pays, mais la proportion augmente nettement avec l'âge : elle passe de 70 % environ entre 50 et 54 ans à près de 90 % entre 60 et 64 ans – les écarts étant peu marqués entre hommes et femmes (tableau 1.2). Les données au niveau national relatives à la population en âge de travailler en Suède et aux États-Unis confirment la concomitance fréquente de problèmes de santé

Tableau 1.2. **La comorbidité est très fréquente**

Proportion de personnes atteintes de troubles mentaux et signalant également un problème d'ordre physique, par groupe d'âge

		État en 2007				
		Comorbidité	Troubles mentaux uniquement	Aucun trouble mental	*Total*	Comorbidité en pourcentage de l'ensemble des troubles mentaux
SHARE (plusieurs pays)	50 à 54 ans	15.8	6.3	77.9	100.0	71.5
	55 à 59 ans	16.5	3.8	79.7	100.0	81.3
	60 à 64 ans	17.1	2.5	80.3	100.0	87.1
	50 à 64 ans	*16.5*	*4.2*	*79.3*	*100.0*	*79.9*
Suède	Moins de 25 ans	4.2	7.8	88.0	100.0	35.3
	25 à 34 ans	7.1	8.9	84.0	100.0	44.3
	35 à 44 ans	7.7	9.6	82.7	100.0	44.7
	45 à 54 ans	11.5	6.2	82.3	100.0	65.0
	55 à 64 ans	14.0	4.8	81.2	100.0	74.3
	Tous les âges	*8.8*	*7.6*	*83.6*	*100.0*	*53.6*
États-Unis	Moins de 25 ans	6.9	21.2	71.9	100.0	24.6
	25 à 34 ans	7.3	17.7	75.0	100.0	29.4
	35 à 44 ans	10.2	14.3	75.5	100.0	41.6
	45 à 54 ans	14.5	10.5	75.0	100.0	58.0
	55 à 64 ans	15.8	8.1	76.1	100.0	66.1
	Tous les âges	*11.1*	*14.1*	*74.8*	*100.0*	*44.0*

Note : Résultats basés sur l'ensemble des pays couverts par l'Enquête SHARE.

Source : Calculs de l'OCDE selon l'Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE), qui couvre le groupe d'âge 50-64 ans ; pour la Suède et les États-Unis, voir le graphique 1.3.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568948

mentale et physique. Dans ces deux pays, le pourcentage global des personnes qui présentent à la fois des troubles mentaux et un problème d'ordre physique est d'environ 50 % (25 à 35 % chez les jeunes adultes et 65 à 75 % chez les 55-64 ans).

Dynamique et chronicité

Les manifestations d'un problème de santé mentale peuvent être très dynamiques, voire davantage que celles de nombreux problèmes d'ordre physique, ce qui va à l'encontre de l'idée répandue, mais fausse, selon laquelle un trouble mental dure forcément toute la vie. De nombreux troubles mentaux se prolongent, mais la plupart peuvent être traités, les symptômes réduits et la situation stabilisée. Même pour la schizophrénie, l'une des maladies mentales les plus graves, les données montrent qu'environ un quart à un tiers des patients guérit et qu'un autre tiers se rétablit suffisamment pour pouvoir travailler (Gaebel et Wölwer, 2010).

Les données longitudinales de l'Enquête SHARE[10] confirment le caractère dynamique des troubles mentaux. Chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves en 2004, 38 % sont guéries trois ans après et 34 % se retrouvent dans le groupe des personnes atteintes de troubles mentaux modérés (tableau 1.3). Elles ne sont donc qu'une minorité à rester dans le groupe des troubles mentaux graves. Parmi le groupe des troubles mentaux modérés en 2004, 55 % ne signalent plus de troubles en 2007, tandis qu'un sur dix voit son état s'aggraver. Parmi ceux qui n'avaient pas de problème de santé mentale en 2004,

Tableau 1.3. **Les problèmes de santé mentale ont un caractère très dynamique**
Répartition (en pourcentage) de la population échantillonnée selon l'état de santé mentale en 2004 et 2007

	État en 2007, troubles			
État en 2004, troubles	Graves	Modérés	Aucun	*Total*
Graves	28.3	34.2	37.5	*100.0*
Modérés	10.9	34.0	55.2	*100.0*
Aucun	2.6	10.6	86.8	*100.0*
Total	5.3	15.7	79.0	*100.0*
Graves	27.2	11.1	2.4	5.1
Modérés	34.3	36.1	11.6	16.7
Aucun	38.5	52.9	86.0	78.3
Total	*100.0*	*100.0*	*100.0*	*100.0*

Note : Résultats basés sur l'ensemble des pays couverts par l'Enquête SHARE.
Source : Calculs de l'OCDE selon l'Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE), qui couvre le groupe d'âge 50-64 ans.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568967

13 % signalent avoir des troubles mentaux graves ou modérés trois ans plus tard, ce qui constitue une proportion assez forte, révélatrice de la prévalence élevée des problèmes de santé mentale sur la durée de la vie.

Les troubles mentaux sont en général chroniques. Bien que les symptômes de la plupart d'entre eux puissent être traités et que l'état du patient puisse se stabiliser après quelques semaines ou quelques mois, la majorité des troubles mentaux ne peut être guérie au sens où la cause est éliminée, car celle-ci est souvent inconnue ou pluridimensionnelle (voir chapitre 3). Par conséquent, certains problèmes de santé mentale nécessitent de prendre des psychotropes sur une longue période, même lorsque le patient n'a pas (plus) de symptômes. Le fait que les troubles soient souvent toujours présents peut rendre les personnes touchées hésitantes et vulnérables, ce qui peut alimenter la peur qu'elles ont généralement de chercher activement un travail. Le caractère chronique des troubles mentaux, qu'il prenne la forme de symptômes permanents ou de rechutes récurrentes, ne se limite pas aux troubles graves, mais peut également concerner les problèmes mineurs et modérés. En outre, certains troubles ne sont que partiellement caractérisés par leur chronicité, comme par exemple les troubles de la personnalité.

1.4. Le problème croissant des troubles mentaux pour l'emploi

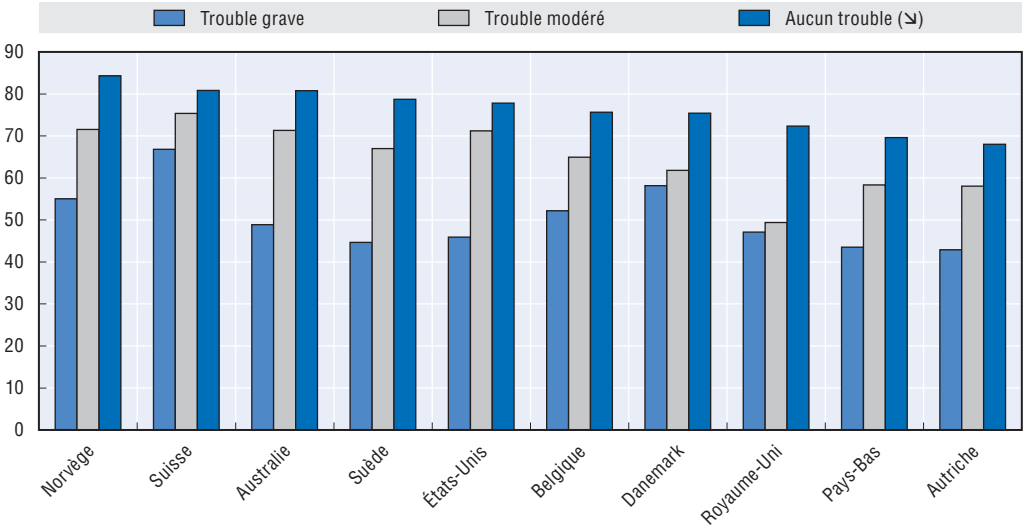
Ce que les données semblent indiquer

Les troubles mentaux constituent une cause majeure et de plus en plus citée de l'inactivité et de l'exclusion du marché du travail. Les personnes ayant des problèmes de santé et des handicaps comptent parmi les plus désavantagées sur le marché du travail moderne (OCDE, 2010), et celles qui souffrent de problèmes de santé mentale sont confrontées à des obstacles particulièrement importants. Ces personnes sont bien moins susceptibles d'avoir un emploi et l'écart s'accroît avec la gravité des troubles (graphique 1.3). L'écart de taux d'emploi est d'environ 30 points de pourcentage pour ceux qui souffrent de troubles graves et de 10 à 15 points pour ceux qui présentent des troubles modérés (voir le chapitre 2 pour plus de détails). Le second écart peut sembler relativement modeste mais il concerne un très grand nombre de personnes. Au vu des difficultés à long terme que le vieillissement de la population va poser pour l'emploi, notamment des pénuries de

Cette page a fait l'objet d'un corrigendum. Voir http://www.oecd.org/dataoecd/62/59/50030611.pdf

Graphique 1.3. **Les personnes atteintes d'un trouble mental sont très désavantagées sur le plan professionnel**

Rapport emploi-population (personnes ayant un emploi[a] en pourcentage de la population d'âge actif), selon la gravité du trouble mental, dans dix pays de l'OCDE, dernière année disponible



Note : Les données du Royaume-Uni présentées dans ce graphique (et dans tous les autres graphiques et tableaux issus de la même enquête) concernent exclusivement l'Angleterre.

a) Par emploi, on entend généralement un travail rémunéré ou une activité indépendante d'au moins une heure par semaine (définition de l'OIT).

Source : Enquêtes nationales sur la santé. Australie : *National Health Survey 2001* et *2007/08* ; Autriche : *Health Interview Survey 2006/07* ; Belgique : *Health Interview Survey 1997, 2001* et *2008* ; Danemark : *National Health Interview Survey 1994, 2000* et *2005* ; Pays-Bas : *POLS Health Survey 2001/03* et *2007/09* ; Norvège : *Level of Living and Health Survey 1998, 2002* et *2008* ; Suède : *Survey on Living Conditions 1994/95, 1999/2000* et *2004/05* ; Suisse : *Health Survey 2002* et *2007* ; Royaume-Uni : *Health Survey of England 1995, 2001* et *2006* ; États-Unis : *National Health Interview Survey 1997, 2002* et *2008*.

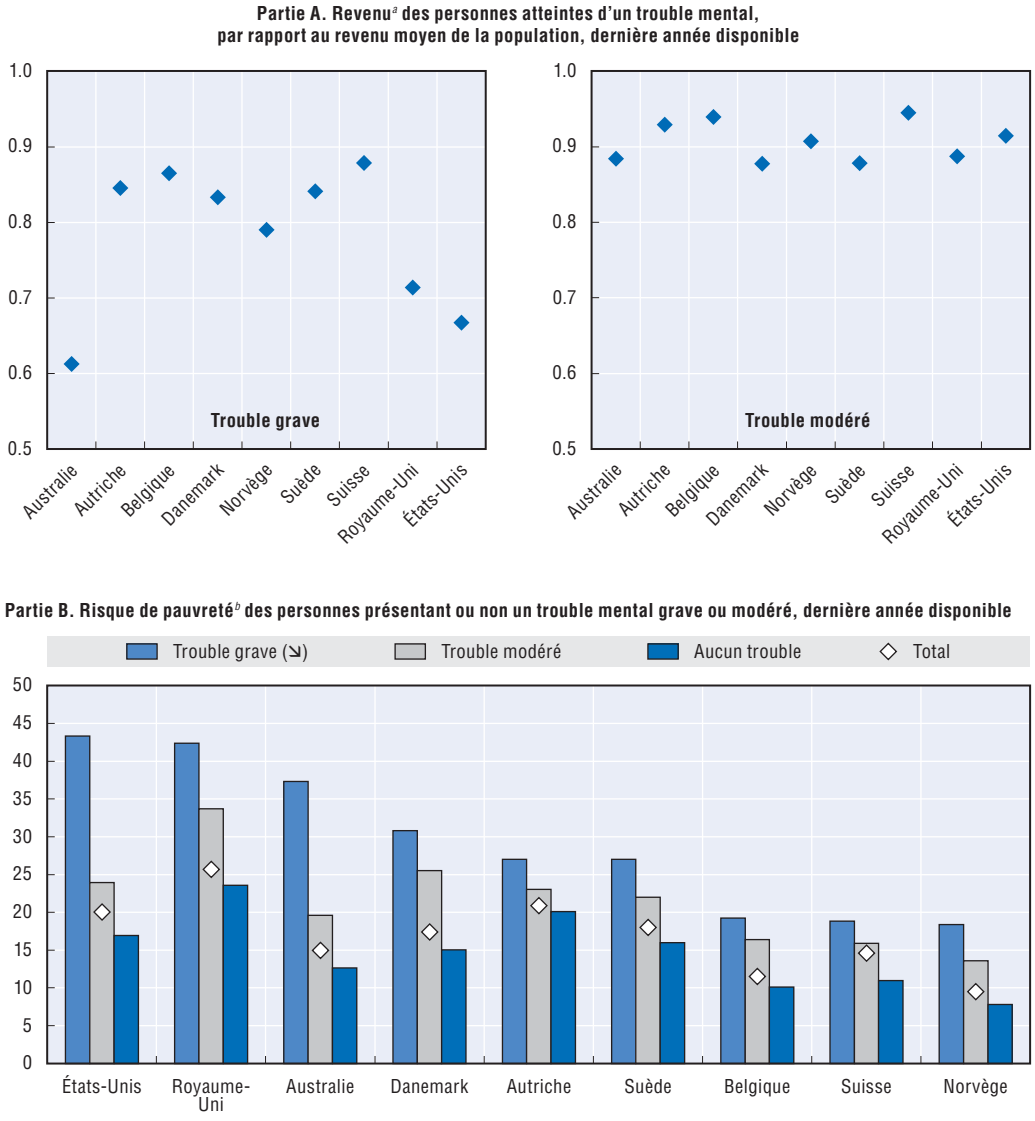
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932567656

main-d'œuvre qualifiée, il sera important de préserver le taux d'emploi des personnes atteintes de troubles mentaux et de ramener sur le marché du travail autant de chômeurs ou d'inactifs que possible.

À l'image de leur degré d'insertion professionnelle ainsi que de la couverture et du niveau des prestations sociales, les revenus des personnes atteintes de troubles mentaux sont moins élevés. Le revenu moyen d'une personne souffrant de troubles mentaux modérés correspond à 90 % environ de celui de la population totale en âge de travailler, et à 80 % ou moins (60 % en Australie, 70 % au Royaume-Uni et aux États-Unis) pour ce qui est des personnes présentant des troubles mentaux graves (graphique 1.4, partie A). Le risque de pauvreté est donc bien plus grand : en Australie, aux États-Unis et au Royaume-Uni, environ quatre personnes sur dix souffrant de troubles mentaux graves vivent dans des ménages dont le revenu est inférieur au seuil de revenu faible (établi à 60 % du revenu médian) – ils sont environ un quart dans ce cas dans la plupart des autres pays (graphique 1.4, partie B).

Il est frappant de constater que l'*invalidité* due à des problèmes de santé mentale s'est accrue au cours des vingt dernières années dans quasiment tous les pays de l'OCDE, parfois de manière considérable, comme le montrent les fortes hausses du nombre de demandes de pension d'invalidité motivées par des troubles mentaux (graphique 1.5). Actuellement, environ une demande sur trois, et dans certains pays, une sur deux, est motivée par des problèmes de santé mentale, ce qui constitue une évolution majeure depuis une vingtaine d'années du profil type du demandeur de pension d'invalidité, qui

Graphique 1.4. **Les personnes atteintes d'un trouble mental ont de plus faibles revenus et sont exposées à un risque de pauvreté bien plus important**



a) Revenu net par personne ajusté selon la taille du ménage. Pour l'Australie et le Danemark, les données se réfèrent au revenu brut.

b) Le seuil de revenu faible déterminant le risque de pauvreté est établi à 60 % du revenu médian.

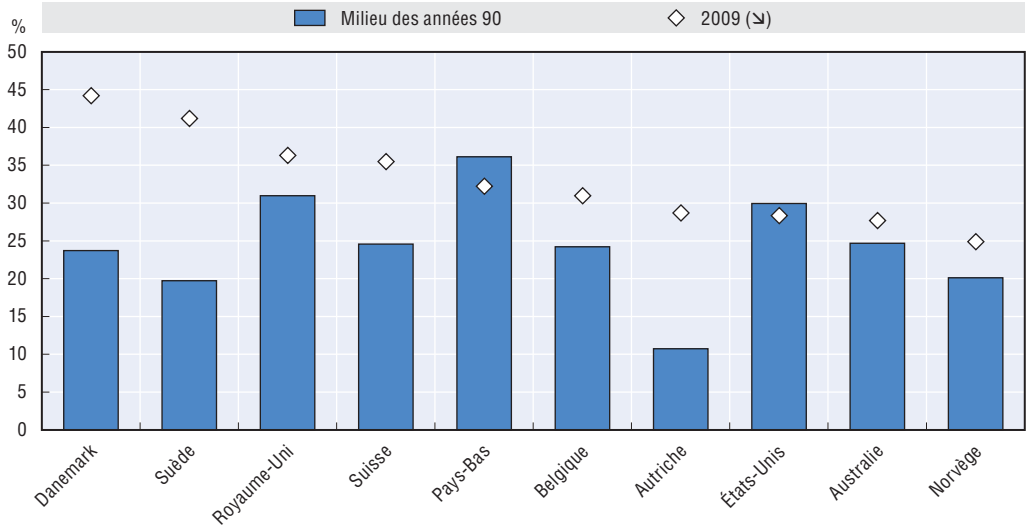
Source : Enquêtes nationales sur la santé (voir le graphique 1.3).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932567675

était un homme actif âgé, exerçant souvent un travail pénible et présentant un problème de santé d'ordre physique (voir chapitre 4). Les troubles mentaux sont très fréquemment invoqués pour demander une pension d'invalidité dans le groupe des jeunes adultes qui, dans de nombreux pays, sont de plus en plus nombreux à toucher une pension sans avoir passé beaucoup de temps dans la vie active (voir chapitre 5). Cette évolution, qui fait des troubles mentaux la cause principale de l'invalidité, fait que les demandeurs de pension sont de plus en plus jeunes dans la plupart des pays[11], ce qui rallonge la durée moyenne du versement de la pension (les allocataires sortant rarement du système).

Graphique 1.5. **Hausses rapides des demandes de pension d'invalidité pour cause de troubles mentaux**

Nouveaux allocataires souffrant de troubles mentaux[a], en pourcentage de l'ensemble des allocataires de pension d'invalidité, dans certains pays de l'OCDE, milieu des années 90 et dernière année disponible



a) Les données tiennent compte des cas de retard mental/déficiences intellectuelles, des troubles mentaux d'origine organique et des troubles mentaux d'origine non spécifiée pour l'Autriche, la Belgique, les États-Unis et la Suède (retard mental et déficiences intellectuelles représentaient 4.6 % de l'ensemble des nouvelles demandes en 2006). Les données relatives à l'Australie incluent les troubles d'origine organique, et celles de la Suisse tiennent compte des cas de retard mental.

Source : Questionnaire de l'OCDE sur la santé mentale.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932567694

La prévalence des problèmes de santé mentale reste inchangée

Bien que les troubles mentaux apparaissent désormais comme l'un des plus grands défis en matière de politique sociale et de politique du marché du travail dans les pays de l'OCDE, on en sait peu sur les causes de ce phénomène. L'explication la plus simple serait une augmentation de la prévalence des troubles. Toutefois, malgré l'attention croissante portée à ce problème ces dernières années, les articles publiés dans ce domaine semblent indiquer le contraire. Richter *et al.* (2008), après une étude systématique des données disponibles, lesquelles couvrent de nombreuses recherches sur les tendances observées au cours des cinquante dernières années, en concluent[12] :

> « *Ni les troubles mentaux d'ordre général, ni les troubles spécifiques tels que la dépression, l'anxiété, les dépendances ou les troubles alimentaires, ne montrent une tendance nette à la hausse. Les troubles psychiatriques chez les enfants et les adolescents ne progressent pas non plus.* »

Cette conclusion est également surprenante au vu d'autres évolutions comportementales d'ordre social et sanitaire, étudiées plus en détail dans les chapitres suivants de ce rapport, et qui sembleraient résulter à première vue d'une hausse de la prévalence des troubles mentaux. Ainsi, le nombre de journées de travail perdues pour cause de troubles mentaux a augmenté, parallèlement à la progression des demandes de pension d'invalidité (chapitre 2). De même, la consommation de médicaments pour traiter des problèmes psychologiques, en particulier les antidépresseurs, le nombre d'hospitalisations psychiatriques et de visites médicales pour cause de troubles mentaux ainsi que le nombre de psychiatres ont augmenté (chapitre 3). Ce paradoxe apparent doit être éclairci.

Les responsables politiques ne sont apparemment pas confrontés à une hausse de la prévalence des troubles mentaux, mais ils doivent résoudre deux problèmes majeurs. Premièrement, les niveaux de prévalence ont toujours été très élevés : les taux de prévalence sur toute la durée de la vie sont de l'ordre de 40 à 50 % et les taux sur douze mois sont supérieurs à 25 %[13]. Deuxièmement, les troubles mentaux sont aujourd'hui associés à des problèmes d'insertion professionnelle plus aigus qu'auparavant.

La perception des problèmes de santé mentale a changé

L'un des principaux facteurs expliquant l'augmentation apparente des problèmes posés par les troubles mentaux concerne la sensibilisation à ces problèmes, parmi les intéressés eux-mêmes, mais aussi au niveau des employeurs, des médecins, des autres acteurs concernés et de la société au sens large. Cependant, cette évolution culturelle de la façon dont les problèmes de santé mentale sont perçus s'accompagne également d'un changement de point de vue sur la capacité des personnes atteintes à travailler. Il semble que si la société est mieux sensibilisée à des problèmes qui ont toujours existé mais qui étaient mal définis, elle en fait également une évaluation plus restrictive du point de vue de l'emploi.

Cela peut être dû à une nouvelle perception de la capacité de travailler, qui s'expliquerait par une meilleure connaissance des troubles mentaux, mais aussi par la tolérance des entreprises envers les différences et des degrés divers et/ou réduits de productivité. On dit souvent que les exigences qui pèsent sur les travailleurs ont augmenté et que les personnes psychologiquement plus fragiles ne peuvent suivre le rythme de cette évolution. Même si l'on peut se demander si les pressions que subissent les travailleurs se sont globalement accrues, certaines attentes précises, telles que les qualités relationnelles ou la capacité d'adaptation par exemple, peuvent avoir pris plus d'importance – et avoir de ce fait un impact sur les travailleurs atteints de troubles mentaux et sur l'état psychologique des travailleurs de façon plus générale (chapitre 2).

Cette meilleure compréhension du phénomène offre également la possibilité de lutter contre la stigmatisation et les peurs largement répandues face aux troubles mentaux. Les préjugés envers les autres et envers soi-même sont encore très courants dans l'ensemble des pays de l'OCDE. En 2005, quatre personnes sur dix estimaient que les individus ayant un problème psychiatrique constituaient un danger pour les autres, en particulier lorsque les personnes interrogées n'avaient pas elles-mêmes ce type de problème (tableau 1.4). En 2010, une personne sur cinq en Europe jugeait difficile de simplement parler avec quelqu'un ayant un problème majeur de santé mentale, d'autant plus lorsque la personne interrogée avait elle-même un problème grave, ce qui reflète en partie les difficultés de communication des personnes souffrant de troubles mentaux, et en partie le degré élevé d'autodévalorisation associé à ces troubles. Les préjugés sont donc toujours très présents. En revanche, la grande majorité des gens savent que l'on peut guérir d'une maladie mentale, ce qui est encourageant.

Le lieu et les conditions de travail

Les préjugés et les peurs sont d'autant plus préoccupants au travail, qui joue un rôle essentiel dans la santé mentale des employés, puisqu'il est à la fois source de stress et de soutien. D'une part, l'évolution du marché du travail et des conditions de travail peut avoir donné lieu à des emplois moins stables et à des charges de travail plus lourdes, ce qui alimente le stress au travail et peut entraîner une détérioration de la santé mentale

Tableau 1.4. **Les préjugés sont encore répandus mais les gens savent que l'on peut guérir d'une maladie mentale**

Proportion de personnes tout à fait d'accord ou plutôt d'accord avec un certain nombre d'affirmations, selon le degré du trouble mental de la personne interrogée (grave/modéré/aucun)

État de santé mentale de la personne interrogée	Les personnes ayant des troubles mentaux constituent un danger pour les autres (2005)				Il est difficile de parler à quelqu'un ayant des troubles mentaux importants (2010)				Les personnes ayant des troubles mentaux ne guérissent jamais (2006)			
	Grave	Modéré	Aucun	Total	Grave	Modéré	Aucun	Total	Grave	Modéré	Aucun	Total
Autriche	15.8	23.6	34.6	32.4	34.1	29.8	25.8	27.0	25.8	19.8	24.5	23.9
Belgique	35.3	26.7	30.9	30.9	37.0	29.5	21.7	23.8	24.0	28.1	18.1	19.1
Danemark	33.3	38.4	46.3	44.5	30.6	22.0	20.5	21.3	16.7	15.3	17.0	16.8
Pays-Bas	18.9	20.0	26.6	25.4	13.0	25.0	15.8	17.0	13.5	12.9	13.4	13.3
Suède	55.3	51.0	56.7	55.9	18.9	18.8	13.1	14.4	18.8	18.4	13.7	14.7
Royaume-Uni	36.1	30.2	43.3	41.7	23.9	17.6	21.3	20.8	19.5	11.1	16.1	15.8
Moyenne (21)	**32.5**	**31.7**	**39.7**	**38.5**	**26.2**	**23.8**	**19.7**	**20.7**	**19.7**	**17.6**	**17.1**	**17.3**
Écart-type	*(14.2)*	*(11.4)*	*(11.1)*	*(11.1)*	*(9.3)*	*(5.2)*	*(4.5)*	*(4.5)*	*(4.6)*	*(6.1)*	*(4.0)*	*(3.8)*

Note : La moyenne concerne les 21 pays couverts par l'Eurobaromètre.
Source : Compilation de l'OCDE basée sur l'Eurobaromètre 2005 et 2010.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568986

(chapitre 2), mais de l'autre, de nombreux éléments mettent en évidence l'aggravation générale de l'état de santé mentale en cas de perte d'emploi et l'amélioration de celle-ci après avoir retrouvé un emploi (OCDE, 2008).

Du côté des employeurs, les coûts associés aux problèmes de santé mentale sont importants : absentéisme, baisse de la productivité, impact sur la productivité des collègues, formation et embauche de nouveaux employés. Toutefois, les employeurs savent rarement ce qu'ils peuvent faire pour favoriser un bon état de santé mentale au travail et comment ils peuvent intervenir si un problème survient. Les employés souffrant de troubles mentaux sont de leur côté confrontés à des difficultés particulières, notamment la question de savoir s'ils doivent en parler ou non.

Les résultats des politiques et des instances publiques sont insuffisants

Le changement de perception des problèmes ne suffit néanmoins pas à lui seul à expliquer l'exclusion professionnelle croissante des personnes atteintes de troubles mentaux. D'autres facteurs existent, liés notamment à diverses politiques publiques essentielles, qui ne parviennent pas à traiter de manière adéquate et efficace les difficultés des personnes concernées. Les systèmes chargés d'aider ces personnes ne parviennent que rarement à offrir les services et les aides nécessaires, ainsi que les mesures les incitant à trouver un emploi, à le conserver et à retourner au travail après une période de maladie. Plusieurs pays (dont l'Australie, la Norvège et le Royaume-Uni) commencent à admettre ces insuffisances et à mettre en œuvre des stratégies pour faire face aux problèmes de santé mentale, lesquelles englobent parfois également les aspects liés à l'emploi ; toutefois, le chemin à parcourir est encore long.

Le système de santé

L'un des domaines d'action qui ne parvient pas suffisamment à résoudre les problèmes de santé mentale concerne le système de santé, qui pourrait apporter une aide majeure aux personnes souffrant de troubles mentaux pour qu'elles obtiennent ou conservent un travail, en offrant les services et les aides nécessaires afin que ces personnes

puissent gérer leurs symptômes et avoir une vie active satisfaisante. En outre, le système de santé mentale a besoin de stratégies efficaces pour soutenir tous les professionnels concernés, notamment les employeurs, les enseignants et les médecins généralistes.

Les systèmes de santé mentale de nombreux pays de l'OCDE ne font cependant pas assez de progrès pour répondre aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux, et en particulier pour les aider sur le plan professionnel. Bien qu'il existe des traitements efficaces pour de nombreux troubles mentaux, les difficultés d'accès et d'utilisation sont généralisées (chapitre 3). Lorsque les personnes ont effectivement accès aux services du système de santé mentale, l'emploi n'est généralement pas l'un des objectifs explicites des prestataires.

Le système de sécurité sociale

Autre domaine d'action fondamental : le système de sécurité sociale et notamment, le système de pension d'invalidité. Les pensions d'invalidité, lorsqu'elles ont été créées, n'étaient pas destinées aux troubles mentaux et ne semblent pas globalement être bien adaptées aux caractéristiques de ces problèmes. Par exemple, l'évaluation de la capacité de travailler (MacDonald-Wilson *et al.*, 2001) et les règles applicables à la pension d'invalidité dans la plupart des pays de l'OCDE ne correspondent guère à la nature fluctuante des troubles mentaux. De même, il semble qu'il y ait des problèmes avec les services de réadaptation professionnelle et de soutien chez les personnes atteintes de troubles mentaux (voir par exemple Cook, 2006).

La question se pose de savoir si les troubles mentaux devraient nécessairement donner lieu au versement d'une pension d'invalidité aussi souvent que c'est le cas depuis quinze ans. Parallèlement, de nombreuses personnes atteintes de troubles mentaux (modérés) ne peuvent pas prétendre à une pension d'invalidité, ce qui rend le fonctionnement d'*autres* systèmes de prestations (allocations de chômage et aide sociale, notamment) tout aussi important. Il est essentiel dans le cadre de ces systèmes de recenser les personnes atteintes de troubles mentaux et de mettre en place des aides qui les empêchent de naviguer d'un système à l'autre (chapitre 4).

Le système éducatif

Le troisième domaine d'action essentiel concerne le système éducatif, qui joue un rôle majeur en vue de préparer les jeunes à la vie active. De très nombreux troubles mentaux apparaissent au cours de l'adolescence, aussi l'école et l'apprentissage sont-ils les plus appropriés pour proposer des services à un stade précoce et mettre au point des mécanismes d'adaptation, mais aussi pour mettre en avant la santé mentale et prévenir les troubles mentaux.

Là encore, les établissements scolaires et les systèmes éducatifs des pays de l'OCDE ne sont généralement pas (encore) à la hauteur de ces défis (chapitre 5). Les enfants qui ont des problèmes d'ordre émotionnel et comportemental ou des troubles mentaux risquent davantage d'abandonner l'école, ce qui se traduit par un taux de réussite inférieur en fin d'études secondaires et par une probabilité moins grande de trouver un emploi stable. Les services et aides proposés pendant les périodes de transition, lorsque les jeunes passent de l'école obligatoire à l'université et à la vie active – instruments essentiels pour surmonter ces difficultés – ne semblent pas suffisamment développés.

Dans l'ensemble, les instances et systèmes chargés de l'enseignement, de la santé, du travail et de la sécurité sociale ont tendance à mieux fonctionner pour soutenir l'emploi et éviter l'inactivité des personnes souffrant de problèmes d'ordre physique. Ils sont mal

adaptés pour faire face aux difficultés souvent plus complexes des troubles mentaux et des handicaps qui leur sont associés. Cela s'explique notamment par le manque de données disponibles sur les problématiques liées à la santé mentale qui permettraient d'étayer l'action publique, et par une collaboration apparemment insuffisante entre les différents systèmes, qui continuent de fonctionner de manière cloisonnée.

1.5. Conclusion : un cadre d'analyse et d'élaboration des politiques

Plusieurs aspects sont communs aux politiques, aux structures et aux actions liées aux personnes atteintes de troubles mentaux. Jusqu'à un certain point cependant, les mesures nécessaires à différents groupes ne seront pas les mêmes. Deux dimensions permettent de faire la distinction entre les groupes en question : *i)* la gravité du trouble mental ; et *ii)* la situation professionnelle de la personne concernée.

S'agissant de la gravité du trouble, trois groupes de base peuvent être définis : *i)* les personnes atteintes de troubles mentaux graves et/ou d'un état de santé mentale gravement handicapant ; *ii)* les personnes atteintes de troubles mentaux modérés ou courants et/ou d'un état moins handicapant ; et *iii)* les personnes atteintes de troubles mentaux (souvent non reconnus et non diagnostiqués) qui n'ont pas encore atteint le seuil clinique mais qui pourraient l'atteindre en cas d'aggravation ou en l'absence de mesure préventive (un groupe potentiellement très nombreux). Parmi les principaux critères permettant de distinguer des troubles graves de troubles moins aigus, on peut citer l'âge à l'apparition des troubles, leur durée et leur chronicité, la comorbidité et les conséquences des troubles sur le fonctionnement psychologique élémentaire.

Pour chaque degré de gravité, les mesures à prendre dépendront en partie de la seconde dimension principale, à savoir la situation de la personne au regard de l'emploi. Quatre groupes peuvent être définis : *i)* les jeunes et les jeunes adultes qui ont peu ou n'ont jamais travaillé ; *ii)* les personnes actuellement salariées mais risquant de perdre leur emploi ; *iii)* les personnes qui ont perdu leur emploi mais qui font toujours partie de la population active, bien que souvent au chômage depuis longtemps ; et *iv)* les allocataires de prestations maladie de longue durée et de pensions d'invalidité qui ne font pas partie des actifs.

La réalité est plus complexe, en raison de la dynamique de ces deux dimensions, notamment de la situation professionnelle. À un moment donné, chaque individu sera dans une catégorie particulière et pour chaque groupe, il pourra être nécessaire d'appliquer un ensemble de mesures différent, ou une combinaison de services liés à la santé, à l'emploi et autres, ainsi que d'obtenir l'implication des employeurs. Par exemple, pour un même degré de gravité des troubles mentaux, l'ensemble des mesures nécessaires pour aider les allocataires de longue durée à retrouver un emploi pourra être différent des actions à entreprendre pour que les salariés gardent leur emploi. Le soutien et les incitations dont les employeurs ont besoin pour garder un salarié peuvent être très différents de ceux nécessaires pour embaucher une personne souffrant de troubles mentaux. Les politiques en faveur des jeunes adultes vulnérables atteints de troubles mentaux reconnus ou non seront là encore différentes.

Dans tous les pays, les mesures nécessaires pour chaque catégorie seront analogues, mais l'importance des catégories sera variable. Dans certains pays, les allocataires d'une pension d'invalidité sont au cœur des préoccupations, alors que dans d'autres, on juge plus important d'empêcher les actifs de perdre leur emploi. De même, si, dans une majorité de pays, la priorité reste de mettre au point des mesures en faveur des personnes atteintes de

troubles mentaux modérés, les mesures destinées aux personnes souffrant de troubles plus graves sont également jugées importantes dans plusieurs cas, notamment pour le groupe des jeunes, dont les troubles mentaux non reconnus constituent un problème majeur.

Les obstacles à l'emploi des personnes atteintes de troubles mentaux sont complexes et multiples. Ils sont liés aux employeurs, aux personnes elles-mêmes, et aux professionnels, et peuvent se traduire par des préjugés et des discriminations, la peur de l'échec et de la perte des prestations, ainsi que par un accès limité aux services et un monde du travail en pleine évolution, qui tolère de plus en plus mal les variations de productivité des salariés. De nombreuses études montrent que l'emploi peut améliorer l'insertion sociale et réduire la probabilité de paupérisation (voir par exemple Waddel et Burton, 2006 ; Harnois et Gabriel, 2000) et que la plupart des individus souffrant de troubles mentaux souhaitent travailler (par exemple, Grove *et al.*, 2005). La récurrence élevée, le caractère chronique, la comorbidité fréquente, l'apparition précoce et d'autres caractéristiques spécifiques de la maladie mentale posent des difficultés particulièrement grandes pour les systèmes et l'action publique. Il est capital de comprendre ces obstacles et les raisons de l'insuffisance actuelle des résultats si l'on veut renforcer l'insertion professionnelle des personnes atteintes de troubles mentaux. Les chapitres suivants ont pour objectif d'améliorer cette compréhension.

Notes

1. Les expressions « problème de santé mentale », « maladie mentale » et « mauvaise santé mentale » (utilisés indifféremment dans cet ouvrage), ainsi que « troubles mentaux », sont définies à la section 1.2.
2. Ces coûts n'incluent pas les coûts éventuels de la productivité réduite des collègues du salarié concerné.
3. Les déficiences intellectuelles ne relèvent pas du champ d'application de ce projet et sont donc exclues de notre définition des problèmes de santé mentale (lorsque cela est possible, elles sont également exclues des données). Ces déficiences comprennent divers déficits intellectuels, notamment le retard mental, divers états spécifiques (tels que certains troubles de l'apprentissage) et les problèmes apparus plus tard dans la vie à cause de lésions cérébrales ou de maladies neurodégénératives comme la démence. Les maladies mentales d'origine organique ne relèvent pas non plus du champ d'application de ce projet.
4. Les informations concernant le diagnostic du problème de santé mentale manquent souvent dans ces enquêtes.
5. Les personnes atteintes des troubles et des handicaps mentaux les plus graves ne sont généralement pas prises en compte dans ces enquêtes, soit parce qu'elles vivent dans des instituts spécialisés et sont donc exclues *par définition* des échantillons, soit parce qu'elles sont exclues *de fait* dans la mesure où elles sont bien moins susceptibles de répondre à ce type d'enquête.
6. Avec la méthodologie retenue, les écarts entre les pays concernant les moyennes et les notes maximales sont interprétés *de facto* comme étant liés à des préjugés culturels plutôt que comme de réelles différences.
7. D'après l'Organisation SANE (2011), par exemple, sur dix Australiens atteints de troubles mentaux, six seulement révèlent leur maladie sur leur lieu de travail, signe que les cas de stigmatisation sont fréquents.
8. Le handicap est mesuré de manière subjective : on demande aux personnes interrogées : *i)* si elles ont une maladie, une blessure ou un handicap chronique ; et *ii)* si cela nuit à leur capacité d'effectuer des activités courantes. Elles ne sont considérées comme souffrant d'un handicap que si elles répondent « oui » aux deux questions.
9. Les données de l'Enquête SHARE montrent également que parmi tous ceux qui signalent avoir un handicap, 20 % environ présentent des troubles mentaux graves, 30 % des troubles mentaux modérés et environ 50 % n'ont aucun trouble.

10. L'Enquête SHARE est conçue dans une perspective longitudinale. Deux vagues sont déjà exploitables (l'une réalisée en 2004 et l'autre en 2007). La troisième vague contient des informations sur les antécédents qui seront exploitées dans certains des chapitres suivants du présent rapport. La quatrième vague est en cours de préparation.

11. L'Australie fait figure d'exception à cet égard ; les nouveaux demandeurs de pension d'invalidité, ainsi que l'ensemble des bénéficiaires, sont en moyenne plus âgés aujourd'hui qu'il y a dix ans, ce qui s'explique à la fois par l'évolution démographique et par des changements dans la politique publique.

12. Richter *et al.* (2008) font également observer que la question de savoir si la prévalence des troubles mentaux augmente n'est pas nouvelle. Maudsley (1872) se posait la même question il y a près de 140 ans et en concluait que l'augmentation des prises en charge dans les instituts psychiatriques ne résultait pas d'une hausse de la prévalence dans la population générale.

13. Wittchen et Jacobi (2005) observent un taux de prévalence d'environ 27 % sur 12 mois dans les pays européens. Une récente mise à jour de leur étude à partir de données plus précises porte ce chiffre à 38 % (Wittchen *et al.*, 2011). La différence n'est pas due à une augmentation de la prévalence, mais s'explique entièrement par la prise en compte de 14 nouveaux troubles, dont, par exemple, les troubles de la personnalité et du sommeil. Les auteurs en concluent que la prévalence réelle des troubles mentaux a été largement sous-estimée par le passé, mais que rien n'indique que son niveau ait évolué depuis l'étude de 2005.

Références

Allianz Deutschland/RWI (2008), *Depression: Wie die Krankheit unsere Seele belastet*, Allianz Deutschland & Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, München/Essen.

Bayer, R. (2005), « The Hidden Costs of Mental Illness », Upper Bay Counselling and Support Services, Elkton.

Cook, J. (2006), « Employment Barriers for Persons with Psychiatric Disabilities: Update of a Report for the President's Commission », *Psychiatric Services*, vol. 57, pp. 1391-1405.

Gaebel, W. et W. Wölwer (2010), *Schizophrenie*, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, n° 50, Robert Koch-Institut, Berlin.

Greenberg, P., R. Kessler, H. Birnbaum *et al.* (2003), « The Economic Burden of Depression in the United States: How Did It Change Between 1990 and 2000? », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 64, pp. 1465-1475.

Grove, B., J. Secker et P. Seebohm (dir. pub.) (2005), *New Thinking about Mental Health and Employment*, Radcliffe Press, Oxford.

Harnois, G. et P. Gabriel (2000), *Mental Health and Work: Impact, Issues and Good Practices*, Organisation mondiale de la santé et Organisation internationale du travail, Genève.

Härter, M., H. Baumeister, K. Reuter *et al.* (2007), « Increased 12-month Prevalence Rates of Mental Disorders in Patients with Chronic Somatic Diseases », *Psychother Psychosom*, vol. 76, n° 6, pp. 354-360.

Kessler, R. (2007), « The Global Burden of Anxiety and Mood Disorders: Putting the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Findings into Perspective », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 68, n° 2 (supplément), pp. 10-19.

Kessler, R., P. Berglund, O. Demler *et al.* (2005), « Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication », *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, pp. 593-768.

Knapp, M. (2003), « Hidden Costs of Mental Illness », *British Journal of Psychiatry*, vol. 183, pp. 477-478.

MacDonald-Wilson, K., E.S. Rogers et W.A. Anthony (2001), « Unique Issues in Assessing Work Function Among Individuals with Psychiatric Disabilities », *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 11, n° 3, pp. 217-232.

Maudsley, H. (1872), « Is Insanity on the Increase? », *British Medical Journal*, vol. 1, pp. 37-39.

OCDE (2008), « Tous les emplois sont-ils bons pour la santé ? L'impact du statut au regard de l'emploi et des conditions de travail sur la santé mentale », chapitre 4 des *Perspectives de l'emploi de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, *www.oecd.org/emploi/perspectives*.

OCDE (2010), *Maladie, invalidité et travail : Surmonter les obstacles – Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, *www.oecd.org/els/invalidite*.

OMS (2007), « La santé mentale : renforcer notre action », *Aide-mémoire*, n° 220, Organisation mondiale de la santé, Genève.

Richter, D., K. Berger et T. Reker (2008), « Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht », *Psychiatrische Praxis*, vol. 35, pp. 321-330.

SANE (2011), « Working Life and Mental Illness », *SANE Research Bulletin*, n° 14, *www.sane.org*.

Thomas, C.M. et S. Morris (2003), « Cost of Depression among Adults in England in 2000 », *British Journal of Psychiatry*, vol. 183, pp. 514-519.

Waddell, G. et K. Burton (2006), *Is Work Good for Your Health and Wellbeing?*, Department of Work and Pensions, The Stationery Office, Londres.

Wittchen, H.-U. et F. Jacobi (2005), « Size and Burden of Mental Disorders in Europe – A Critical Review and Appraisal of 27 Studies », *European Neuropsychopharmacology*, vol.15, n° 4, pp. 357-376.

Wittchen, H.-U., F. Jacobi *et al.* (2011), « The Size and Burden of Mental Disorders and Other Disorders of the Brain in Europe 2010 », *European Neuropsychopharmacology*, vol. 21, pp. 655-679.

Chapitre 2

Emploi, conditions de travail et productivité

Ce chapitre étudie le lien entre santé mentale et emploi et présente de nouvelles données sur la situation des personnes souffrant de problèmes de santé mentale sur le marché du travail dans plusieurs pays de l'OCDE. Il montre qu'en dépit des effets bénéfiques de l'emploi sur la santé mentale, trop de personnes atteintes de troubles mentaux sont actuellement sans emploi. Les individus atteints de troubles mentaux graves ont 6 à 7 fois plus de chances d'être au chômage que les individus sans problème de santé mentale, contre 2 à 3 fois plus pour les personnes souffrant de troubles mentaux courants. Toutefois, les éléments présentés dans ce chapitre donnent aussi à penser que les personnes atteintes de troubles mentaux sont plus nombreuses à occuper un emploi qu'on ne le croit. Il est donc urgent de s'attaquer aux problèmes de santé mentale dans les entreprises, étant donné que nombre d'emplois ou de tâches particulières peuvent être sources de tension et aggraver les problèmes de santé mentale. Les pouvoirs publics doivent donc veiller à ce que les travailleurs souffrant de troubles mentaux puissent conserver leur emploi et accomplir un travail productif. Or, pour y parvenir, il est nécessaire de prendre des mesures pour améliorer la qualité des emplois et des conditions de travail et de proposer aux dirigeants d'entreprises une aide efficace pour empêcher toute exclusion injustifiée du marché du travail.

2.1. Introduction : emploi et lieu de travail, deux facteurs critiques

L'emploi a des effets positifs manifestes sur la santé mentale puisqu'il confère statut social, sécurité des revenus, cadre structurant, sentiment d'identité et de réussite et estime de soi, tout en offrant la possibilité d'interagir avec les autres. Le travail est en soi un facteur déterminant de l'intégration sociale et il n'est pas surprenant que la plupart des inactifs atteints de troubles mentaux expriment le souhait de trouver un travail.

Les individus qui occupent un emploi tendent à avoir une meilleure santé mentale que les chômeurs. Néanmoins, la qualité de l'emploi entre en jeu. Un emploi de qualité médiocre ou un environnement de travail malsain sur le plan psychologique peuvent fragiliser la santé mentale et, partant, influencer la situation de chacun sur le marché du travail. Dans tous les pays de l'OCDE, les travailleurs sont confrontés à une évolution des conditions de travail sous l'effet des ajustements structurels opérés au cours des dernières décennies. La question est désormais de savoir si cette évolution pourrait nuire à la santé mentale des travailleurs.

Outre leurs conséquences négatives pour les individus, les troubles mentaux imposent aussi des coûts élevés aux employeurs en termes de diminution de la productivité et de baisse de la production, ce qui représente également un coût pour la société dans son ensemble.

Le présent chapitre est divisé en trois parties, qui visent à mettre en évidence les liens entre emploi, conditions de travail, stress au travail, productivité et troubles mentaux. La première section fait le point sur la relation entre situation au regard de l'emploi et santé mentale, ainsi que sur l'évolution récente des résultats obtenus par les personnes atteintes de troubles mentaux sur le marché du travail. La deuxième section étudie dans quelle mesure la qualité de l'emploi exerce une influence sur la santé mentale des travailleurs en s'appuyant sur l'évolution des conditions de travail, tout en analysant les mesures prises dans l'entreprise pour évaluer le stress au travail et lutter contre la stigmatisation. La troisième section met en évidence les conséquences les plus communes des emplois de qualité médiocre et des troubles mentaux sur les performances et la productivité au travail. Enfin, le chapitre s'achève sur la conclusion suivante : les conditions de travail et les mesures mises en place dans l'entreprise sont essentielles pour briser le cercle vicieux entre troubles mentaux, baisse de la productivité et chômage.

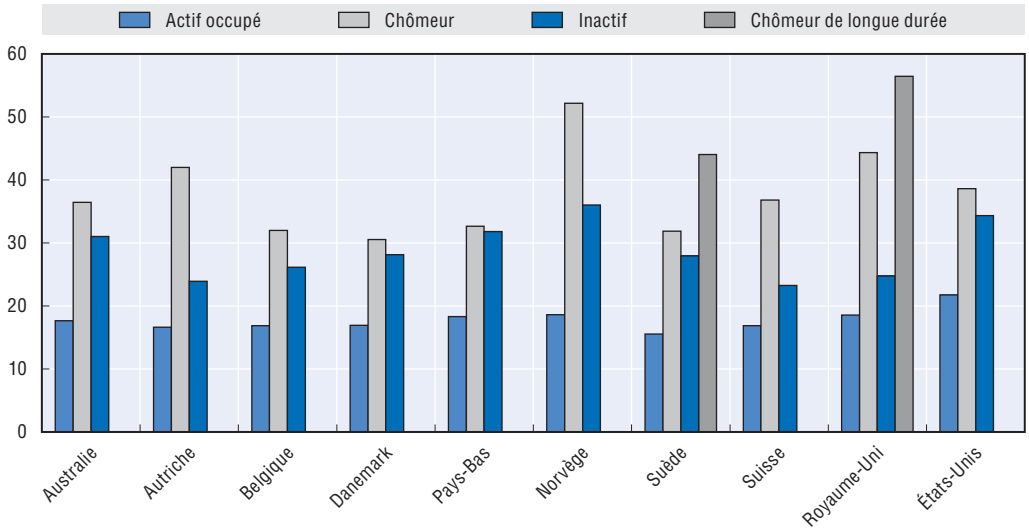
2.2. Emploi, chômage et cycle économique

Les liens entre la situation au regard de l'emploi et la santé mentale

En moyenne, on observe parmi les chômeurs une prévalence des problèmes de santé mentale près de deux fois supérieure à celle constatée chez les actifs occupés et légèrement supérieure à celle relevée chez les inactifs (graphique 2.1). Ces observations corroborent les diverses études qui ont établi l'incidence plus élevée des problèmes de santé mentale chez les chômeurs, ainsi qu'un niveau de bien-être inférieur (Clark, 2003 ; Alonso *et al.*, 2004 ; Shields et Wheatly Price, 2005 ; Baumeister et Härter, 2007)[1].

Graphique 2.1. **L'activité et plus particulièrement le chômage ont une influence sur l'état de santé mentale**

Prévalence d'un trouble mental grave ou modéré (en pourcentage), selon la situation au regard de l'emploi[a], dernière année disponible



a) Les chômeurs de longue durée correspondent aux personnes au chômage depuis plus d'un an.

Source : Enquêtes nationales sur la santé (voir le graphique 1.3).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932567713

Les données du graphique 2.1 émanant du Royaume-Uni et de la Suède laissent également à penser que la durée de l'épisode de chômage a un lien avec le risque de trouble mental : la prévalence des troubles mentaux parmi les chômeurs de longue durée est encore plus élevée que celle constatée parmi l'ensemble des chômeurs. Alors que l'on pourrait s'attendre à ce que l'impact du chômage sur la santé mentale augmente au fur et à mesure que le chômage se prolonge, les individus étant par exemple confrontés à des échecs de plus en plus nombreux et de plus en plus décourageants dans leur recherche d'emploi, ainsi qu'à une pression financière croissante, plusieurs études indiquent qu'il n'existe pas de relation linéaire simple entre la durée du chômage et les troubles mentaux (Dockery, 2004 ; OCDE, 2008). Selon ces études, les individus s'adaptent au chômage et les effets négatifs observés sur la santé mentale au cours des six premiers mois de chômage se stabilisent par la suite. Au Royaume-Uni, Ford *et al.* (2010) ont relevé une augmentation du risque de détérioration de la santé mentale chez les chômeurs de moins d'un an et chez les individus au chômage depuis trois ans et plus : on peut donc en conclure que le chômage a un effet négatif initial suivi par une période d'adaptation, mais aussi que le chômage de longue durée fragilise la santé mentale.

Plusieurs études consacrées aux effets du chômage sur la santé mentale et aux mécanismes d'action du chômage sur les troubles mentaux ont mis en évidence une relation complexe. En règle générale, on observe que la perte d'emploi peut avoir une répercussion directe sur la santé mentale en diminuant la satisfaction à l'égard de la vie et en entraînant une stigmatisation sociale, une détérioration de l'estime de soi et une diminution des contacts avec autrui. La perte d'emploi a aussi des effets indirects sur la santé mentale, liés à la diminution du revenu. En effet, si le chômage peut conduire à une diminution initiale du revenu, celle-ci peut se prolonger et les chômeurs peuvent être confrontés à une instabilité de leurs ressources. Il est difficile de déterminer l'ampleur

relative de chacun de ces effets puisqu'ils peuvent intervenir au même moment. Plusieurs études consacrées à cette question estiment que les mécanismes non financiers pourraient s'avérer plus importants pour la santé mentale que les pertes financières engendrées par le chômage (Winkelman et Winkelman, 1998 ; Dollard et Winefield, 2002).

Tous les chômeurs ne sont pas touchés de la même façon

L'impact négatif du chômage sur la santé mentale diffère pour chaque individu et dépend de l'âge, du sexe et du niveau d'instruction. En général, les taux les plus élevés de troubles mentaux sont constatés chez les chômeurs d'âge actif mais dans quelques pays, comme l'Autriche, la Norvège ou la Suisse, les chômeurs plus âgés sont plus enclins à souffrir de troubles mentaux (graphique 2.2, partie A). En Autriche, près de trois chômeurs âgés de 55 à 64 ans sur quatre sont touchés par des troubles mentaux (graves ou courants). De nombreuses études laissent à penser que les individus d'âge très actif figurent parmi les catégories de chômeurs les plus fragilisés en raison de leurs responsabilités familiales, les jeunes et les personnes plus âgées étant souvent confrontés à des pressions financières moins importantes[2].

En dépit de l'incidence relativement plus faible des troubles mentaux chez les chômeurs jeunes et âgés, ces deux catégories de population sont plus particulièrement ciblées par l'action publique. Ainsi, les données disponibles montrent que les jeunes défavorisés peuvent subir des effets de stigmatisation, ce qui signifie que le simple fait d'avoir été au chômage peut augmenter les risques de chômage par la suite (Scarpetta *et al.*, 2010). Les jeunes chômeurs atteints de troubles mentaux sont encore plus vulnérables et peuvent s'éloigner du marché du travail très tôt (voir chapitre 5). Les travailleurs plus âgés souffrant de problèmes de santé mentale tendent quant à eux à quitter le marché du travail par le biais de la retraite anticipée[3] ou des prestations d'invalidité (voir chapitre 4).

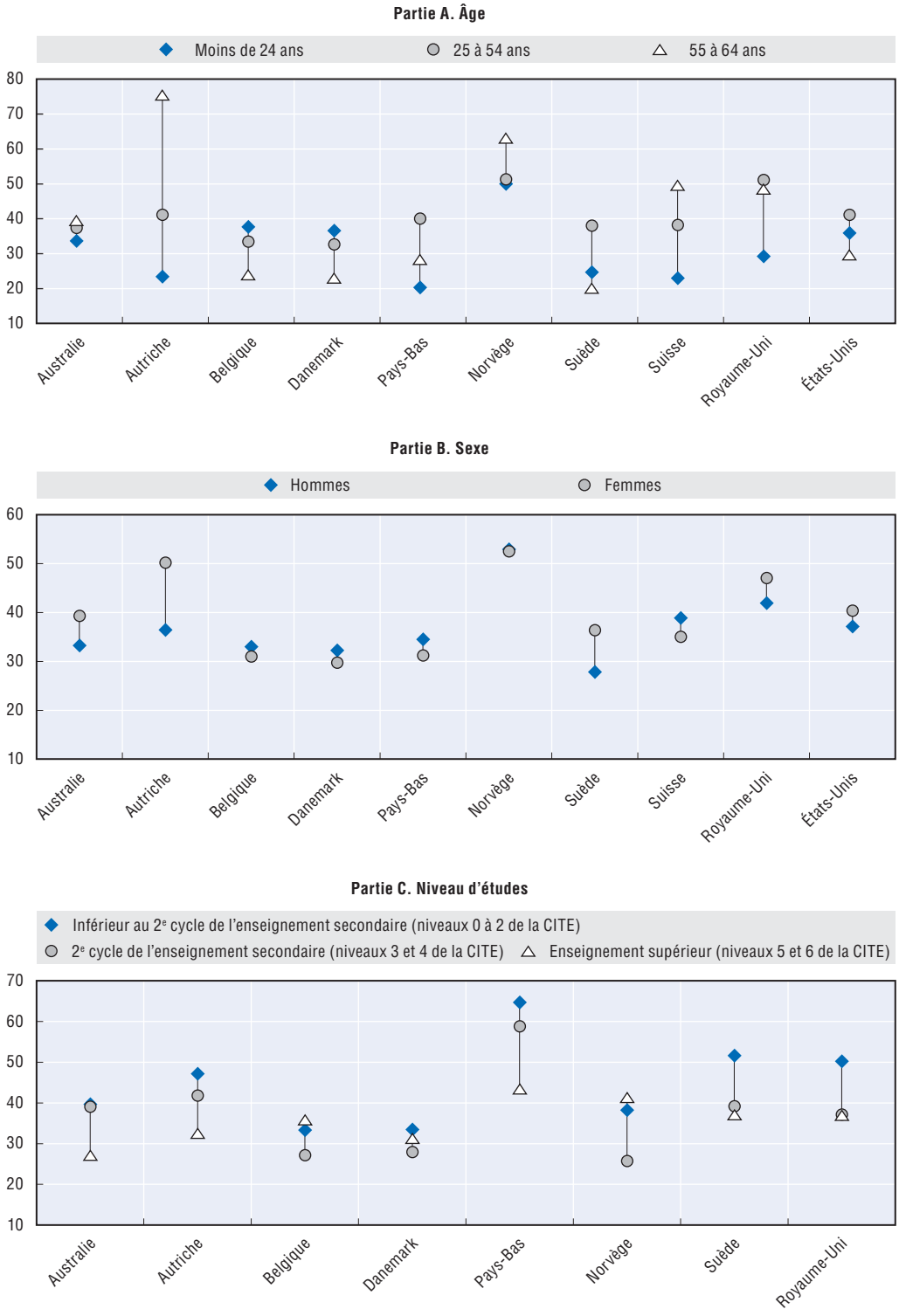
Par ailleurs, il semble que les femmes sans emploi sont aussi exposées au risque de souffrir d'un trouble mental que leurs homologues masculins (graphique 2.2, partie B). Or ceci ne cadre pas avec l'hypothèse selon laquelle les hommes risquent d'être plus affectés par le chômage en raison de leur rôle en tant que premiers apporteurs de revenus[4]. Ces données récentes traduisent peut-être l'augmentation du taux d'activité des femmes au cours des dernières décennies. Le niveau d'instruction apparaît également comme un facteur déterminant. Ainsi, la moitié environ des chômeurs peu qualifiés aux États-Unis et au Royaume-Uni souffrent de troubles mentaux, contre près des deux tiers en Norvège (partie C).

Ces analyses mettent en évidence une corrélation étroite entre chômage et mauvaise santé mentale. Cependant, il est difficile de préjuger des *liens de cause à effet*. Deux facteurs peuvent expliquer les écarts de résultats entre les chômeurs et les personnes qui occupent un emploi. Tout d'abord, les individus atteints de problèmes de santé mentale peuvent avoir plus de mal à trouver un emploi, ce qui se traduit par un taux de chômage plus élevé que celui de la population totale. C'est dans ce sens que les problèmes de santé mentale sont une cause de chômage. À l'inverse, le fait d'être au chômage peut entraîner une détérioration de la santé mentale, ce qui signifie que dans ce cas, c'est l'activité ou l'inactivité qui détermine l'état de santé mentale. De nombreux travaux ont analysé le rapport de causalité entre emploi et état de santé mentale (encadré 2.1).

Cette page a fait l'objet d'un corrigendum. Voir http://www.oecd.org/dataoecd/62/59/50030611.pdf

Graphique 2.2. **Les chômeurs ne sont pas tous exposés aux mêmes risques en termes de santé mentale**

Prévalence des troubles mentaux parmi les chômeurs (en pourcentage), selon l'âge, le sexe et le niveau d'études, dernière année disponible



Source : Enquêtes nationales sur la santé (voir le graphique 1.3).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932567732

Encadré 2.1. **Existe-t-il un lien de causalité entre chômage et santé mentale ?**

La grande majorité des études transversales montrent que la santé mentale des personnes sans emploi est plus mauvaise que celle des personnes qui occupent un emploi et des inactifs. Toutefois, de nombreuses interrogations persistent quant à savoir dans quel sens intervient le rapport de cause à effet : le chômage est-il la cause de la dégradation de la santé mentale ou un état psychologique préexistant peut-il influencer la capacité à trouver et à conserver un emploi (biais de sélection) ? De vastes recherches ont été menées pour faire le point sur cette question.

Plusieurs études récentes ont surmonté ces obstacles en s'appuyant sur des méthodes longitudinales, individuelles ou de panel et sont en mesure d'éviter le problème des effets de causalité inversés en tenant compte de l'état de santé mentale des individus avant la perte de leur emploi. On peut ainsi identifier trois types d'études différents : tout d'abord, plusieurs études utilisent des informations relatives aux fermetures d'entreprises pour comparer les travailleurs ayant continué à travailler et ceux qui ont perdu leur emploi (selon une méthode s'apparentant à celle du groupe témoin). Ensuite, d'autres études se concentrent sur les jeunes dans le secondaire et les suivent jusqu'à ce qu'ils entrent dans la vie active, afin de comparer ceux qui obtiennent un emploi et ceux qui n'y parviennent pas. Enfin, les études de la troisième catégorie s'appuient sur les données des enquêtes sur la population et des entretiens de suivi afin de comparer les travailleurs qui occupent un emploi et ceux qui l'ont perdu.

Il convient d'attirer l'attention sur une publication particulièrement utile, parue en 1999 et rédigée par Murphy et Athanasou, qui ont examiné 16 études longitudinales publiées entre 1986 et 1996. Les conclusions de ces études révèlent qu'en moyenne, la perte d'emploi a une forte incidence négative sur le bien-être psychologique des chômeurs, même en tenant compte de l'état de santé mentale antérieur et d'autres facteurs comme la situation socio-économique, l'éducation et le revenu ou en analysant uniquement les pertes d'emploi non choisies (Burgard *et al.*, 2007).

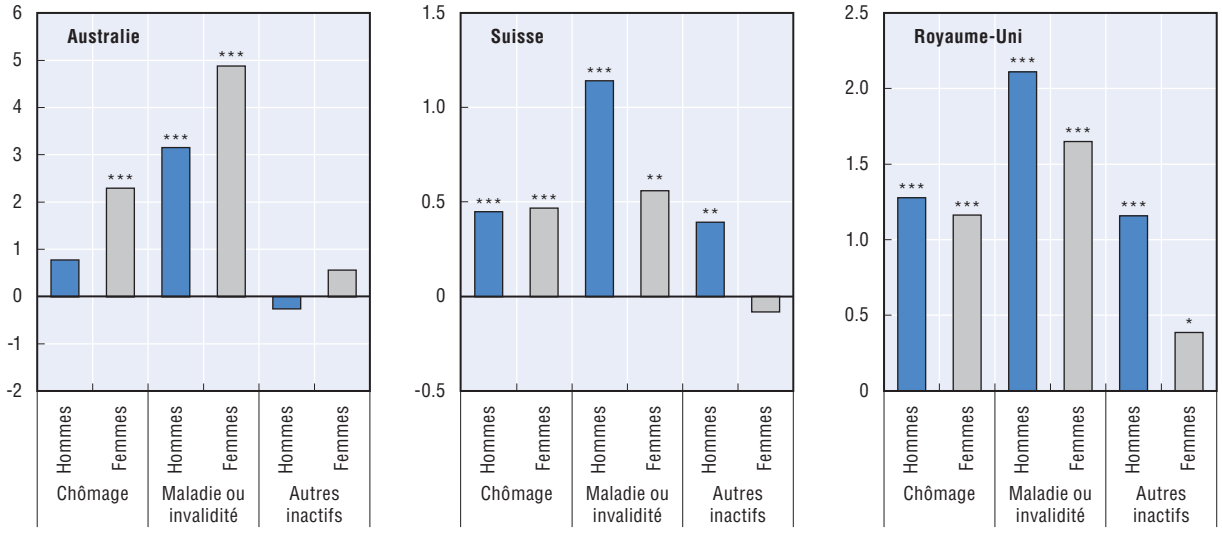
Le passage de l'emploi au non-emploi a des effets négatifs sur la santé mentale

Les précédents travaux consacrés à la relation entre chômage et santé mentale ne comparaient que deux situations spécifiques, à savoir l'emploi et le chômage, plutôt que de s'intéresser aux effets du passage de l'une à l'autre. Ces dernières années toutefois, les chercheurs ont concentré leurs efforts sur les conséquences du passage de l'emploi au non-emploi (qui englobe le chômage et l'inactivité) et *vice versa*. L'analyse de ces transitions peut également contribuer à déterminer le lien de cause à effet évoqué ci-dessus. Dans l'ensemble, les résultats de ces analyses montrent que la santé mentale se dégrade lorsque les individus passent de l'emploi au chômage ou à l'inactivité et que le fait de trouver ou de retrouver un emploi est bénéfique pour la santé mentale (voir par exemple Thomas *et al.*, 2005 ; Dockery, 2006).

Des travaux récents de l'OCDE, fondés sur des données de panel individuelles dans plusieurs pays membres, visaient à déterminer s'il est possible qu'il existe un rapport de causalité entre la santé mentale et l'*évolution* de la situation au regard de l'emploi (OCDE, 2008). Les résultats montrent que le passage de l'emploi au chômage ou à l'inactivité a un impact négatif important sur la santé mentale, plus particulièrement sur celle des hommes (voir graphique 2.3). La perte d'emploi aggrave la détresse psychologique plus que n'importe quel autre évènement de la vie, comme un accident ou la perte d'un

Graphique 2.3. **La perte d'emploi entraîne une détérioration de la santé mentale**

Régressions à effets fixes : Impact estimé de la sortie de l'emploi sur la santé mentale, en fonction du type de non-emploi



*, **, *** statistiquement significatifs aux seuils de 10 %, 5 % et 1 % respectivement.

Source : OCDE (2008), *Perspectives de l'emploi de l'OCDE*, graphique 4.9.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932567751

conjoint. En Australie, au Royaume-Uni et en Suisse, la transition de l'emploi à l'inactivité pour cause de maladie a l'impact le plus négatif en termes de détresse psychologique, suivie par le passage de l'emploi au chômage. Enfin, les travaux montrent que le passage du non-emploi à l'emploi s'accompagne d'une amélioration de la santé mentale.

Résultats des personnes atteintes de troubles mentaux sur le marché du travail

Le taux de chômage des individus souffrant de problèmes de santé mentale demeure élevé

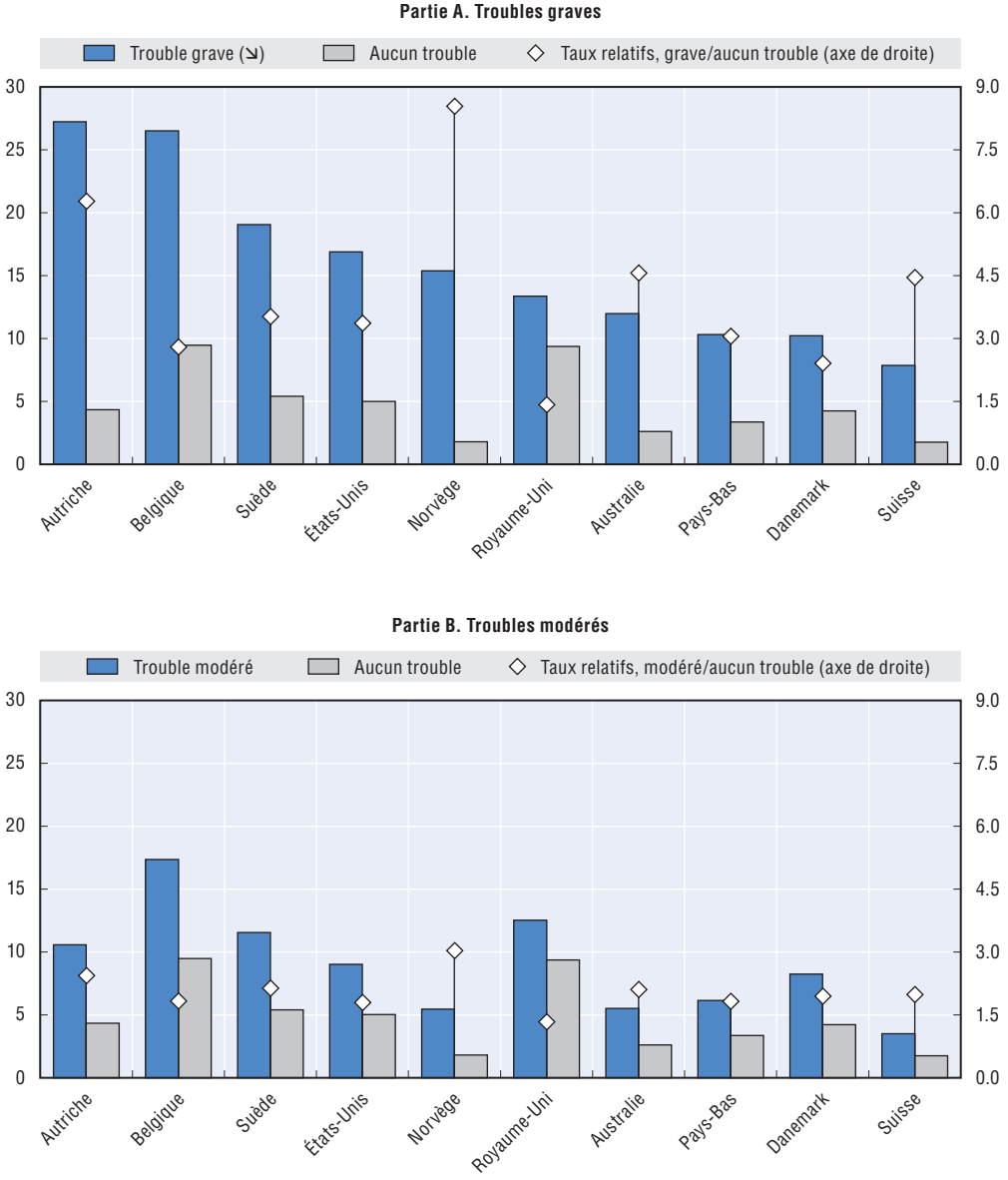
Le graphique 2.4 donne des informations sur le taux de chômage des individus ayant ou non des problèmes de santé mentale. On observe un écart marqué entre les taux de chômage des personnes souffrant de troubles mentaux graves et ceux des personnes dont l'état de santé mentale est bon (partie A), écart particulièrement important dans certains pays. Ainsi, en Norvège et en Autriche, le taux de chômage des personnes atteintes de troubles mentaux graves est respectivement neuf et six fois plus élevé que celui des individus qui ne souffrent pas de problèmes mentaux. Dans d'autres pays, le taux de chômage des premiers est seulement trois à quatre fois supérieur. Dans la plupart des pays, le taux de chômage des individus atteints de troubles mentaux graves s'établit à 15 % environ, mais il est supérieur à 25 % en Autriche et en Belgique[5].

Bien que les personnes présentant des troubles mentaux modérés souffrent d'un handicap bien plus limité sur le marché du travail, leur taux de chômage reste en moyenne deux, voire trois, fois supérieur à celui des personnes qui ne présentent pas de problèmes de santé mentale. Le taux de chômage moyen des personnes atteintes de troubles mentaux modérés s'élève à 10 %, voire moins (avant la crise), la Suisse affichant le taux le plus bas, contre plus de 15 % en Belgique.

En résumé, les personnes atteintes de troubles mentaux, qu'ils soient graves ou modérés, sont davantage confrontées au risque de chômage. Le handicap bien plus lourd

Graphique 2.4. **Le taux de chômage des personnes souffrant d'un trouble mental est beaucoup plus élevé**

Taux de chômage en fonction de l'état de santé mentale (pourcentages ; axe de gauche) et taux de chômage relatifs (personnes souffrant d'un trouble mental par rapport aux personnes sans aucun trouble ; axe de droite), fin des années 2000



Source : Enquêtes nationales sur la santé (voir le graphique 1.3).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932567770

en termes de chômage des individus souffrant de troubles mentaux graves par rapport à ceux qui présentent des troubles modérés tient en partie au fait que les premiers sont bien plus susceptibles de souffrir simultanément de problèmes de santé physique (ou d'autres troubles mentaux). Chez ces personnes, la comorbidité peut avoir des conséquences négatives beaucoup plus sensibles sur l'invalidité fonctionnelle, avec des retombées sur l'employabilité et l'emploi (voir chapitres 1 et 3).

Et le taux d'emploi reste relativement bas

Comme nous l'indiquons au chapitre 1 (graphique 1.3), par rapport à leurs homologues qui ne présentent aucun problème de santé mentale, le taux d'emploi des individus atteints de troubles mentaux modérés est inférieur de 15 points de pourcentage environ et celui des personnes souffrant de troubles mentaux graves accuse un retard de 30 points de pourcentage en moyenne dans les dix pays considérés. Il s'agit d'un écart considérable, qui varie à la fois dans et entre les pays. Dans certains pays, les personnes présentant des troubles mentaux modérés affichent un taux d'emploi relativement élevé par rapport à celui des individus souffrant de troubles graves (Australie, États-Unis ou Suède par exemple), tandis que dans d'autres, l'écart entre les personnes atteintes de troubles modérés et les personnes à la santé mentale normale est plus important que celui observé entre troubles graves et troubles modérés (Danemark, Suisse).

Le tableau 2.1 présente les *écarts nationaux* au niveau des taux d'emploi – mesurés par les taux d'emploi relatifs – par sexe, âge et niveau d'instruction. Dans la plupart des pays, les hommes souffrant de troubles mentaux pâtissent d'un handicap plus lourd face à l'emploi que les femmes, notamment s'ils sont atteints de troubles graves. Seuls le Danemark et la Norvège – où le handicap face à l'emploi est plus important pour les femmes – font exception à cette règle. Par ailleurs, dans tous les pays, les taux d'emploi relatifs diminuent avec l'âge, parfois de manière très brutale (Autriche, États-Unis). On constate donc une forte corrélation négative entre l'âge et l'emploi. Cet effet est toutefois bien moindre pour les personnes présentant des troubles mentaux modérés, dont le taux d'emploi est relativement élevé lorsqu'elles sont dans l'âge actif. Enfin, quel que soit le degré de gravité du trouble mental, les personnes qui ont un faible niveau d'instruction (inférieur au deuxième cycle du secondaire) sont beaucoup moins susceptibles d'occuper un emploi. Le taux d'emploi relatif s'établit généralement autour de 0.5 pour les individus atteints de troubles mentaux graves (0.3 seulement en Suède) et de 0.7 à 0.8 pour ceux qui souffrent de troubles mentaux modérés (moins de 0.7 en Belgique et aux États-Unis et plus de 0.7 en Autriche et en Suède).

Ces dix dernières années, les résultats des personnes présentant des troubles mentaux se sont dégradés sur le marché du travail

Avant que la crise économique n'éclate, la plupart des pays de l'OCDE ont enregistré une longue période de croissance économique soutenue. Toutefois, en dépit de l'augmentation globale des taux d'emploi de plusieurs autres catégories de population désavantagées au cours de cette période, le taux d'emploi des personnes atteintes de problèmes de santé mentale ne s'est pas réellement amélioré par rapport à celui des personnes n'ayant aucun problème de santé mentale, à l'exception peut-être de l'Australie (graphique 2.5, partie A). Dans certains pays (Norvège, Suède, États-Unis), les taux d'emploi ont même reculé ces dix dernières années et en Suède, cette baisse a coïncidé avec la progression du taux d'emploi des personnes ne présentant pas de problème de santé mentale. Parallèlement, le taux de chômage des personnes atteintes de troubles mentaux a moins diminué que celui de leurs homologues, à l'exception des États-Unis où le chômage a progressé pour tous (partie B).

Comment expliquer ces tendances défavorables aux personnes atteintes de troubles mentaux ? Une explication plausible réside dans les préjugés des principaux intervenants du marché du travail : employeurs, collègues et travailleurs eux-mêmes. Les comportements qui encouragent la stigmatisation ont des répercussions très négatives sur la probabilité de

Tableau 2.1. **Les écarts en termes de taux d'emploi des personnes présentant de graves troubles mentaux sont particulièrement importants pour les hommes, les travailleurs peu qualifiés et les travailleurs âgés**

Taux d'emploi relatifs en fonction de l'état de santé mentale, de l'âge, du sexe et du niveau d'études, dernière année disponible

	Australie		Autriche		Belgique		Danemark		Norvège	
	Grave	Modéré	Grave	Modéré	Grave	Modéré	Grave	Modéré	Grave	Modéré
Sexe										
Total	0.60	0.88	0.63	0.85	0.69	0.86	0.77	0.82	0.65	0.85
Hommes	0.49	0.85	0.60	0.84	0.67	0.81	0.82	0.86	0.73	0.88
Femmes	0.71	0.94	0.69	0.91	0.73	0.92	0.76	0.80	0.61	0.83
Âge										
15 à 24 ans	0.76	0.98	1.27	1.07	0.31	0.80	0.79	0.72	0.78	1.10
25 à 34 ans	0.75	0.92	0.77	0.93	0.88	0.89	0.72	0.85	0.73	0.83
35 à 44 ans	0.58	0.89	0.66	0.90	0.61	0.86	0.78	0.89	0.55	0.87
45 à 54 ans	0.57	0.87	0.60	0.81	0.64	0.85	0.83	0.82	0.64	0.87
55 à 64 ans	0.39	0.69	0.48	0.68	0.75	0.71	0.76	0.78	0.65	0.69
Niveau d'études										
Inférieur au deuxième cycle de l'enseignement secondaire	0.50	0.79	0.52	0.89	0.55	0.61	0.61	0.72	0.58	0.85
Deuxième cycle de l'enseignement secondaire	0.66	0.93	0.70	0.84	0.62	0.90	0.75	0.89	0.79	0.87
Enseignement supérieur	0.87	0.97	0.75	0.94	0.87	0.94	0.89	0.83	0.71	0.92

	Pays-Bas		Suède		Suisse		Royaume-Uni		États-Unis	
	Grave	Modéré	Grave	Modéré	Grave	Modéré	Grave	Modéré	Grave	Modéré
Sexe										
Total	0.68	0.88	0.57	0.85	0.83	0.93	0.65	0.82	0.59	0.91
Hommes	0.68	0.89	0.52	0.86	0.79	0.92	0.55	0.81	0.56	0.88
Femmes	0.69	0.89	0.60	0.85	0.87	0.97	0.75	0.86	0.63	0.97
Âge										
15 à 24 ans	0.83	0.96	0.89	0.96	0.97	0.81	0.75	0.82	0.72	1.07
25 à 34 ans	0.77	0.89	0.61	0.83	0.82	0.96	0.73	0.88	0.73	0.94
35 à 44 ans	0.73	0.94	0.59	0.88	0.86	0.95	0.72	0.91	0.56	0.91
45 à 54 ans	0.59	0.82	0.46	0.84	0.76	0.95	0.58	0.79	0.54	0.89
55 à 64 ans	0.51	0.73	0.53	0.86	0.77	0.93	0.50	0.66	0.43	0.79
Niveau d'études										
Inférieur au deuxième cycle de l'enseignement secondaire	0.58	0.84	0.29	0.84	. .	. .	0.51	0.74	0.42	0.66
Deuxième cycle de l'enseignement secondaire	0.76	0.89	0.64	0.88	. .	. .	0.83	0.90	0.60	0.91
Enseignement supérieur	0.91	0.94	0.70	0.84	. .	. .	0.82	0.97	0.71	0.96

. . : Données non disponibles.

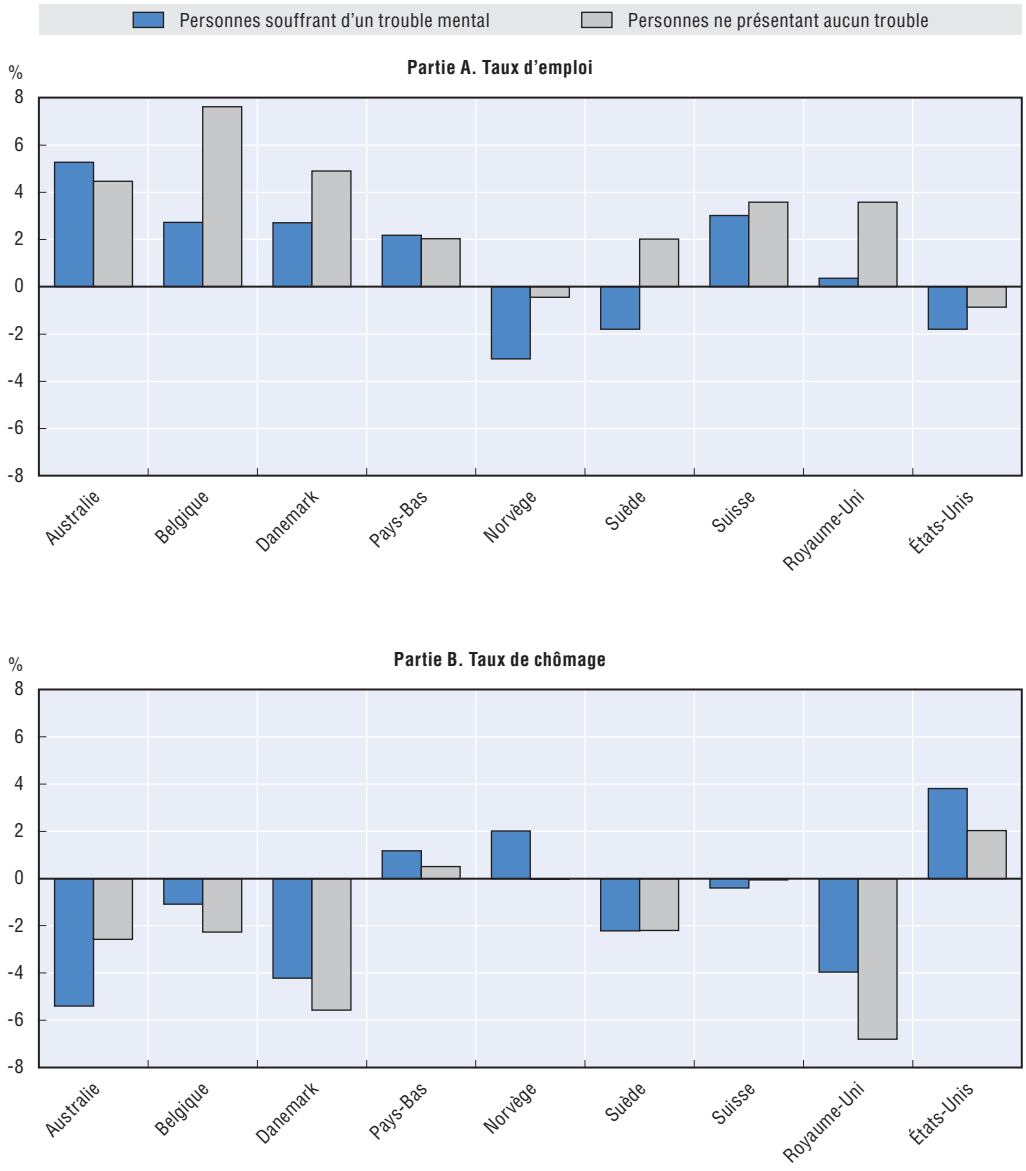
Source : Enquêtes nationales sur la santé (voir le graphique 1.3).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932569005

décrocher et de conserver un emploi. Selon Baldwin et Marcus (2011), les études qui classent les problèmes de santé en fonction du degré de stigmatisation qu'ils engendrent « aboutissent régulièrement à la conclusion selon laquelle les troubles mentaux génèrent la stigmatisation la plus forte, l'évolution des comportements à cet égard ayant été très limitée ces trente dernières années ». Dans ces conditions, les mauvais résultats des personnes souffrant de troubles mentaux sur le marché du travail reflètent non seulement la situation conjoncturelle mais aussi les pratiques discriminatoires qui accompagnent parfois la stigmatisation. De plus, la nature du travail a évolué considérablement dans les pays de

Graphique 2.5. **L'écart s'est creusé en termes d'emploi et de chômage pour les personnes souffrant d'un trouble mental**

Évolution en points de pourcentage du taux d'emploi et de chômage des personnes souffrant ou non d'un trouble mental entre le milieu des années 90 et la fin des années 2000



Source : Enquêtes nationales sur la santé (voir le graphique 1.3).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932567789

l'OCDE au cours des vingt dernières années, avec une intensification plus marquée de l'activité dans de nombreux secteurs et des exigences cognitives accrues pour de nombreux emplois. Ce facteur pourrait également expliquer le faible degré d'intégration de certains travailleurs souffrant de troubles mentaux pendant cette période.

Un risque élevé de chômage de longue durée augmente la probabilité d'une hausse des demandes de prestations d'invalidité

Les individus qui présentent de graves problèmes de santé mentale sont non seulement plus susceptibles d'être au chômage mais ils y restent aussi plus longtemps. Dans tous les pays pour lesquels on dispose de données, les individus atteints de troubles mentaux graves sont deux fois plus nombreux à être chômeurs de longue durée que les personnes qui ne présentent pas de problème de santé mentale (tableau 2.2). Les personnes qui souffrent de troubles mentaux graves et qui connaissent de longues périodes de chômage risquent de voir leurs compétences diminuer, ce qui limite leurs chances de se réinsérer sur le marché du travail. Elles risquent donc plus particulièrement de se décourager et de quitter le marché du travail, pour éventuellement déposer une demande d'allocation invalidité. Le tableau 2.2 révèle également d'importants écarts dans ce domaine entre les personnes souffrant de troubles mentaux graves et celles atteintes de troubles mentaux modérés. Ces dernières ne se caractérisent pas par une plus forte proportion de chômeurs de longue durée que les personnes sans troubles mentaux. C'est pourquoi on peut en conclure que les individus atteints de troubles mentaux modérés sont plus susceptibles que leurs homologues souffrant de troubles graves de trouver un emploi, mais aussi qu'ils ont moins de chances que les personnes sans troubles mentaux de conserver leur emploi, c'est-à-dire qu'ils ont une plus forte propension à changer fréquemment d'emploi.

Tableau 2.2. **Les personnes atteintes de troubles mentaux graves restent au chômage plus longtemps**

Proportion des individus au chômage depuis plus de 12 mois dans l'ensemble des chômeurs, en fonction de l'état de santé mentale, fin des années 2000

	Trouble grave	Trouble modéré	Aucun trouble
Australie	41	16	20
Suède	53	41	34
Royaume-Uni	78	45	42

Source : Enquêtes nationales sur la santé (voir le graphique 1.3).

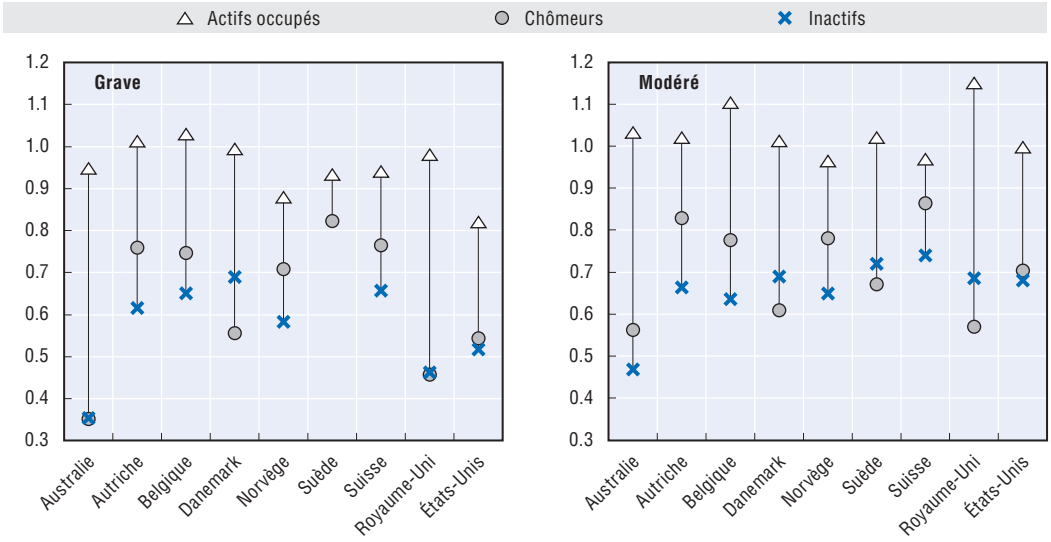
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932569024

Les personnes qui présentent des problèmes de santé mentale tendent à avoir des revenus faibles

Dans la plupart des pays pour lesquels des données sont disponibles, les personnes souffrant de troubles mentaux bénéficient de ressources financières plus limitées. Comme l'indique le chapitre 1 (graphique 1.4), les revenus équivalents des individus atteints de troubles mentaux modérés représentent 90 % environ de ceux de la population d'âge actif totale, contre 80 % ou moins (60-70 % dans les pays anglophones) pour les individus présentant des troubles mentaux graves. Toutefois, on constate des écarts importants entre les différentes catégories de la population active. Quel que soit le degré de gravité du problème de santé mentale, les *actifs qui occupent un emploi* perçoivent des revenus supérieurs à ceux des personnes sans emploi. Les personnes atteintes d'un trouble mental modéré et qui occupent un emploi perçoivent des revenus équivalant à la moyenne de ceux de la population d'âge actif totale (graphique 2.6). Au Royaume-Uni, le fait d'occuper un emploi se traduit même par un revenu supérieur de 20 % à la moyenne nationale.

Graphique 2.6. **Les chômeurs et les inactifs souffrant d'un trouble mental ont des revenus nettement inférieurs**

Niveaux de revenus[a] des personnes atteintes d'un trouble mental modéré à grave, par rapport au revenu moyen de la population d'âge actif, en fonction de la situation au regard de l'emploi, fin des années 2000



a) Le revenu fait référence au revenu disponible équivalent des ménages par personne. Les chiffres disponibles pour l'Australie et le Danemark correspondent au revenu brut des ménages, contrairement aux autres pays où ils font référence au revenu net des ménages.

Source : Enquêtes nationales sur la santé (voir le graphique 1.3).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932567808

Dans la plupart des pays (à l'exception des États-Unis et, dans une moindre mesure, de la Norvège), les salariés qui présentent des troubles mentaux graves ont également des revenus similaires aux revenus moyens de la population en âge de travailler. En revanche, le revenu relatif des chômeurs ou des inactifs souffrant de problèmes de santé mentale graves ou modérés est largement inférieur à celui de toute autre catégorie. Dans certains pays comme l'Australie, les États-Unis et le Royaume-Uni, leur revenu peut atteindre 35 à 50 % seulement du revenu moyen de l'ensemble de la population d'âge actif. Ces chiffres sont corroborés par l'analyse menée récemment dans le cadre des enquêtes de l'OMS sur la santé mentale, qui révèle que la maladie mentale a une forte incidence négative sur les revenus (Levinson *et al.*, 2010) : les salariés souffrant de troubles mentaux graves dans dix pays à hauts revenus (parmi lesquels la Belgique, les États-Unis et les Pays-Bas) sont fortement surreprésentés dans le quartile des revenus les plus bas (à hauteur de plus de 40 %) et sensiblement sous-représentés dans le quartile des revenus les plus élevés (à hauteur d'un peu plus de 10 % seulement).

Impact du ralentissement économique sur les problèmes de santé mentale

La crise économique récente a eu un effet sensible sur les principaux déterminants d'un mauvais état de santé mentale, à savoir le chômage et les bas revenus. En juillet 2009, le taux de chômage moyen dans la zone OCDE s'élevait à 8.5 %, soit un niveau sans précédent depuis la période d'après-guerre. En mai 2011, il avait légèrement reculé, à 8.1 %, ce qui demeure largement supérieur au niveau de 6 % enregistré avant la crise. Le sentiment de précarité de l'emploi s'est également aggravé dans tous les pays de l'OCDE. Par ailleurs, compte tenu de l'assombrissement des perspectives d'emploi, les salariés

peuvent être contraints d'accepter ou de conserver des emplois non satisfaisants, précaires ou représentant une trop grande charge de travail. Quels sont les effets potentiels de ces changements sur le bien-être mental des travailleurs de la zone OCDE ?

Comme indiqué précédemment, les personnes sans emploi ont deux à trois fois plus de risques de souffrir d'un problème de santé mentale que les personnes qui occupent un emploi. Dans ces conditions, il est raisonnable de penser que la crise pourrait accentuer le degré et l'ampleur de la détresse psychologique au sein de la population. Il est possible et probable que certains des effets de la crise sur le bien-être de la population ne se fassent sentir qu'à long terme. Néanmoins, certains pays ont déjà remarqué des effets négatifs. Ainsi, selon les statistiques du *National Health Service* britannique, la crise nuit à l'état de santé mentale des travailleurs. Les dernières statistiques disponibles révèlent la plus forte progression annuelle de la consommation d'antidépresseurs, avec 39.1 millions de prescriptions en 2009 contre 35.9 millions en 2008 (MIND, 2010).

Quels sont les enseignements des précédents ralentissements économiques ? Les travaux empiriques consacrés aux effets des récessions sur la santé mentale confirment que la montée du chômage a toujours des effets négatifs sur la santé mentale des travailleurs et des personnes qui viennent de perdre leur emploi. Barnes *et al.* (2009), qui s'appuie sur la *British Household Panel Survey*, a analysé les effets de deux années de récession (1991 et 2008) en termes de retombées sociales négatives, comme la dépression. L'analyse montre qu'au cours de ces deux périodes de ralentissement économique, les personnes qui perdaient leur emploi étaient plus susceptibles de souffrir de dépression à court terme que celles qui conservaient leur travail. Par ailleurs, on constate que les femmes sont plus vulnérables face aux risques de dépression à long terme à la suite d'une perte d'emploi lors d'une récession. Uutela (2010), qui s'appuie sur un examen exhaustif des études consacrées aux conséquences des crises économiques précédentes, conclut que les troubles mentaux sont étroitement liés au cycle économique.

La crise socio-économique aura non seulement des répercussions sur la santé mentale de la population active mais aussi sur les régimes de sécurité sociale dans tous les pays de l'OCDE. Pendant la crise, dans de nombreux pays (Canada, Danemark, Espagne, États-Unis, Hongrie, Irlande, Norvège, Nouvelle-Zélande, Portugal et Royaume-Uni), la part des chômeurs de longue durée a fortement augmenté, parfois de plus de 20 points de pourcentage (comme en Espagne, aux États-Unis et en Irlande) mais généralement de 10 points de pourcentage environ (OCDE, 2010). Dans certains pays (Autriche ou Pays-Bas), le taux de chômage a amorcé une nouvelle baisse, en dépit d'une augmentation continue de la part du chômage de longue durée. Dans les pays caractérisés par un taux de chômage élevé et persistant, le retrait de la population active peut se faire sous la forme d'une augmentation du recours aux prestations d'invalidité, ce qui est préoccupant. Les épisodes de récession passés montrent que les entrées dans les systèmes d'invalidité atteignent généralement leur maximum à la suite d'une hausse du chômage et que cette tendance est difficile à inverser une fois la reprise de l'économie amorcée (OCDE, 2010).

La précarité de l'emploi entraîne une augmentation du risque de détérioration de la santé mentale

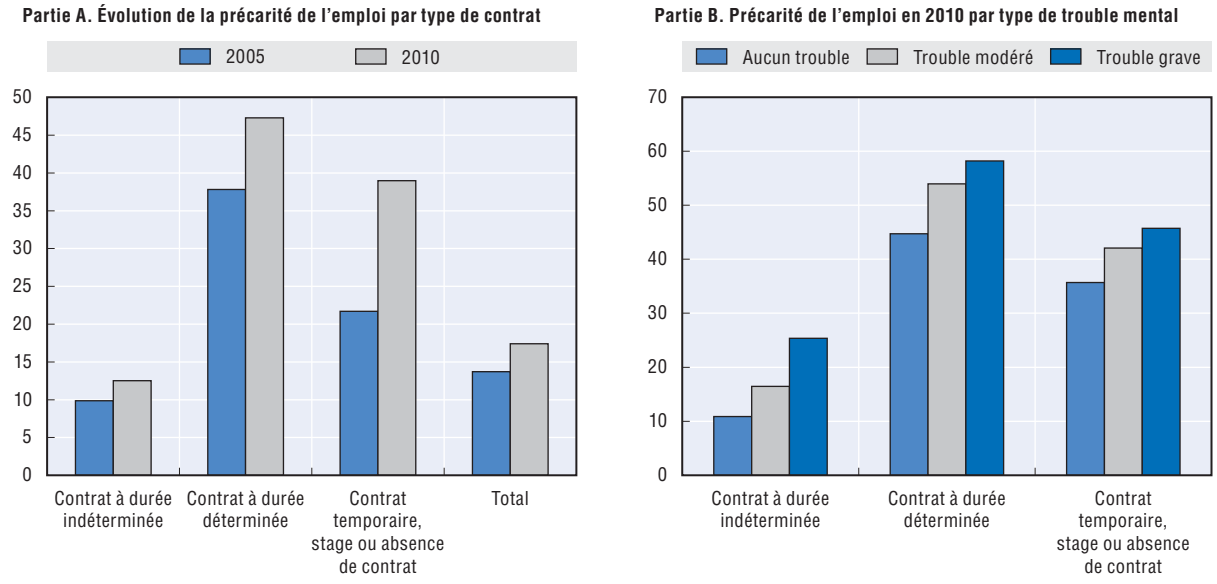
La perte d'emploi n'est pas la seule préoccupation en période de crise économique. Les récessions peuvent en effet s'avérer très stressantes pour les salariés qui conservent leur emploi. Selon Melnychuk (2010), qui s'appuie sur les données de la *British Household Panel Survey* de 1994-2008, toute augmentation d'un point de pourcentage du taux de chômage régional s'accompagne d'une hausse de 0.25 point de pourcentage du risque d'anxiété chez

les hommes et de 1 point de pourcentage chez les femmes célibataires. Comment l'expliquer ? Il a été démontré que le fait d'anticiper la perte de son emploi a un effet encore plus dévastateur sur la santé mentale que la survenue de l'évènement en lui-même (Kasl *et al.*, 1975). La précarité de l'emploi est associée à un accroissement de 33 % du risque de troubles mentaux courants (Stansfeld et Candy, 2006).

Ces dernières années, la précarité de l'emploi – mesurée sur la base du risque de perte d'emploi dans les six mois à venir – a augmenté pour tous les travailleurs de la zone OCDE : elle est passée au total de 14 % en 2005 à 17 % en 2010 (graphique 2.7, partie A). La proportion de travailleurs temporaires qui sont préoccupés par la sécurité de leur emploi a fortement augmenté, de 21 % en 2005 à près de 40 % en 2010. Par ailleurs, en 2010, près de la moitié de tous les salariés bénéficiant d'un contrat à durée déterminée estimaient qu'ils pouvaient perdre leur emploi au cours des six prochains mois. L'augmentation de la perception du risque de chômage tient en grande partie à la détérioration récente du climat économique.

Graphique 2.7. **La précarité de l'emploi tend à avoir des effets négatifs sur la santé mentale, notamment chez les travailleurs au statut précaire**

Proportion des individus (en pourcentage) estimant pouvoir perdre leur emploi au cours des six prochains mois (sentiment de précarité de l'emploi)



Note : Résultats basés sur l'ensemble des pays couverts par l'Enquête EECT.

Source : Estimations de l'OCDE selon l'Enquête européenne sur les conditions de travail (EECT) 2005 et 2010.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932567827

En revanche, il existe une corrélation étroite entre la précarité de l'emploi et la santé mentale : plus l'état de santé mentale d'un travailleur est mauvais, plus il est susceptible de ressentir un sentiment de précarité de l'emploi (graphique 2.7, partie B). Cette corrélation est encore plus forte chez les individus en contrat temporaire ou à durée déterminée, qui sont plus nombreux à souffrir de troubles mentaux que les travailleurs embauchés à durée indéterminée. Certes, on ne peut établir aucun lien de cause à effet à partir de ces observations. Néanmoins, les recherches laissent à penser qu'il existe un rapport de causalité certain entre la précarité de l'emploi et la détérioration du bien-être psychologique sous la forme d'anxiété, de dépression ou de stress. Ainsi, Hellgren et Sverke (2003) montrent dans une étude longitudinale que l'effet retardé de la précarité de l'emploi sur les problèmes

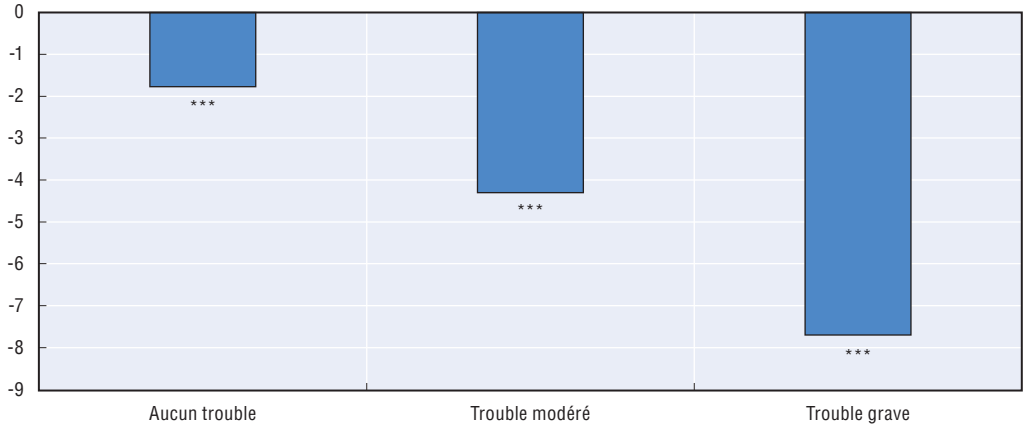
de santé mentale est important, alors que l'impact des troubles mentaux sur la précarité qui en découle ne l'est pas. Dans l'ensemble, la corrélation avec une plus grande précarité de l'emploi pourrait se traduire par une détérioration de l'état de santé mentale à la fois des chômeurs et des actifs occupés compte tenu du niveau élevé du chômage qui se maintient dans de nombreux pays.

Le travail et l'environnement de travail jouent aussi un rôle dans la santé mentale

Un ralentissement économique peut également entraîner une restructuration des modalités de travail, qui peut déboucher sur un stress et une insatisfaction au travail, eux-mêmes susceptibles de démotiver le salarié et de faire baisser sa productivité marginale. Le graphique 2.8 étudie l'impact d'une restructuration au travail sur la satisfaction professionnelle. Globalement, les salariés qui subissent de tels changements sont moins satisfaits au travail, l'écart avant-après étant important et statistiquement significatif pour chacune des trois catégories d'état de santé mentale. Les travailleurs présentant des troubles mentaux graves voient leur satisfaction professionnelle chuter de manière beaucoup plus marquée que les autres, avec un repli de 8 points de pourcentage, soit quatre fois plus que celui des travailleurs sans problème de santé mentale et deux fois plus que celui des travailleurs souffrant de troubles modérés (tous les écarts étant statistiquement significatifs au seuil de 1 %). Il s'agit d'un exemple supplémentaire de la sensibilité et de la vulnérabilité accrues des personnes atteintes de troubles mentaux (graves).

Graphique 2.8. **Les salariés qui subissent une restructuration sont moins satisfaits professionnellement**

Écart (en points de pourcentage)[a] observé entre les salariés qui subissent une restructuration et les autres en matière de satisfaction professionnelle, en fonction du degré de gravité du trouble mental



*** statistiquement significatif au seuil de 1 %.

Note : Résultats basés sur l'ensemble des pays couverts par l'Enquête EECT.

a) Tous les écarts sont statistiquement significatifs au seuil de 1 %, les salariés ayant subi une restructuration faisant régulièrement état d'une diminution de leur satisfaction professionnelle. Les écarts se creusent proportionnellement au degré de gravité des troubles mentaux.

Source : Estimations de l'OCDE selon l'Enquête européenne sur les conditions de travail (EECT) 2010.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932567846

Les possibilités d'emploi des personnes atteintes de troubles mentaux sont-elles influencées par le cycle économique ?

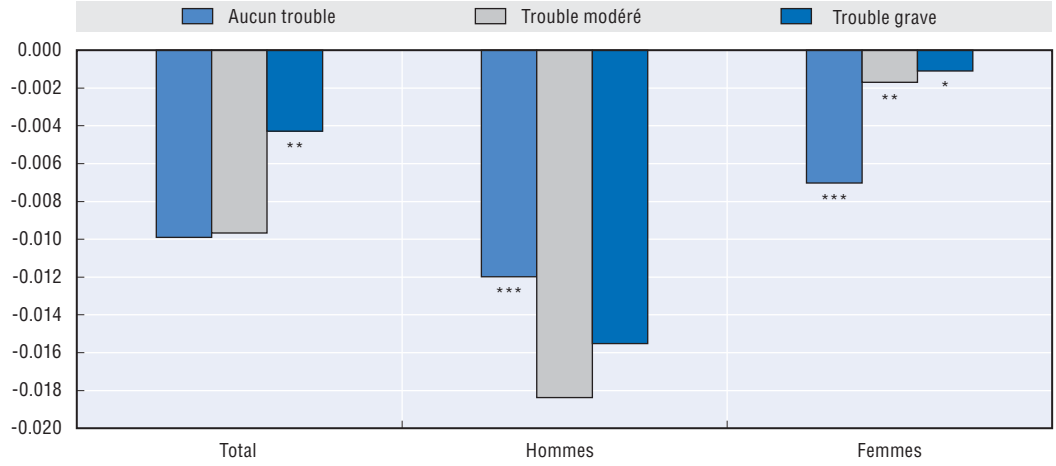
Les individus qui souffrent de troubles mentaux réussissent moins bien sur le plan professionnel que ceux qui n'ont pas de problèmes de santé mentale. La crise économique

récente a entraîné une vague de suppressions d'emplois dans toute la zone OCDE, qui s'est traduite par une augmentation du nombre de demandeurs d'emplois sur le marché du travail. La présente section analyse l'impact du cycle économique sur les perspectives d'emploi des individus d'âge actif atteints de troubles mentaux.

Le graphique 2.9 montre l'effet attendu de toute hausse d'un point de pourcentage du taux de chômage sur la probabilité d'emploi des hommes et des femmes atteints ou non de troubles mentaux[6]. En règle générale, toute variation du taux de chômage global a une forte incidence sur la probabilité d'emploi des hommes et des femmes qui ne souffrent pas de troubles mentaux. Il est surprenant et intéressant de constater que les hommes atteints de troubles mentaux modérés ou graves *ne sont pas* plus affectés en période de récession que ceux qui ne souffrent d'aucun trouble. En revanche, les chiffres montrent que la probabilité d'emploi des femmes souffrant de troubles modérés est moins sensible aux fluctuations économiques que celle des femmes qui ne sont atteintes d'aucun trouble mental. Cette influence est encore plus limitée dans le cas des femmes souffrant de troubles graves. Par exemple, toute hausse d'un point de pourcentage du chômage a un impact négatif inférieur à 1 % sur la probabilité d'emploi des personnes présentant des troubles mentaux graves. D'autres études consacrées au rapport entre les résultats sur le marché du travail et les conditions macroéconomiques montrent également une très faible corrélation entre le devenir professionnel des personnes atteintes de troubles mentaux graves et le cycle économique (Waghron *et al.*, 2009 ; Catalano *et al.*, 1999). Ainsi, Waghron *et al.* (2009), en s'appuyant sur l'enquête sur la population effectuée tous les cinq ans en Australie, sont parvenus à la conclusion que le taux d'activité des personnes atteintes de troubles mentaux modérés s'était amélioré entre 1998 et 2003. Toutefois, celui des individus souffrant de troubles mentaux graves est resté relativement stable en dépit d'une amélioration de la situation sur le marché du travail au cours de cette période.

Graphique 2.9. **Conditions économiques et résultats sur le marché du travail des hommes et des femmes atteints de troubles mentaux**

Estimation de l'effet d'une hausse d'un point de pourcentage du taux de chômage sur la probabilité d'occuper un emploi, par sexe, 2005-10



*, **, *** statistiquement significatifs aux seuils de 10 %, 5 % et 1 % respectivement.

Note : Résultats basés sur l'ensemble des pays couverts par l'Eurobaromètre.

Source : Estimations de l'OCDE à partir de l'Eurobaromètre 2005 et 2010.

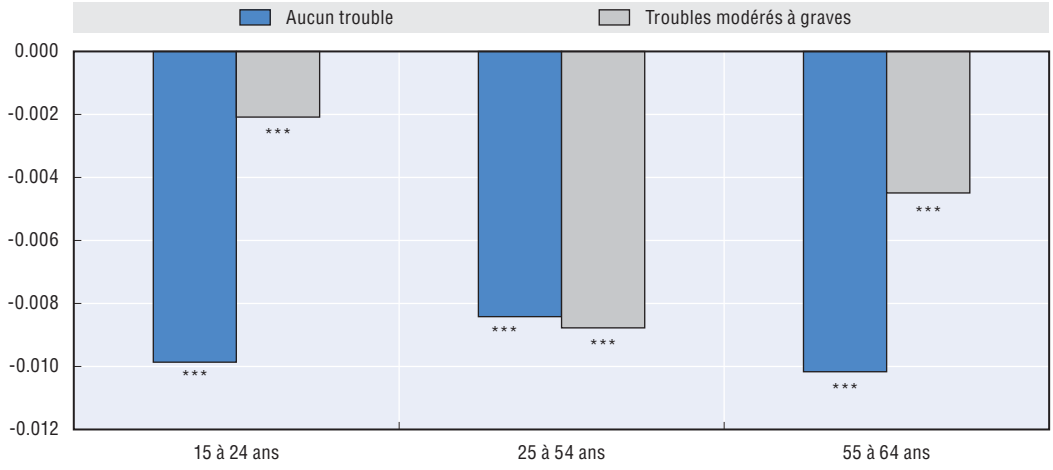
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932567865

Ces observations vont à l'encontre de l'opinion répandue selon laquelle les personnes atteintes de troubles mentaux sont les premières à être exclues. Les résultats obtenus par les personnes atteintes de troubles mentaux graves tiennent en partie à un « effet de sélection » : le groupe déjà limité des salariés atteints de troubles mentaux graves au sein de la population active peut avoir trouvé un créneau qui lui est propre ou bénéficie en grande partie d'emplois subventionnés, ce qui lui permet de « survivre » en période de crise économique. Bien qu'il s'agisse d'un élément positif, la sensibilité moindre de ce groupe aux conditions économiques signifie aussi que le potentiel d'amélioration de sa situation sur le marché du travail en période de prospérité économique est plus limité.

Une analyse réalisée selon le critère de l'âge laisse à penser que les jeunes adultes et les travailleurs plus âgés atteints de troubles mentaux sont moins influencés par le cycle économique que leurs homologues qui ne souffrent pas de problèmes de santé mentale (graphique 2.10). L'offre de main-d'œuvre des travailleurs d'âge actif souffrant de troubles mentaux réagit plus fortement aux fluctuations conjoncturelles, ce qui peut s'expliquer par les responsabilités financières plus importantes qui pèsent sur eux en tant que principaux apporteurs de revenus du ménage.

Graphique 2.10. **Les probabilités d'emploi des travailleurs jeunes et des seniors atteints de troubles mentaux sont moins sensibles aux fluctuations du cycle économique**

Estimation de l'effet d'une hausse d'un point de pourcentage du taux de chômage sur la probabilité d'occuper un emploi, par grand groupe d'âge, 2005-10



*** statistiquement significatif au seuil de 1 %.

Note : Résultats basés sur l'ensemble des pays couverts par l'Eurobaromètre.

Source : Estimations de l'OCDE à partir de l'Eurobaromètre 2005 et 2010.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932567884

Tous les éléments analysés ici soulignent à quel point l'emploi est important pour garantir des revenus adaptés et une bonne santé mentale. En revanche, le chômage et le sentiment de précarité de l'emploi constituent deux facteurs clés d'un mauvais état de santé mentale. Il est donc crucial d'éviter le chômage de longue durée et le risque d'inactivité à long terme, ce qui implique d'adopter des mesures pour encourager la demande de main-d'œuvre favorable aux travailleurs les plus désavantagés, étant donné que le climat économique favorable des vingt dernières années à lui seul n'a pas permis aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale de s'insérer suffisamment sur le

marché du travail. En outre, il est nécessaire de mettre en place des aides améliorées, sous la forme de services de santé coordonnés et/ou d'aide supplémentaire à la recherche d'emploi, au profit des chômeurs atteints de troubles mentaux modérés, afin d'améliorer de manière significative leurs chances de trouver un emploi une fois la reprise amorcée.

2.3. Impact des conditions de travail

En général, le chômage nuit à la qualité de vie, au revenu et à la santé mentale, tandis que le fait d'occuper un emploi a l'effet inverse. Cette conclusion est valable pour tous, que l'on souffre ou non de problèmes de santé mentale. Cela étant, près de 70 % de la population atteinte de troubles mentaux modérés et 50 % environ de celle qui souffre de troubles mentaux graves occupent un emploi. La présente section s'attache à la santé mentale des salariés et, en particulier, à l'impact des conditions de travail et du stress au travail, ainsi qu'aux mesures prises sur le lieu de travail pour remédier à ces problèmes.

Qualité et structure de l'emploi des travailleurs atteints de troubles mentaux

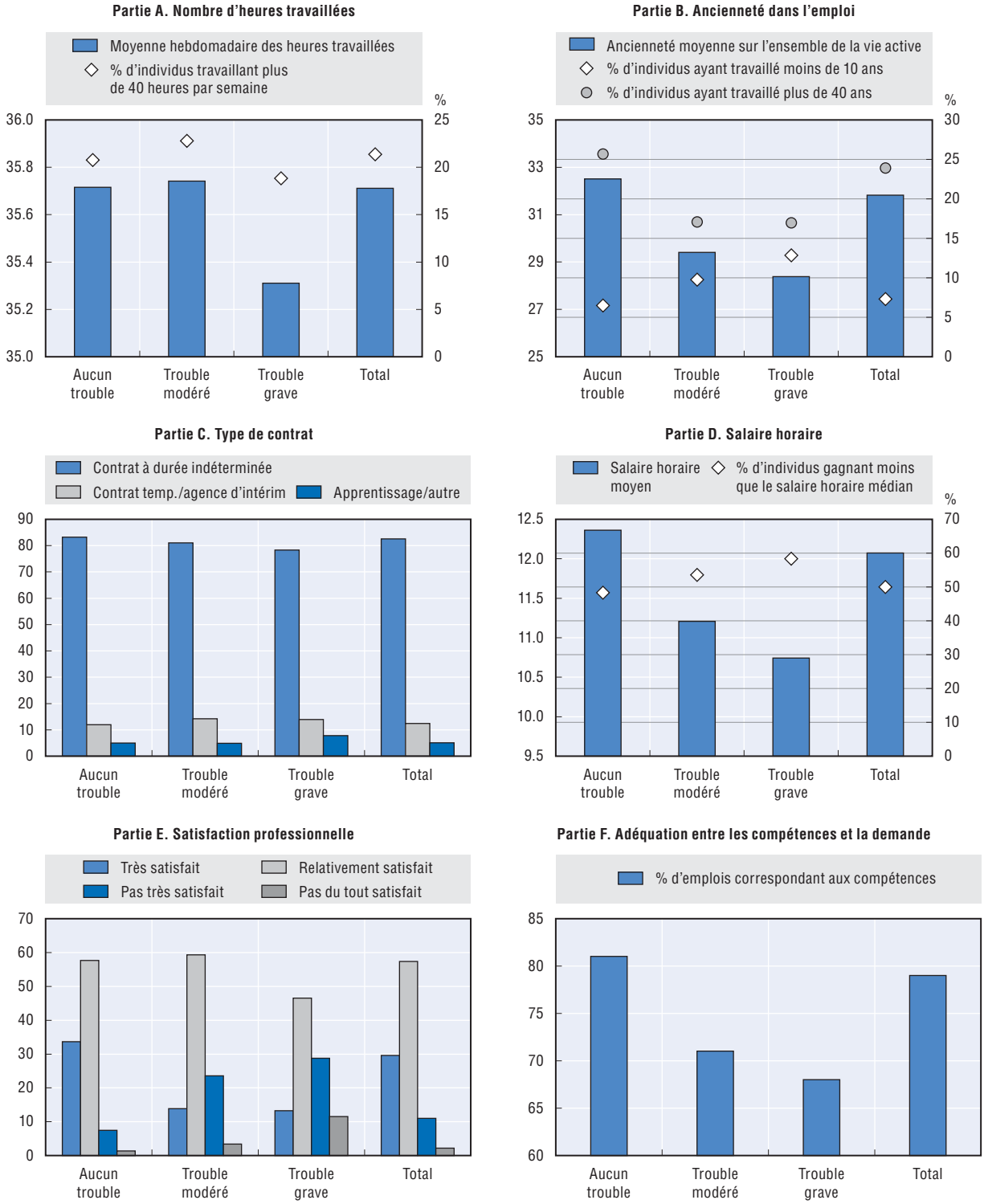
S'il est évident que le fait d'occuper un emploi est bénéfique pour la santé mentale, de nombreux travaux montrent aujourd'hui que le bénéfice tiré du passage du chômage à l'emploi dépend de la qualité et des caractéristiques de l'emploi en question. La satisfaction professionnelle est une variable modératrice importante des effets de l'emploi sur la santé mentale : les emplois qui offrent aux travailleurs une réelle satisfaction professionnelle ont une incidence positive sur le développement personnel, sur l'estime de soi et sur la santé mentale, tandis que ceux qui offrent une satisfaction limitée peuvent être préjudiciables pour la santé mentale et avoir des conséquences aussi négatives que le chômage (Winefield *et al.*, 2002). Selon une étude plus récente de Buttersworth *et al.* (2011), les bénéfices de l'obtention d'un emploi pour la santé dépendent de la qualité de l'emploi concerné. Le passage du chômage à un emploi de qualité se traduit par une amélioration de l'état de santé mentale (variation moyenne de +3.3), tandis que la transition du chômage à un emploi de qualité médiocre nuit à la santé mentale (–5.6) et ce, de manière plus prononcée que le fait de rester au chômage (–1.0).

Que sait-on de la qualité des emplois occupés par les personnes atteintes de troubles mentaux modérés ou graves par rapport à la qualité de ceux qu'occupent les individus qui ne présentent aucun problème de santé mentale ? Le graphique 2.11 propose une synthèse des indicateurs de qualité des emplois. Dans l'ensemble, ces indicateurs donnent à penser que les différences de qualité sont marquées, mais, souvent, elles sont relativement limitées, ce qui confirme que les travailleurs qui souffrent de troubles mentaux (surtout ceux dont les troubles sont modérés) ne sont, à bien des égards, pas si différents des autres travailleurs mais doivent faire face à des risques et des défis plus importants :

- Le nombre moyen d'heures de travail hebdomadaire est globalement identique, de même que l'ancienneté moyenne dans l'emploi au cours de la vie active (qui correspond à tous les emplois occupés au cours de la carrière). Par rapport aux personnes qui ne présentent pas de problèmes de santé mentale, les individus atteints de troubles graves ou modérés sont plus nombreux à avoir travaillé moins de dix années en tout et moins nombreux à avoir travaillé 40 ans ou plus. Ces chiffres laissent à penser que pour de nombreux travailleurs, les problèmes de santé mentale ne sont que temporaires.

Graphique 2.11. **Les travailleurs atteints de troubles mentaux occupent souvent des emplois légèrement de moins bonne qualité**

Sélection d'indicateurs de la qualité des emplois occupés par les travailleurs souffrant ou non d'un trouble mental modéré à grave, 2010



Note : Résultats basés sur l'ensemble des pays couverts par les différentes enquêtes.

Source : Estimations de l'OCDE selon l'Eurobaromètre 2010 pour les parties A, C et F, l'Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE) pour la partie B et l'Enquête européenne sur les conditions de travail 2010 (EECT) pour les parties D et E.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932567903

- En règle générale, les travailleurs souffrant de troubles mentaux occupent des emplois moins stables et moins bien rémunérés que ceux des autres travailleurs. Ils sont plus souvent embauchés sur la base de contrats temporaires ou à durée déterminée, même si les écarts dans ce domaine ne sont pas très importants. Les écarts de salaire (corrigés pour tenir compte du nombre d'heures travaillées) sont plus marqués : les travailleurs atteints de troubles mentaux sont notamment bien plus nombreux à percevoir un salaire inférieur au salaire médian.
- On observe en revanche des différences très importantes dans la perception de la qualité des emplois : les individus atteints de troubles mentaux sont bien plus nombreux à ne pas être satisfaits de leur emploi et à faire état d'une inadéquation entre leurs compétences et l'emploi qu'ils occupent. Or il s'agit d'un élément capital pour la stabilité de l'emploi, la productivité (section 2.3) et le risque de sortie prématurée du marché du travail (chapitre 4). Néanmoins, ces résultats doivent être interprétés avec prudence dans la mesure où l'incidence plus élevée des emplois de piètre qualité pour les personnes atteintes de troubles mentaux peut en partie être attribuée au fait que ces dernières sont plus susceptibles d'accepter ces emplois et de faire état de mauvaises conditions de travail que les travailleurs en meilleure santé.

Par ailleurs, les travailleurs atteints de troubles mentaux n'occupent pas les mêmes emplois ou professions. En raison de leur niveau d'instruction plus faible et des inadéquations plus marquées entre leurs compétences et la demande, ils sont fortement surreprésentés dans les professions peu à moyennement qualifiées, comme les ouvriers et employés non qualifiés ou le personnel administratif et des services, et sont sous-représentés dans les métiers hautement qualifiés comme les professions intellectuelles et scientifiques, les membres de l'exécutif et des corps législatifs ou les avocats (graphique 2.12). Par exemple, en Norvège et en Suède, la probabilité d'être atteint d'un trouble mental est supérieure de 30 à 40 % dans les services et la vente par rapport à l'ensemble des actifs occupés, tandis que la surreprésentation s'établit à 20 % environ dans la plupart des pays pour toutes les professions peu qualifiées. Les différences sont du même ordre et de la même ampleur pour les troubles mentaux graves et les troubles mentaux modérés, bien que légèrement plus prononcées en ce qui concerne les troubles graves. Ces écarts sont importants au vu des conditions de travail propres à chaque profession et aux différents mécanismes existant entre l'environnement de travail, le stress au travail et la santé mentale.

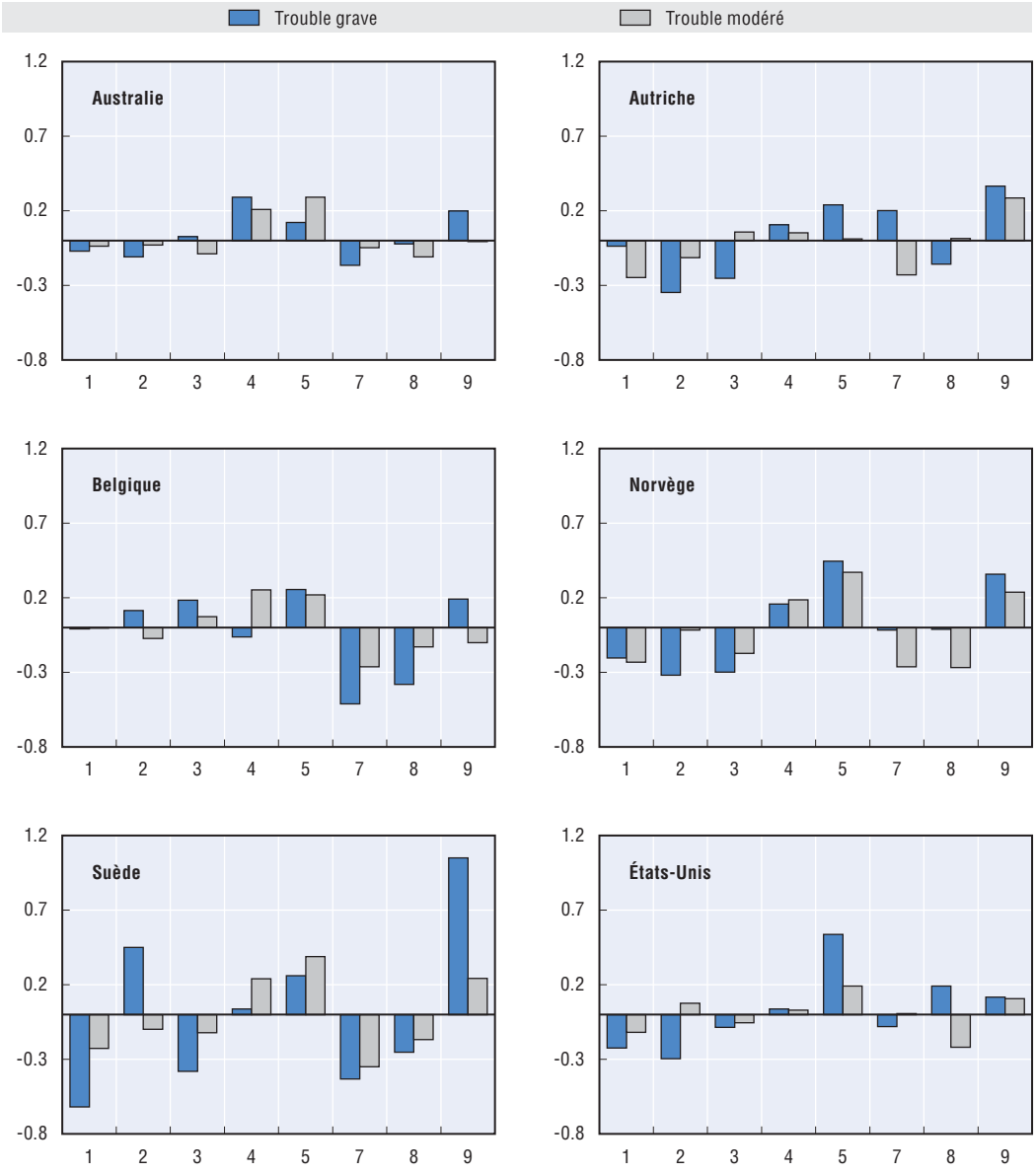
Le contexte de travail actuel

Le renforcement de la concurrence et les progrès technologiques induits par la mondialisation exercent une influence déterminante sur la situation économique mondiale actuelle. Si l'impact de ces facteurs peut être analysé sur le plan quantitatif (nombre d'emplois créés ou détruits par exemple), il peut également l'être à l'aune des changements majeurs qu'ils ont entraînés au niveau des fonctions et responsabilités et de l'organisation des emplois, ainsi que des qualifications requises.

La présente section examine de manière succincte en quoi la nature du travail a évolué dans les pays de l'OCDE ces vingt dernières années s'agissant des modalités de travail et des facteurs de risques psychosociaux.

Graphique 2.12. **La prévalence des troubles mentaux varie en fonction des professions**

Prévalence des troubles mentaux chez les salariés par rapport au total des actifs occupés (en pourcentage), par profession et degré de gravité du trouble mental, dernière année disponible



Note : Professions issues de la Classification CITP-88 : 1 : Membres de l'exécutif et des corps législatifs, cadres supérieurs de l'administration publique, dirigeants et cadres supérieurs d'entreprise ; 2 : Professions intellectuelles et scientifiques ; 3 : Professions intermédiaires ; 4 : Employés de type administratif ; 5 : Personnel des services et vendeurs de magasin et de marché ; 7 : Artisans et ouvriers des métiers de type artisanal ; 8 : Conducteurs d'installations et de machines et ouvriers de l'assemblage ; 9 : Ouvriers et employés non qualifiés.

Source : Enquêtes nationales sur la santé (voir le graphique 1.3).

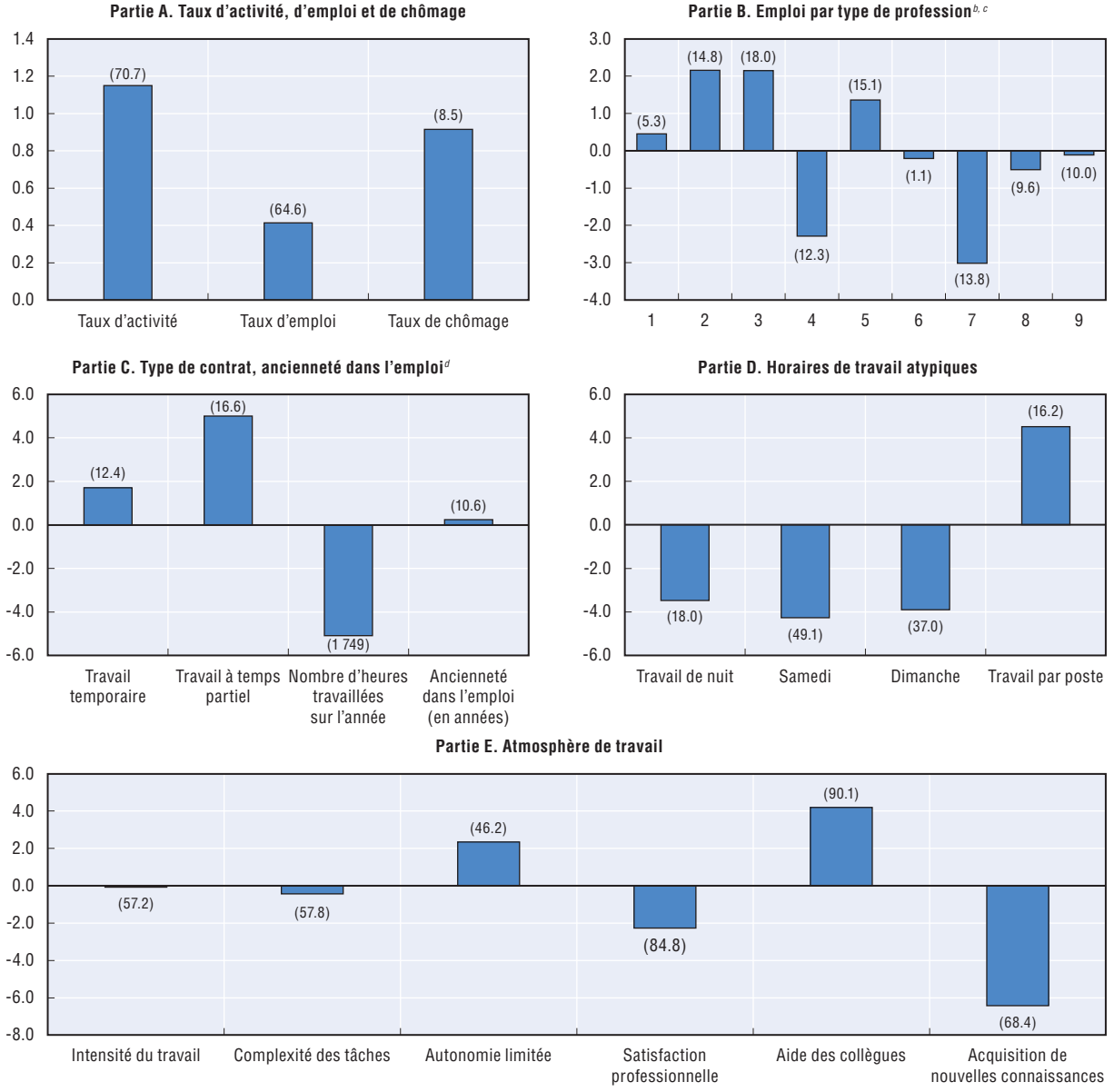
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932567922

Certaines conditions de travail se sont améliorées

Si les taux d'emploi et d'activité ont augmenté ces vingt dernières années, le taux de chômage a également progressé considérablement (graphique 2.13, partie A). Cette poussée du chômage tient principalement à la récession subie dernièrement par tous les

Graphique 2.13. **Les marchés du travail et les conditions de travail ne cessent d'évoluer dans la zone OCDE**

Évolution, en points de pourcentage, de certains déterminants du marché du travail
et des indicateurs des conditions de travail entre 1990 et 2010
Moyennes pondérées des pays de l'OCDE[a] (parties A et C) et moyennes non pondérées (parties B, D et E)



Note : Résultats basés sur l'ensemble des pays couverts par les différentes enquêtes.

a) Les chiffres entre parenthèses correspondent à la moyenne de l'OCDE de la dernière année.

b) Les chiffres de la partie B couvrent la période 1995-2005.

c) Professions issues de la Classification CITP-88 au niveau 1 : 1 : Membres de l'exécutif et des corps législatifs, cadres supérieurs de l'administration publique, dirigeants et cadres supérieurs d'entreprise ; 2 : Professions intellectuelles et scientifiques ; 3 : Professions intermédiaires ; 4 : Employés de type administratif ; 5 : Personnel des services et vendeurs de magasin et de marché ; 6 : Agriculteurs et ouvriers qualifiés de l'agriculture et de la pêche ; 7 : Artisans et ouvriers des métiers de type artisanal ; 8 : Conducteurs d'installations et de machines et ouvriers de l'assemblage ; 9 : Ouvriers et employés non qualifiés.

d) Les chiffres relatifs au nombre annuel d'heures travaillées correspondent à la période 1994-2010, tandis que les chiffres relatifs à l'ancienneté dans l'emploi couvrent la période 1995-2009.

Source : Estimations de l'OCDE fondées sur la *Base de données sur les statistiques de la population active (LFS)* pour les parties A et C, sur l'Enquête sur les forces de travail de l'Union européenne (EFTUE) pour la partie B, et sur l'Enquête européenne sur les conditions de travail (EECT) pour les parties D et E.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932567941

pays de l'OCDE. Comme indiqué plus haut, la montée récente du chômage devrait avoir des effets négatifs sur la santé mentale des nombreuses personnes qui ont perdu leur emploi au cours de cette période. Parallèlement, la santé mentale de ceux qui occupent toujours leur emploi devrait être elle aussi mise à mal sous l'effet de l'accroissement de la précarité de l'emploi et des restructurations économiques.

La structure de l'emploi continue d'évoluer dans les pays de l'OCDE, avec un transfert des secteurs agricole et manufacturier vers le secteur tertiaire. La proportion de travailleurs occupant un emploi dans le secteur manufacturier ou d'autres branches d'activité productrices de biens a considérablement diminué, tandis que la part des travailleurs qui occupent un emploi dans les professions intellectuelles, scientifiques et techniques a fortement progressé (partie B). Dans les professions de bureau moins qualifiées, la situation est plus mitigée : la proportion de travailleurs occupant des emplois administratifs a diminué, tandis que la part des travailleurs dans le secteur de la vente a augmenté, ce qui laisse à penser que l'emploi dans les professions traditionnellement associées au stress (c'est-à-dire les professions peu qualifiées) tend à augmenter.

Au total, la proportion de travailleurs bénéficiant d'un contrat temporaire est orientée à la hausse, tandis que l'ancienneté moyenne dans l'emploi demeure relativement stable dans la zone OCDE (partie C). La progression de l'emploi temporaire et de courte durée montre que le marché du travail est devenu plus dynamique, ce qui devrait accroître la précarité de l'emploi. Le nombre d'heures travaillées par semaine continue de diminuer en moyenne, ce qui s'explique par l'incidence croissante du travail à temps partiel et par la baisse du nombre de personnes qui effectuent de longues heures de travail[7]. La proportion de travailleurs aux horaires de travail atypiques (travail de nuit, le soir et les week-ends) a fortement chuté (partie D). Le nombre de personnes qui déclarent pouvoir concilier vie professionnelle et vie familiale a augmenté, ce qui peut être lié à la diminution du nombre total d'heures travaillées et des horaires de travail atypiques. Le lien entre santé mentale et temps de travail n'est pas nécessairement direct. Ainsi, même si le fait de travailler beaucoup peut entraîner des problèmes psychologiques, de longues heures de travail peuvent aussi être associées à une plus grande satisfaction professionnelle, surtout lorsqu'il s'agit d'améliorer ses perspectives de carrière et d'acquérir une plus grande autonomie au travail.

Mais les facteurs de risques psychosociaux se sont également accrus

L'exposition dont font état les travailleurs de la zone OCDE à diverses conditions de travail sources de stress évoque une croissance tendancielle des exigences psychologiques ou des efforts exigés des travailleurs (partie E). À 57 % en 2010, la proportion de travailleurs déclarant être contraints de fournir une forte intensité de travail (c'est-à-dire de travailler vite et dans des délais serrés) n'a certes quasiment pas évolué mais demeure très élevée. La proportion de travailleurs qui ne bénéficient que d'une autonomie limitée au travail a légèrement augmenté. En 2010, 68 % des travailleurs déclaraient acquérir de nouvelles connaissances dans le cadre de leur emploi, soit 6 % de moins qu'en 1990 alors que la proportion de travailleurs déclarant que leurs compétences ne sont pas à la hauteur des exigences de leur emploi a augmenté. Dans l'ensemble, les travailleurs ont été plus nombreux à faire état d'une faible satisfaction professionnelle au cours de cette période.

De nombreux travaux ont démontré que certains aspects du stress au travail, comme une forte exigence psychologique, un manque de maîtrise sur les tâches à accomplir et une forte précarité de l'emploi, constituent des variables explicatives de certains troubles

mentaux courants. Les données fournies dans la présente section donnent à penser que certaines conditions de travail susceptibles d'avoir un effet négatif sur la santé mentale sont devenues plus courantes ces dernières années dans de nombreux pays de l'OCDE. Cette situation, couplée à la montée récente du chômage et de la précarité de l'emploi, pourrait contribuer à une détérioration de la santé mentale moyenne des travailleurs dans les pays de l'OCDE.

Stress et tension au travail et santé mentale

Il existe un lien complexe entre stress au travail et santé mentale. Le stress est un élément normal de la vie quotidienne à condition que les individus puissent le gérer. Cela est aussi vrai pour le stress au travail, qui est généralement plus marqué chez les cadres d'entreprises et dans les professions intellectuelles et scientifiques hautement qualifiées (Calnan *et al.*, 2004 par exemple). Toutefois, ce n'est pas vis-à-vis de ces travailleurs qu'il est le plus destructeur. Dans ces conditions, ce sont les mécanismes qui transforment le stress normal en « mauvais stress » (c'est-à-dire en stress pouvant entraîner un problème de santé mentale) qui importent.

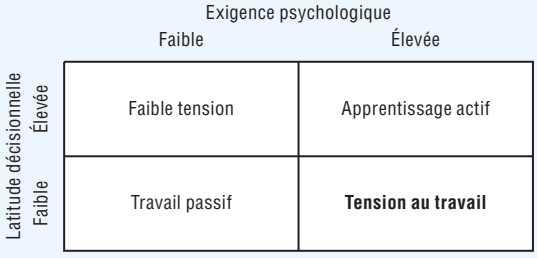
Une mauvaise organisation du travail joue un rôle déterminant dans l'apparition des problèmes de santé mentale

Selon plusieurs théories, l'exposition à certains facteurs de risques psychosociaux au travail peut avoir des conséquences négatives sur la santé mentale des travailleurs. Le modèle de la *tension au travail* (également appelé modèle « *exigence-contrôle* ») et le modèle « *effort-récompense* » sont les deux modèles de référence pour mesurer le stress au travail et ils permettent d'identifier les caractéristiques spécifiques à l'emploi qui exercent une influence sur le bien-être et la santé mentale des salariés. Le modèle exigence-contrôle est fondé sur le principe selon lequel le stress et la *tension au travail* sont liés, en premier lieu, aux caractéristiques structurelles/organisationnelles de l'environnement de travail (Karasek, 1979). Plus précisément, ce modèle établit qu'aux différents types d'emplois correspondent différents types de stress au travail, sous l'effet de trois facteurs principaux : *i)* le volume de travail (les *exigences de l'emploi*) ; *ii)* le pouvoir de décision individuel ; et *iii)* la marge de manœuvre dans son travail (la somme des deux derniers facteurs correspondant à la *latitude décisionnelle*). Les effets néfastes du stress sur la santé physique et mentale se font davantage sentir lorsque le travailleur doit faire face à une exigence psychologique importante, couplée à un faible niveau d'autonomie. Selon le modèle du déséquilibre effort-récompense, la situation qui induit le plus de stress est celle où la récompense n'est pas à la hauteur des efforts fournis. Par récompense on entend récompenses financières, considération, perspectives de promotion et sécurité de l'emploi (Siegrist, 1996).

De nombreux travaux établissent le lien entre un niveau élevé de tension psychologique et de stress au travail et les troubles mentaux. Par exemple, une vaste méta-analyse menée par Stansfeld et Candy (2006) démontre que la conjugaison d'exigences élevées et d'une latitude décisionnelle limitée (ce qui correspond à une situation de tension au travail) et celle de faibles efforts pour de faibles récompenses (déséquilibre effort-récompense) représentent des facteurs de risques importants pour les troubles mentaux courants. Même si la prévalence des troubles mentaux dans la population est restée stable, l'évolution de la nature du travail a-t-elle des conséquences néfastes sur la santé mentale d'un nombre croissant de travailleurs ?

Conformément aux travaux de Karasek (1979), dans la présente section, l'indicateur de tension au travail est utilisé pour mesurer le stress au travail. Il offre un cadre conceptuel utile pour relier organisation et conditions de travail, afin d'évaluer le stress au travail. En analysant simultanément les exigences de l'emploi et la marge de manœuvre dont jouit celui qui l'occupe, il est possible de répartir les différentes modalités d'organisation du travail en quatre quadrants caractérisés par une latitude décisionnelle faible ou élevée ou par une exigence psychologique faible ou élevée (voir l'encadré 2.2). Un emploi qui associe forte latitude décisionnelle et exigence psychologique élevée est considéré comme favorisant un « apprentissage actif », tandis que l'inverse encourage le « travail passif ». Le quadrant intitulé « Tension au travail » se caractérise par un niveau élevé d'exigence psychologique et par une faible latitude décisionnelle. Selon la théorie qui étaye ce modèle, les individus qui souffrent de tension au travail sont les plus susceptibles de développer des troubles mentaux liés au stress, contrairement à la catégorie « Faible tension » qui est la moins à risque[8].

Encadré 2.2. **Exigence psychologique et latitude décisionnelle**



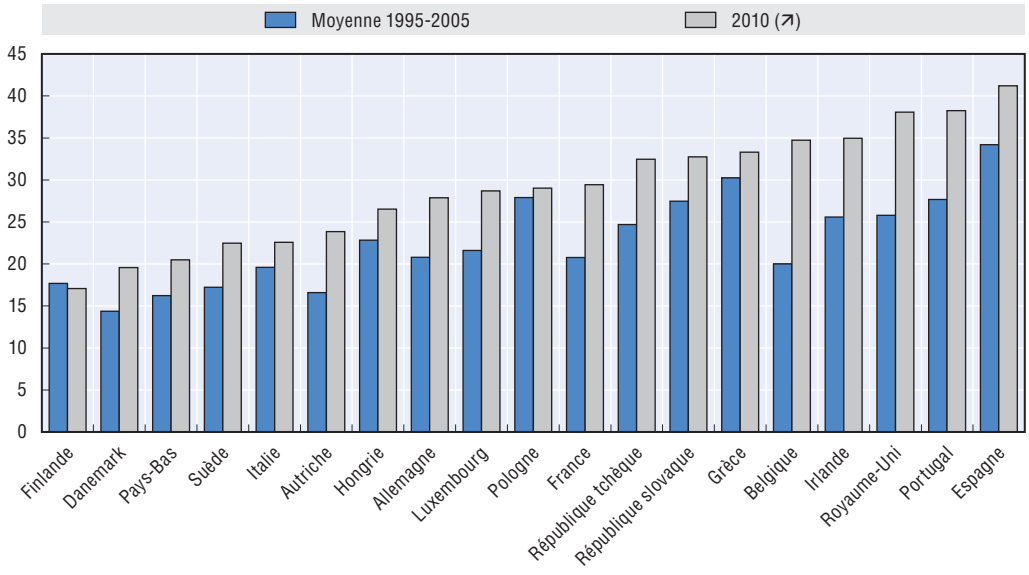
Toutes les professions sont confrontées à une tension croissante au travail

Le graphique 2.14 montre que la proportion de travailleurs souffrant de tension au travail a augmenté dans tous les pays de l'OCDE, parfois de manière très sensible. Il est ainsi intéressant de comparer le niveau de la tension au travail et son évolution entre les travailleurs de différents pays : dans les pays nordiques, les travailleurs sont systématiquement moins exposés à la tension au travail (20 % environ) que les travailleurs des pays anglo-saxons et méditerranéens (30 à 40 %), tandis que la progression est la plus marquée chez ces derniers.

Les facteurs de stress psychologique présents dans l'environnement de travail sont très variables et peuvent être très différents en fonction du type d'emploi. Le graphique 2.15 présente la proportion de travailleurs souffrant de tension au travail dans différentes professions. La tension au travail a fortement augmenté dans toutes les professions, surtout chez les employés administratifs et des services. Les travailleurs qui occupent des professions peu qualifiées sont bien plus susceptibles de souffrir de tension au travail que ceux qui occupent des emplois hautement qualifiés. Cette observation est conforme à la théorie du modèle exigence-contrôle, selon laquelle les travailleurs dont la profession implique de travailler avec des machines et les travailleurs du secteur des services, comme les serveurs, sont les plus exposés au stress dans la mesure où ils subissent une forte demande et n'ont qu'un pouvoir limité. En revanche, la prévalence de la tension au travail est moindre dans les professions hautement qualifiées (avocats, professeurs d'université, consultants ou chargés de clientèle par exemple), qui conjuguent niveau d'exigence élevé et autonomie forte.

Graphique 2.14. **La tension au travail s'est accrue dans tous les pays européens de l'OCDE au cours des dix dernières années**

Évolution de la proportion de travailleurs souffrant de tension au travail, par pays, sur la base du seuil 2010



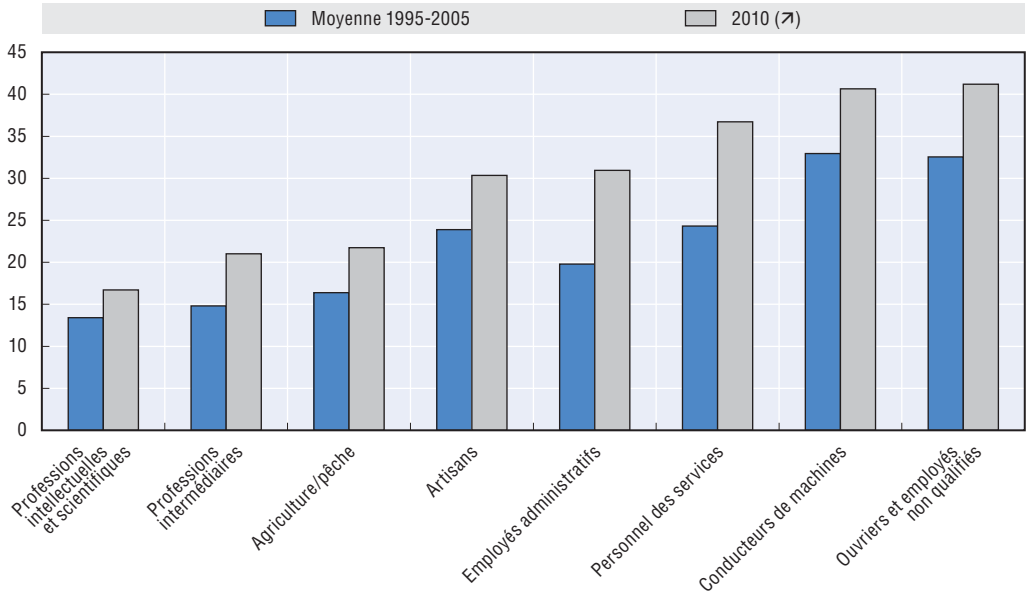
Note : Résultats du modèle basés sur l'ensemble des pays couverts par l'Enquête EECT.

Source : Estimations de l'OCDE selon l'Enquête européenne sur les conditions de travail (EECT) 1990-2010.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932567960

Graphique 2.15. **Les travailleurs qui occupent un emploi faiblement qualifié sont plus exposés au phénomène de tension au travail**

Évolution de la proportion de travailleurs souffrant de tension au travail, par profession, sur la base du seuil 2010



Note : Résultats basés sur l'ensemble des pays couverts par l'Enquête EECT.

Source : Estimations de l'OCDE selon l'Enquête européenne sur les conditions de travail (EECT) 1990-2010.

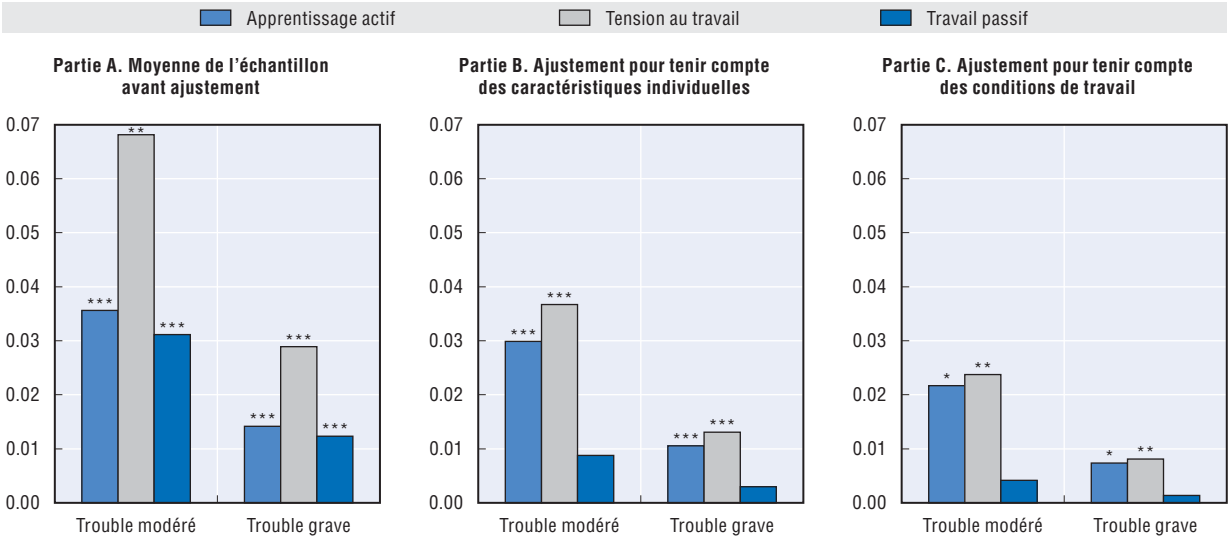
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932567979

Quel est l'impact de la tension au travail sur la santé mentale ?

Le graphique 2.16 illustre l'effet de la *tension au travail, de l'apprentissage actif* et du *travail passif* – par rapport à une situation de *faible tension* – sur les probabilités simulées de développer ou non un trouble mental modéré à grave[9]. Les résultats montrent qu'une exigence psychologique élevée conjuguée à une autonomie importante (ce qui correspond à un apprentissage actif), de même que des exigences élevées assorties d'une marge de manœuvre limitée dans son travail (travail passif), augmentent de manière sensible la probabilité de souffrir d'un trouble mental, qu'il soit modéré ou grave. Une personne confrontée à une forte exigence psychologique et à une autonomie limitée (ce qui correspond à une situation de tension au travail) doit faire face à un effet deux fois plus important (partie A).

Graphique 2.16. **La tension au travail augmente sensiblement la probabilité de souffrir d'un trouble mental**

Effet marginal des conditions de travail du modèle exigence-contrôle sur la probabilité de développer un trouble mental



*, **, *** statistiquement significatifs aux seuils de 10 %, 5 % et 1 % respectivement.

Note : Résultats du modèle basés sur l'ensemble des pays couverts par l'Enquête EECT.

Source : Estimations de l'OCDE selon l'Enquête européenne sur les conditions de travail (EECT) 1990-2010.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932567998

Lorsque l'on prend en compte les caractéristiques individuelles, l'impact du travail passif disparaît tandis que l'effet d'une exigence psychologique élevée demeure significatif à 1 %, sans provoquer de variation notable au niveau du coefficient (partie B). La prise en compte des conditions de travail individuelles qui ne sont pas intégrées au cadre travail-demande réduit à la fois le seuil de signification et le niveau des coefficients, mais l'effet de la tension au travail reste significatif à 5 % (partie C). Il n'existe pas d'écart statistiquement significatif dans les résultats entre les troubles mentaux graves et les troubles mentaux modérés : les emplois générant une tension importante semblent représenter un déterminant clé dans la propension à développer un problème de santé mentale, qu'il soit modéré ou grave. Il s'agit d'un élément essentiel dans la mesure où les troubles mentaux courants, qui sont très fréquents, peuvent facilement s'aggraver. En outre, cela confirme le rôle joué par les conditions de travail dans la santé mentale[10].

Les résultats plus détaillés montrent que d'autres conditions de travail ont également une forte incidence sur la santé mentale (tableau 2.3), plus particulièrement la flexibilité des horaires de travail, le travail temporaire et, uniquement pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves, le travail le dimanche. On observe aussi une dégradation de l'état de santé mentale si les travailleurs ne bénéficient d'aucun soutien de la part de leurs collègues et si les qualifications requises par leur emploi sont trop élevées par rapport à leur niveau de compétences. Parmi toutes les conditions de travail incluses dans le modèle, c'est le comportement du responsable hiérarchique vis-à-vis du salarié[11] qui est le plus important quant à son impact sur la santé mentale des travailleurs. Un comportement « positif » du responsable à l'égard de son équipe réduit la probabilité de développer un trouble modéré ou grave de la santé mentale de respectivement 6 et 2 % (tableau 2.3, modèle 1).

Tableau 2.3. **Effet de la tension au travail (exigence-contrôle) sur la santé mentale**

Effets marginaux à partir d'un modèle logit ordonné[a]

Variable dépendante = indice de problème de santé mentale (0 = aucun, 1 = modéré, 2 = grave)	Total (modèle 1)		Profession (modèle 2)							
			Membres de l'exécutif et des corps législatifs, cadres supérieurs de l'administration publique, dirigeants et cadres supérieurs d'entreprise	Professions intellectuelles et scientifiques	Professions intermédiaires	Employés de type administratif	Personnel des services et vendeurs de magasin et de marché	Artisans et ouvriers des métiers de type artisanal	Conducteurs d'installations et de machines et ouvriers de l'assemblage	Ouvriers et employés non qualifiés
	Trouble modéré	Trouble grave	Trouble modéré							
Apprentissage actif (par rapport à une situation de faible tension)	0.022*	0.008*	0.014	0.010	0.018	0.009	0.035	0.032	0.076	0.045
Tension au travail	0.024**	0.008**	0.009	0.033*	0.025	0.027	0.011	–0.004	0.108*	0.062
Travail passif	0.004*	0.001	0.009	–0.011	0.001	–0.006	0.028	0.001	0.062	0.034
Comportement du responsable hiérarchique	–0.059***	–0.021***	–0.102***	–0.043***	–0.042***	–0.035**	–0.037**	–0.105***	–0.065***	–0.064***
Flexibilité des horaires	0.012***	0.004***	0.021	0.007	–0.005	0.017	0.010	–0.002	0.042***	–0.003
Travail le dimanche	0.004	0.002*	0.003	0.015***	0.008	0.008	0.010*	–0.008	–0.016*	0.006
Absence de soutien de la part des collègues	0.024***	0.008***	–0.028	–0.010	0.012	0.037*	0.044*	–0.001	0.025	0.042*
Qualifications requises par rapport au niveau de compétences	0.009**	0.003**	0.005	0.014*	0.004	0.019*	0.001	0.014	–0.024	0.016
Femmes (par rapport aux hommes)	0.032***	0.011***	0.063**	0.054***	0.008	0.035***	0.027*	0.002	0.023	0.038
Travail temporaire (par rapport à travail permanent	0.014*	0.005*	0.038	0.011	0.014	0.006	0.015	0.040*	0.007	0.017

*, **, *** statistiquement significatifs aux seuils de 10 %, 5 % et 1 % respectivement.

Note : Résultats du modèle basés sur l'ensemble des pays couverts par l'Enquête ECCT.

a) Modèle logit ordonné estimé avec une erreur type qui tient compte de l'effet de grappe pour chaque pays. Autres variables prises en compte : variables indicatrices de la branche d'activité au niveau 1, variables indicatrices de la taille de l'entreprise, variables indicatrices du secteur (public ou privé), variables indicatrices du pays et autres variables relatives aux conditions de travail.

Source : Estimations de l'OCDE selon l'Enquête européenne sur les conditions de travail (ECCT) 1990-2010.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932569043

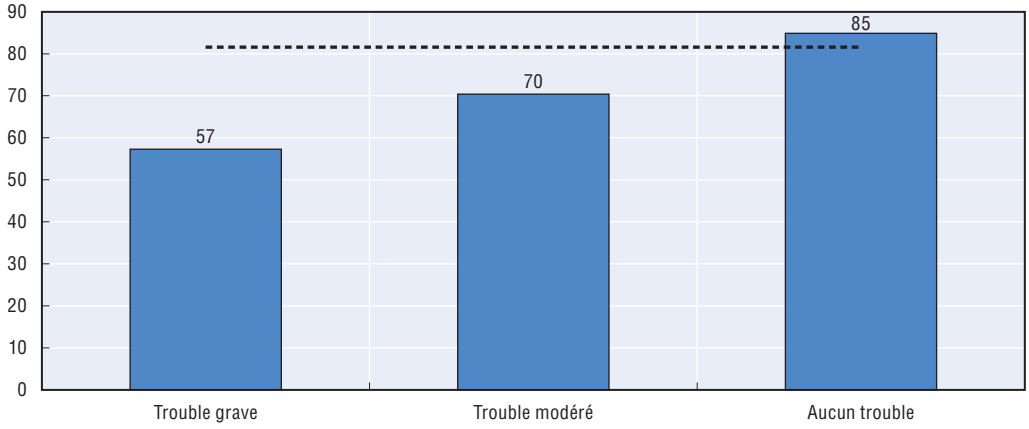
Lorsque l'on compare l'effet de la tension au travail sur la santé mentale en fonction des professions, on observe une baisse du seuil de signification statistique du coefficient (à l'exception des professions intellectuelles et scientifiques et des conducteurs de machines), ce qui peut s'expliquer par la diminution de la taille des échantillons liée à l'analyse par catégorie professionnelle. Le comportement des responsables hiérarchiques, premier facteur en termes d'impact, reste déterminant, même au niveau de la profession individuelle. C'est pourquoi l'attitude du responsable est capitale, quel que soit le niveau d'exigence de l'emploi et de marge de manœuvre dans son travail et indépendamment de la profession. L'écart hommes-femmes est le plus marqué dans les emplois hautement qualifiés, tandis que d'autres facteurs comme le soutien des collègues ou le statut de travailleur temporaire n'aboutissent pas à des écarts importants[12] (tableau 2.3, modèle 2).

Le responsable hiérarchique a un rôle essentiel à jouer pour compenser les effets négatifs du stress au travail

L'observation selon laquelle le comportement du responsable hiérarchique a une forte incidence sur les probabilités de développer un trouble mental a des implications capitales pour les actions et les mesures requises dans l'entreprise. Il est avéré qu'un bon encadrement et un style de gestion adapté figurent parmi les principaux facteurs qui contribuent à un environnement de travail sain (Kelloway et Barling, 2010). Un bon encadrement permet aux salariés de mieux gérer le stress au travail. Le rôle du supérieur est encore plus important pour les personnes atteintes de troubles mentaux, qui sont plus nombreuses à déclarer manquer de respect et de reconnaissance au travail : un peu plus de la moitié (57 %) seulement des personnes atteintes de troubles mentaux graves estiment que leurs efforts sont reconnus dans leur travail, contre 70 % des personnes souffrant de troubles mentaux modérés et 85 % des individus qui ne souffrent d'aucun problème de santé mentale (graphique 2.17).

Graphique 2.17. **Le respect et la reconnaissance au travail diminuent avec l'aggravation du trouble mental**

Proportion (en pourcentage) d'individus bénéficiant dans leur travail de respect et reconnaissance proportionnels à leurs efforts et performances, en fonction du degré de gravité du trouble mental, 2010



Note : Résultats basés sur l'ensemble des pays couverts par l'Eurobaromètre. La moyenne est représentée par la ligne pointillée.

Source : Estimations de l'OCDE à partir de l'Eurobaromètre 2010.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568017

Politiques en vigueur dans les entreprises

Compte tenu du rôle clé joué par le supérieur hiérarchique, les politiques et les pratiques en vigueur dans les entreprises sont capitales, d'autant plus au vu du très grand nombre de travailleurs atteints de troubles mentaux courants et de l'influence particulièrement forte des pratiques de gestion sur leur santé et leur productivité. Nombre de ces travailleurs auraient besoin d'un soutien plus précoce, *avant même* que les problèmes de santé mentale n'apparaissent, notamment sous forme d'absences répétées ou prolongées. Comme l'indiquent Baer *et al.* (2011), la moitié des salariés qualifiés de « difficiles » – c'est-à-dire des travailleurs atteints de différents problèmes de santé courants – ne prennent jamais de congés maladie, alors qu'ils ont besoin d'une aide urgente.

Prévention et suivi du stress au travail et de la maladie mentale en entreprise

Le tableau 2.4 montre de quelle manière les pays agissent pour prévenir le stress et la tension au travail, afin d'éviter toute dégradation de la santé mentale des travailleurs. Plusieurs conclusions d'ordre général se dégagent :

- Il semble qu'il existe une obligation légale applicable à tous quant à la nécessité de prendre les mesures adaptées pour protéger la santé des travailleurs. Certains pays imposent une évaluation des risques, alors que d'autres contraignent les entreprises à une évaluation plus générale du lieu de travail.
- Dans la plupart des pays, la réglementation, les évaluations de risques et les évaluations du lieu de travail contiennent des dispositions spécifiques relatives aux dangers psychologiques et/ou au stress au travail.
- Rares sont les pays qui donnent des instructions explicites quant à la manière de faire face aux obligations légales relatives à la santé. Alors que la Belgique exige que les évaluations de risques couvrent divers domaines comme le stress et le harcèlement au travail, d'autres pays proposent des outils pour aider les responsables à réaliser les évaluations de risques (Royaume-Uni par exemple).

Dans la pratique, les risques psychosociaux semblent moins pris en compte que les risques physiques, ce qui laisse à penser qu'on ne comprend pas réellement à quel point il s'agit d'un enjeu important. Seuls quelques rares pays ont adopté des obligations spécifiques dans ce domaine, sans régler la question de la responsabilité et des normes minimales. On fait également peu mention des mesures recommandées pour gérer les risques une fois qu'ils sont identifiés dans le cadre de l'évaluation du lieu de travail, alors que la coordination et le partage des meilleures pratiques seraient particulièrement bénéfiques dans ce domaine.

Les salariés « difficiles » sont trop souvent licenciés

Les procédures d'évaluation et de suivi des risques ont notamment pour objectif de maintenir l'emploi et de prévenir les licenciements. Il existe très peu d'études consacrées au lien entre santé mentale et licenciements mais les données disponibles sont révélatrices. Selon une étude américaine récente, les travailleurs souffrant de troubles mentaux doivent faire face à un risque accru de 56 % de licenciement et de 32 % de départ volontaire (Nelson et Kim, 2011). Ils sont donc non seulement plus susceptibles d'être licenciés mais aussi d'être découragés et de quitter leur emploi. Cette étude ne fait aucune distinction entre troubles mentaux modérés et troubles mentaux graves, mais les données présentées ci-dessus laissent à penser que le risque de licenciement est très élevé pour les travailleurs souffrant de troubles mentaux graves et que le risque de départ volontaire concerne davantage les travailleurs présentant des troubles modérés, qui espèrent trouver un meilleur emploi ailleurs.

Tableau 2.4. **Le stress au travail n'est pas suffisamment pris en compte dans l'évaluation des risques sur le lieu de travail**

Obligations de prévention et instructions relatives aux risques psychologiques et au stress au travail

	Obligations de prévention	Instructions explicites
Australie	Obligation légale de garantir la sécurité sur le lieu de travail, ainsi que d'identifier, d'évaluer et de gérer les risques, y compris le stress. Les risques psychosociaux ne sont pas définis de la même manière au niveau central et fédéral et font l'objet d'une attention moindre que celle accordée aux risques physiques.	Aucune méthode prescrite pour le suivi mais les méthodes proposées incluent des consultations et des mesures spécifiques à chaque secteur.
Autriche	Les employeurs sont légalement tenus d'évaluer tous les risques, y compris les risques psychosociaux, de manière continue.	La réglementation ne prévoit pas en détail les modalités de l'évaluation des risques mais il existe des directives et un outil en ligne à cet effet.
Belgique	Les employeurs doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour veiller à ce qu'une politique de prévention protège le bien-être des travailleurs, au moyen d'une analyse des risques et d'un plan sur cinq ans.	Les risques évalués englobent le stress, la violence, le harcèlement, les efforts et les conflits.
Danemark	Les entreprises ont l'obligation légale d'évaluer les conditions de travail. Les évaluations tiennent compte de la complexité des tâches à accomplir et de la taille de l'entreprise.	Il existe une documentation officielle destinée à faciliter la préparation des évaluations ; les absences pour maladie constituent un critère explicite de l'évaluation du lieu de travail.
États-Unis	En dépit de l'absence d'une loi fédérale contraignant les employeurs à évaluer le stress au travail, de nombreuses entreprises procèdent à des évaluations annuelles ou semestrielles volontaires.	Aucune instruction explicite.
Norvège	Les entreprises ont l'obligation légale de garantir systématiquement la sécurité des travailleurs, qui englobe les conditions de travail et le stress. La réglementation sur le contrôle interne leur impose de procéder à une évaluation des risques et de mettre en place des plans d'action.	La réglementation ne comprend pas de directives spécifiques sur les modalités de réalisation de l'analyse et de l'évaluation des risques.
Pays-Bas	Les employeurs ont l'obligation légale de réaliser régulièrement une évaluation des risques dans le domaine des conditions d'hygiène et de sécurité dans le travail (y compris du stress au travail).	Les modalités de l'identification et de l'évaluation des conditions de travail et du stress au travail sont laissées à l'interprétation des employeurs et des salariés.
Royaume-Uni	Les employeurs ont l'obligation légale de garantir la santé (y compris mentale) de leurs salariés et d'évaluer les risques qui pèsent sur leur santé.	Il existe des normes de gestion (six domaines de travail étant identifiés comme susceptibles d'être exposés au stress) et un questionnaire gratuit pour évaluer les facteurs de risques au sein de l'entreprise.
Suède	Il existe une procédure écrite d'évaluation des risques et les entreprises ont l'obligation légale de procéder à des évaluations de l'environnement de travail (sous peine de sanctions).	Les compétences des dirigeants dans ce domaine sont réglementées.
Suisse	Les employeurs doivent prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger la santé de leurs employés (y compris leur santé mentale).	Aucune disposition explicite sur les modalités d'identification et d'évaluation.

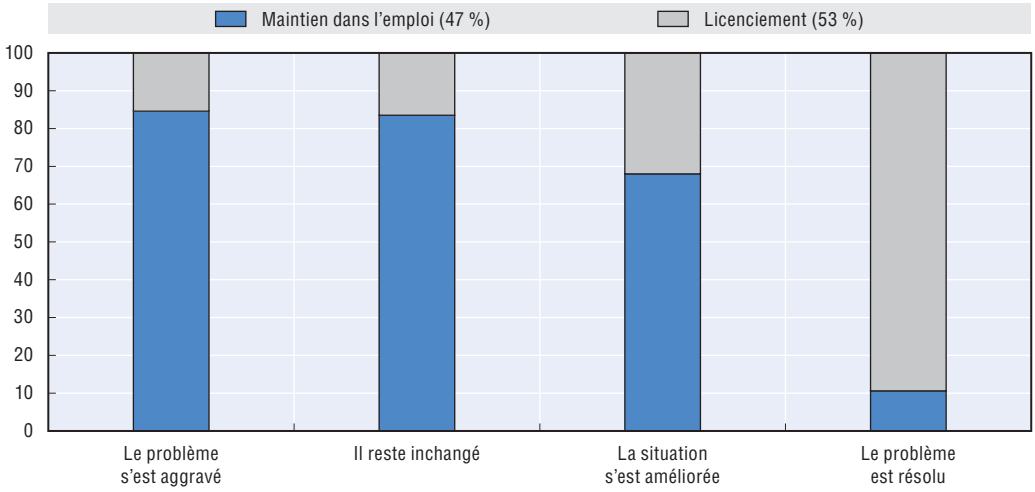
Source : Questionnaires de l'OCDE sur l'action publique en matière de santé mentale.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932569955

De même, une étude conduite récemment en Suisse examine les différents types de comportement adoptés par les dirigeants confrontés à des cas de maladie mentale dans leur entreprise (Baer *et al.*, 2011) : dans la quasi-totalité des cas où un employeur considère qu'un problème lié à l'état de santé mentale a été « réglé », c'est que le travailleur en question a été licencié. Parallèlement, la plupart des employeurs qui n'ont pas licencié le travailleur concerné estiment que le problème est toujours aussi grave, voire qu'il a empiré (graphique 2.18). Cette étude laisse donc à penser que la solution la plus courante – du moins dans un pays comme la Suisse où le marché du travail est flexible et où le degré de protection de l'emploi est relativement faible – consiste à licencier les travailleurs « difficiles » présentant des problèmes de santé mentale. Il y a donc beaucoup à faire pour améliorer l'action publique dans le domaine du maintien dans l'emploi.

Graphique 2.18. **La résolution des problèmes liés à l'état de santé mentale dans l'entreprise conduit souvent à un licenciement**

Proportion (en pourcentage) des employeurs de deux régions suisses qui estiment que le problème représenté par un salarié « difficile » est résolu, s'est amélioré, est resté inchangé ou s'est aggravé, en fonction du licenciement ou non du salarié concerné, 2010



Source : À partir de Baer *et al.* (2011), « "Schwierige" Mitarbeiter: Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche – eine Pilotstudie in Basel-Stadt und Basel-Landschaft ».

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568036

Le tableau 2.5 fait la synthèse des différentes politiques pertinentes appliquées par les pays pour toutes les questions relatives aux licenciements pour des motifs ayant trait à la santé mentale. Les principales conclusions sont les suivantes :

- La majorité des pays imposent aux employeurs de consentir, de bonne foi, des efforts avant de procéder à un licenciement pour des motifs liés à la santé. Il est important de noter que dans certains pays, la maladie est considérée comme un motif de licenciement valable (par exemple en Autriche, s'il ne s'agit pas d'une maladie chronique, ou au Danemark), tandis que dans d'autres, la législation sur la protection de l'emploi est bien plus stricte pour les travailleurs malades que pour les autres (Norvège ou Pays-Bas). Certains pays sont plus précis que d'autres quant à ce qui constitue un effort de bonne foi. Ainsi, le Royaume-Uni a défini certaines des mesures à mettre obligatoirement en œuvre avant tout licenciement et impose que ces mesures soient raisonnables. La réglementation néerlandaise stipule que tous les efforts possibles doivent être faits, y compris en matière de reclassement, pour ne pas licencier le travailleur concerné.
- La période minimum d'absence qui peut être retenue comme motif légitime de licenciement est comprise entre un mois (Danemark, Suisse) et six mois (Belgique) et elle peut même aller jusqu'à 12 mois (Norvège), voire deux ans (Pays-Bas). Les obligations relatives à la notification du licenciement varient également en fonction du pays et de l'ancienneté.
- Enfin, l'obligation d'informer les autorités de tout licenciement varie fortement, ainsi que les modalités d'acceptation ou de contestation du licenciement. D'une manière générale, il n'existe pas d'obligation de ce type, à l'exception de cas spécifiques ayant trait aux prestations versées aux travailleurs (en Autriche et en Suisse).

Tableau 2.5. **Les dispositions de la réglementation sur les licenciements s'agissant des travailleurs malades varient considérablement d'un pays à l'autre**

Obligations légales relatives au licenciement des travailleurs malades

	Politique relative aux licenciements	Obligation d'informer les autorités
Australie	La plupart des services d'indemnisation des travailleurs imposent aux employeurs un aménagement du travail, certains régimes imposant une période d'absence réglementaire avant d'autoriser tout licenciement pour des motifs de santé. Les délais de préavis sont compris entre une et quatre semaines, en fonction de l'ancienneté.	Aucune obligation d'informer les services de l'emploi, mais les salariés ont accès au programme d'aide *Jobs in Jeopardy*, qui vise le maintien dans l'emploi au moyen de conseils et d'aménagements du lieu de travail.
Autriche	Des mesures spécifiques existent uniquement pour les cas où le salarié souffre d'un handicap reconnu. Sinon, la maladie est reconnue comme un motif valable de licenciement.	S'agissant des personnes qui souffrent d'un handicap reconnu, un comité spécial doit examiner le dossier et statuer si le licenciement est justifié ou non.
Belgique	La maladie est une raison valable de résiliation du contrat. L'employeur peut être exempté de la période de préavis requise par la loi et du versement des indemnités de licenciement si le salarié est déclaré définitivement inapte au travail par le médecin du travail.	Aucune obligation d'informer le bureau d'emploi local.
Danemark	La politique suivie en matière de licenciement dépend du contrat de travail. Un préavis d'un mois est obligatoire dans le cas des maladies de longue durée.	Les employeurs ne sont pas tenus d'informer les autorités.
États-Unis	L'employeur doit s'efforcer, de bonne foi, de procéder aux aménagements nécessaires pour les travailleurs souffrant de handicaps et le licenciement ne peut intervenir avant que ces mesures n'aient été prises.	Aucune obligation d'informer l'agence locale pour l'emploi.
Norvège	L'absence pour maladie ne constitue pas un motif valable de licenciement durant les 12 premiers mois après la maladie et le licenciement est réglementé. La décision doit prendre en compte les aménagements réalisés par l'employeur vis-à-vis de la situation de travail du salarié et le caractère raisonnable des préjudices occasionnés pour l'entreprise.	
Pays-Bas	Les employeurs doivent prendre toutes les mesures possibles pour garder un travailleur malade, y compris des mesures de reclassement si nécessaire. Le licenciement est interdit pendant deux ans, à moins que le salarié refuse de coopérer.	L'employeur doit informer régulièrement l'autorité en charge de l'assurance sociale des dossiers de réintégration et de leur avancée, en établissant un rapport complet après deux ans. Les employeurs qui ne font pas tout leur possible pour garder un travailleur malade peuvent être sanctionnés en se voyant contraints de payer une troisième année de congé maladie.
Royaume-Uni	L'employeur doit prendre toutes les mesures raisonnables nécessaires pour garder le salarié, comme le prévoit l'*Equality Act* (2010).	C'est à l'employé d'intenter un recours en cas de licenciement abusif.
Suède	Toutes les possibilités de reclassement doivent être étudiées avant d'autoriser un licenciement pour raison de santé, avec un préavis minimum de trois mois (aucune durée d'absence minimum nécessaire).	Le licenciement peut être contesté auprès d'un tribunal spécial.
Suisse	L'employeur ne peut licencier un salarié si celui-ci est totalement ou partiellement incapable de travailler en raison d'une maladie pendant une période donnée (de 30 à 90 jours, en fonction de l'ancienneté).	Aucune obligation d'informer le service de l'emploi sauf aux fins de l'allocation chômage, le respect de la confidentialité étant assuré.

Source : Questionnaires de l'OCDE sur l'action publique en matière de santé mentale.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932569974

Dans les différentes réglementations, la préoccupation principale consiste à protéger les travailleurs contre tout licenciement abusif, inconsidéré ou discriminatoire. Néanmoins, une aide plus spécifique serait bénéfique pour les salariés menacés de perdre leur emploi pour des motifs liés à leur santé mentale. C'est le cas en Australie, qui a adopté un programme visant à maintenir les emplois au moyen de conseils et d'aménagements du lieu de travail.

Lutter contre la stigmatisation et encourager l'embauche des personnes qui souffrent de troubles mentaux

La question du maintien dans l'emploi n'est qu'un aspect du problème : il faut aussi stimuler la demande de main-d'œuvre et encourager l'embauche de travailleurs présentant un problème de santé mentale. La stigmatisation des travailleurs et demandeurs d'emplois atteints de troubles mentaux est réelle et s'explique par le manque de connaissance des employeurs et des dirigeants sur la maladie mentale et par les craintes générées par le recrutement d'une personne souffrant de troubles mentaux au sein d'une équipe, y compris quant aux conséquences sur les autres travailleurs et membres de l'équipe. Conscients de ce problème, de plus en plus de pays mènent des campagnes de sensibilisation.

Le tableau 2.6 fait un point sur les initiatives et programmes publics dédiés à la lutte contre la stigmatisation sur le lieu de travail et à l'embauche. Plusieurs thèmes communs se dégagent de cette comparaison internationale :

- S'agissant des directives adressées aux employeurs sur la manière de lutter contre la stigmatisation des troubles mentaux dans l'entreprise, la plupart des pays ont plusieurs brochures disponibles mais les entreprises ne sont pas nécessairement obligées de suivre ces conseils.
- Plusieurs pays organisent des conférences visant à sensibiliser le grand public en général et adoptent des directives pour les employeurs en particulier. Le contenu de ces conférences est accessible à tous en ligne mais certains pays fournissent également des exemplaires papier au cours des inspections du travail.
- La plupart des pays ont pris des mesures pour lutter contre la stigmatisation dans l'entreprise, certaines mises en œuvre par le secteur privé et d'autres déployées dans le cadre d'initiatives publiques. Si certains pays mettent directement en évidence les problèmes pouvant faire l'objet d'une stigmatisation (Australie, États-Unis, Royaume-Uni, Suisse), d'autres font référence de manière plus générale à la nécessité de réduire le stress au travail de manière à éviter les problèmes de santé mentale.
- Les initiatives publiques de sensibilisation sont également courantes, plusieurs pays ayant recours à des campagnes fondées sur des conférences, des documents en ligne, des programmes TV et des panneaux d'affichage. Ainsi, la Suisse a mis en place un label spécifique pour les entreprises les plus actives et les plus performantes dans ce domaine.

Si les pouvoirs publics pouvaient s'impliquer de manière plus active dans les campagnes de sensibilisation et dans les efforts visant à encourager les parties prenantes concernées à solliciter de l'aide si nécessaire, un consensus semble se dégager sur la nécessité d'une prise de conscience plus aigue. Il est difficile d'évaluer le potentiel des campagnes et des mesures de lutte contre la stigmatisation. Bien que les problèmes de santé mentale soient très répandus parmi les travailleurs et, surtout, les chômeurs, la plupart restent invisibles. La divulgation des troubles mentaux représente une vraie problématique. La plupart des chômeurs qui cherchent un emploi ne souhaitent pas révéler leurs problèmes (à moins qu'ils soient tellement graves qu'ils ne puissent pas être cachés), dans la mesure où ils ont souvent déjà eu des expériences malheureuses après avoir dévoilé leur situation. Dans de nombreux cas, il serait plus facile de faire part de ces problèmes aux agents des services publics de l'emploi, afin qu'ils puissent identifier les aides les plus appropriées. Toutefois, il y a de fortes chances que le fait de dévoiler une maladie mentale à un employeur se traduise par des comportements et des préjugés négatifs, même si cela permettrait au placement d'être plus efficace et, surtout, plus durable.

Tableau 2.6. **Dans la plupart des pays, l'accent est mis sur les campagnes et les initiatives de sensibilisation**

Initiatives menées à différents niveaux, y compris par les pouvoirs publics, pour lutter contre la stigmatisation dans l'entreprise

	Directives pour les employeurs	Mesures de lutte contre la stigmatisation	Initiatives publiques de sensibilisation aux problèmes de santé mentale
Australie	Des directives et des documents d'orientation sont disponibles en ligne et sont également distribués par les administrations régionales et locales.	La campagne nationale sur la dépression, baptisée *Beyondblue*, vise à sensibiliser l'opinion et à lutter contre la stigmatisation de cette maladie. Elle s'appuie sur des fonds publics et traite des compétences nécessaires dans les entreprises, de la recherche et des pratiques les plus probantes. Parmi les autres initiatives existantes : *Mindframe Initiative* est dédiée à la maladie mentale et au suicide et *Headspace* cible les jeunes.	Les administrations fédérales ont mis en place des sites Internet consacrés à la santé au travail, avec des informations pour les salariés et des guides pour les dirigeants. *Work Safe Australia Week* est un évènement organisé chaque année pour sensibiliser les employeurs au moyen de conférences, d'ateliers, d'études de cas et de campagnes d'affichage. Il existe plusieurs autres programmes de financement et mesures d'aide pour les personnes atteintes de problèmes de santé mentale.
Autriche	Certaines directives sont disponibles en ligne et une campagne en cours est consacrée à la mise en œuvre efficace de procédures d'évaluation des risques psychosociaux au travail. Des brochures sont également disponibles, ainsi qu'un jeu en ligne.	La réduction des troubles psychosociaux liés au travail et l'amélioration des aides fournies à ceux qui en souffrent figurent parmi les principaux objectifs des pouvoirs publics, par le biais d'une plus grande coopération et de l'échange des savoir-faire. Plusieurs conférences ont été organisées.	Des campagnes en cours sont consacrées à l'évaluation des risques psychosociaux dans certains secteurs, comme l'hôtellerie et la restauration.
Belgique	Des directives et des formations existent (principalement sur le stress). Elles sont fournies par le service de l'emploi et ciblent principalement les responsables des ressources humaines.	Campagnes à échelle réduite contre la stigmatisation par les ONG.	Conférences, ateliers et campagnes d'information pour la santé mentale et l'emploi (*www.respectatwork.be*) et pour les jeunes (*www.noknok.be*).
Danemark	Plusieurs directives sont disponibles sur un site Internet, notamment au sujet du stress au travail. La sensibilisation s'effectue par le biais des inspections et de courriels et brochures envoyés aux employeurs.	L'objectif consiste à transmettre des informations et à expliquer les possibilités offertes sur le marché du travail aux salariés souffrant de handicaps, aux employeurs et aux centres pour l'emploi, dans le cadre d'une initiative ciblée à long terme visant à faire évoluer les comportements.	Un budget a été attribué à une campagne de lutte contre la stigmatisation en 2010-11, à la télévision et sur des panneaux d'affichage, afin de mobiliser l'opinion et de mettre un terme aux craintes et aux préjugés.
États-Unis	Les employeurs ne sont pas tenus d'adopter les directives existantes, qui ne sont pas imposées. Des ressources sont disponibles en ligne.	Plusieurs organismes nationaux œuvrent pour lutter contre la stigmatisation des problèmes de santé mentale, comme la *National Mental Health Awareness Campaign*.	Certaines initiatives parrainées par les états œuvrent pour sensibiliser les employeurs aux problèmes de santé mentale et lutter contre la stigmatisation, comme le *Resource Centre to Promote Acceptance, Dignity and Social Inclusion Associated with Mental Health*.
Norvège	Aucune directive spécifique approuvée par les autorités en matière de santé mentale mais plusieurs brochures officielles traitent de l'adaptation, de l'organisation du travail, et des menaces sur le lieu de travail. Ces brochures sont disponibles en ligne et distribuées lors des inspections.	Une formation spécifique est assurée par des organismes privés. Les employeurs ont accès à des guides personnalisés, qui fournissent des informations et offrent un soutien individuel afin de gérer les problématiques liées aux troubles de la santé mentale en entreprise.	Inspections et conseils par téléphone et courriels, ainsi qu'une campagne nationale de sensibilisation sur la santé mentale et l'emploi.
Pays-Bas	Les employeurs adaptent les directives officielles à leur entreprise et sont tenus de respecter ces directives personnalisées en cas d'inspection.	La stigmatisation est perçue comme associée à l'intimidation au travail, les employeurs ont l'obligation légale d'adopter des mesures pour éviter ce phénomène.	Approche sectorielle avec la participation des parties prenantes. Exemple récent avec l'initiative relative à l'emploi dans le secteur public.
Royaume-Uni	Directives fondées sur les normes de gestion, diffusées par le biais d'un site Internet et de campagnes de promotion.	Programme *Time to Change* contre la discrimination à l'égard des maladies mentales, qui traite notamment des connaissances et des peurs.	Le programme *Shift initiative* lutte contre la stigmatisation et la discrimination en proposant aux employeurs des ressources et des documents.
Suède		Aide des pouvoirs publics aux ONG actives dans ce domaine.	Aucune initiative publique.
Suisse	Des directives pour les dirigeants sont disponibles sur un site Internet officiel et la sensibilisation s'appuie sur des congrès et des ateliers annuels consacrés à la santé (avec les compagnies d'assurance).	Les mesures visant à lutter contre la stigmatisation des personnes atteintes d'un trouble mental s'appuient sur des programmes individuels de réinsertion professionnelle (services de placement) et des organismes spécialisés dans le handicap (par exemple : *ProInfirms*).	Des fonds fédéraux sont disponibles et des campagnes seront lancées prochainement (une campagne de lutte contre le stress existe déjà). Par ailleurs, un label spécifique a été créé pour les entreprises qui agissent pour prévenir les problèmes de santé.

Source : Questionnaires de l'OCDE sur l'action publique en matière de santé mentale.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932569993

C'est pourquoi il n'est pas surprenant que les personnes atteintes de troubles mentaux courants, qui peuvent souvent rester secrets, aient souvent du mal à conserver un nouvel emploi, à condition qu'elles aient réussi à en trouver un. Dans ces conditions, la divulgation des problèmes courants de santé mentale demeure problématique et aucune solution optimale n'a encore été trouvée.

Les données fournies ici laissent à penser que le stress et la tension au travail se sont accrus, que les conditions de travail ont un impact sur la santé mentale des travailleurs et que les personnes atteintes de troubles mentaux tendent à occuper des emplois de moins bonne qualité où la tension est plus forte. Si les pratiques de gestion, et plus particulièrement le comportement, le retour d'informations et le soutien du supérieur hiérarchique vis-à-vis du travailleur, jouent un rôle déterminant dans la santé et l'emploi, sur le terrain, les problèmes rencontrés avec les travailleurs qui présentent des problèmes de santé mentale sont souvent résolus au moyen d'un licenciement. Les politiques et les pratiques évoluent dans les entreprises mais ce changement prend du temps et n'est pas toujours strictement appliqué.

2.4. Productivité des travailleurs : un enjeu clé

La croissance de la productivité du travail est orientée à la baisse dans plusieurs pays de l'OCDE et cette tendance pourrait s'accentuer si les travailleurs qui occupent un emploi ne sont pas en mesure d'utiliser pleinement leurs capacités ou s'ils sont absents trop fréquemment. La dégradation de l'état de santé mentale peut avoir une incidence sur ces deux facteurs, ce qui signifie qu'un mauvais état de santé mentale de la population pourrait avoir des conséquences négatives sur la prospérité des pays de l'OCDE à long terme.

Dans la présente section, deux concepts sont utilisés pour démontrer en quoi un mauvais état de santé mentale peut influer sur la productivité des travailleurs : *i)* présentéisme ; et *ii)* absence pour maladie. Dans le premier cas, une mauvaise santé mentale réduit la productivité marginale du travail. Dans le second, elle entraîne une hausse de l'absentéisme ou une baisse du nombre d'heures travaillées. La présente section analyse également les principales tendances de l'absence pour maladie et ses éléments moteurs et elle établit une distinction entre les déterminants et les conséquences des absences de longue durée et des absences de courte durée.

L'absence pour maladie est considérée de longue date comme l'un des principaux indicateurs de la productivité du travail (Chatterji et Tilley, 2002 par exemple). Ces dernières années, le présentéisme s'est aussi imposé comme un indicateur clé de la baisse de la productivité, dans la mesure où l'on a pris conscience que, compte tenu de la stigmatisation de la maladie mentale, le présentéisme pourrait être plus fréquent parmi ceux qui souffrent de stress au travail que parmi ceux qui souffrent d'autres affections liées au travail. Par exemple, Stewart *et al.* (2003) estiment que les travailleurs américains perdent en moyenne une heure par semaine en raison de l'absentéisme lié à la dépression mais jusqu'à quatre heures par semaine sous l'effet du présentéisme lié à la dépression.

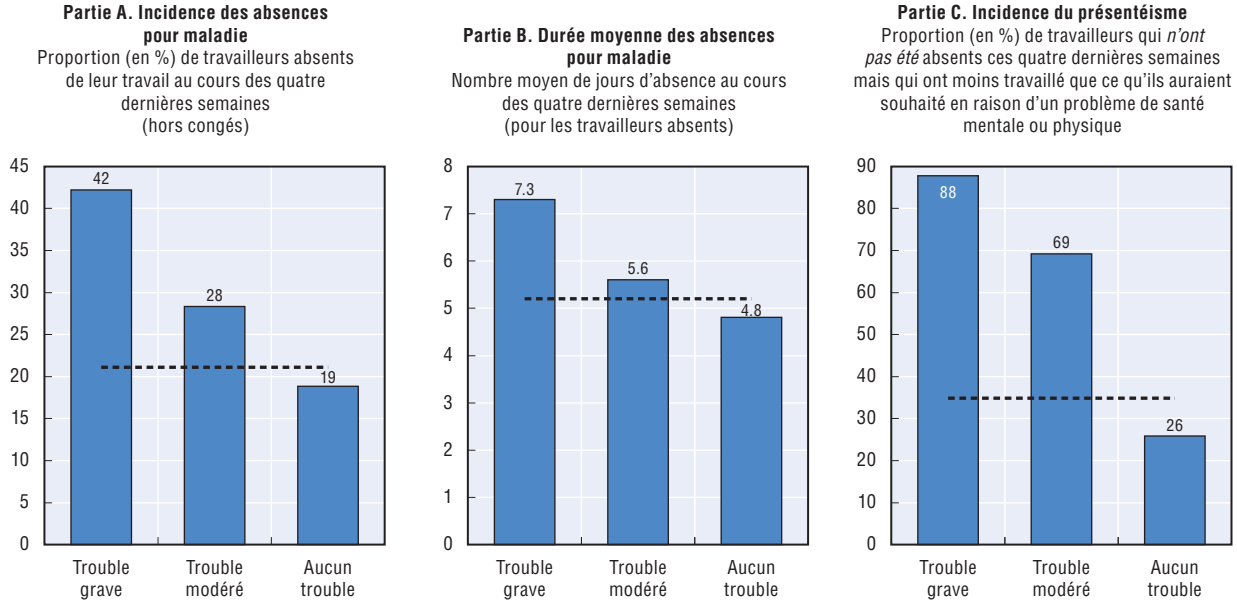
Tendances des absences pour maladie et du présentéisme

La détérioration de l'état de santé mentale a un impact négatif sur la productivité

Le graphique 2.19 montre plusieurs dimensions de la productivité du travail, en fonction du degré de sévérité des problèmes de santé mentale. En moyenne dans les pays inclus dans l'Enquête Eurobaromètre, 42 % de tous les travailleurs qui souffrent de troubles mentaux graves ont été absents de leur travail au cours des quatre dernières semaines (partie A), ce qui correspond au double de la moyenne générale et à plus du double de la

Graphique 2.19. **Plus l'état de santé mentale se détériore, plus l'absentéisme et le présentéisme augmentent**

Incidence de l'absentéisme et du présentéisme (en pourcentage) et durée moyenne des absences (en jours), en fonction de l'état de santé mentale, moyenne sur 21 pays européens de l'OCDE en 2010



Note : Les moyennes sont représentées par les lignes pointillées.

Source : Estimations de l'OCDE à partir de l'Eurobaromètre 2010.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568055

moyenne des personnes qui ne souffrent d'aucun trouble mental. Parmi les travailleurs qui présentent des troubles mentaux modérés, 28 % ont été absents au cours des quatre dernières semaines. Le schéma est le même en fonction de la gravité des troubles mentaux lorsque l'on analyse le nombre moyen de jours d'absence : les 42 % de travailleurs atteints de troubles mentaux graves qui se sont absentés pour maladie ont été absents pendant 7.3 jours en moyenne, contre 4.8 jours en moyenne pour les 19 % de travailleurs sans trouble mental qui ont été absents pour maladie. Les travailleurs atteints de troubles mentaux modérés se situent une fois encore entre les deux, quoique plus proche des personnes sans troubles mentaux en ce qui concerne le nombre de jours d'absence (partie B).

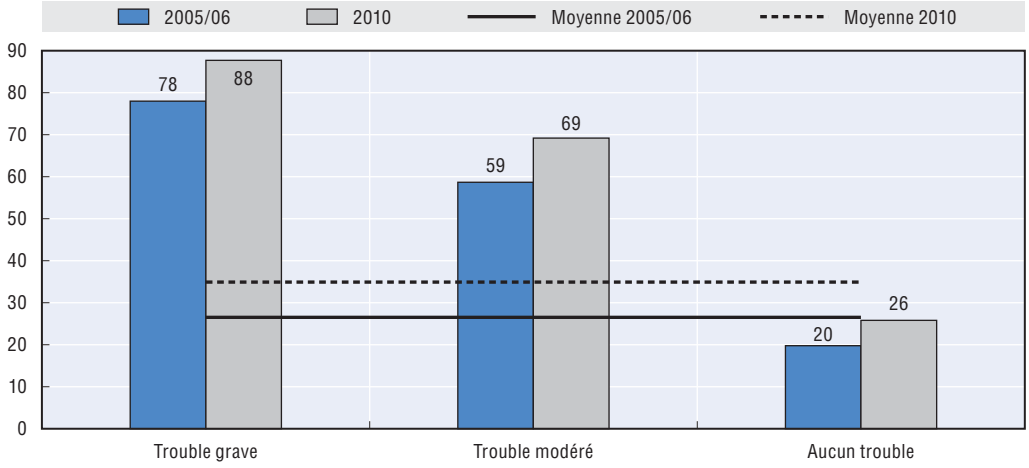
Toutefois, les troubles mentaux accroissent non seulement la probabilité d'absences temporaires, mais aussi celle d'une baisse de la productivité au travail. Dans ce cas, les écarts sont encore plus importants entre les trois catégories : les travailleurs atteints de troubles mentaux graves sont plus de trois fois plus susceptibles que ceux qui n'ont aucun trouble mental d'accomplir moins de travail que ce qu'ils souhaiteraient en raison d'un problème de santé mentale ou physique (88 % contre 26 %). Sur le plan du présentéisme, il est important de noter que les travailleurs atteints de troubles mentaux courants présentent un profil plus semblable à celui des travailleurs présentant des troubles graves, 69 % d'entre eux faisant état d'une baisse de leur productivité au travail (partie C). Des études récentes ont montré en outre que l'absence pour maladie et le présentéisme peuvent, dans une certaine mesure, se substituer l'un à l'autre. Bergström *et al.* (2009) montrent par exemple que le présentéisme constitue un facteur de risque de congé maladie ultérieur[13]. Globalement, ces éléments sont essentiels pour élaborer des mesures appropriées en matière d'absence pour maladie, ainsi que des actions adaptées dans les entreprises.

La productivité marginale des travailleurs a chuté au cours des cinq dernières années

Selon les méthodes déclaratives permettant de mesurer la capacité des travailleurs à se concentrer et à accomplir leur travail en cas de problème physique ou émotionnel, la productivité marginale a diminué pour tous les travailleurs et plus particulièrement pour les travailleurs atteints de troubles mentaux graves ou modérés (graphique 2.20). Cette tendance, conjuguée à la contraction du nombre annuel d'heures travaillées ces vingt dernières années (comme l'a montré la section 2.2) pourrait peser encore davantage sur la productivité du travail, aboutissant ainsi à un ralentissement de la croissance économique à long terme.

Graphique 2.20. **Le présentéisme s'est accru dans toutes les catégories de la population**

Proportion (en pourcentage) de travailleurs qui n'ont pas été absents au cours des quatre dernières semaines mais qui n'ont pas travaillé autant qu'ils l'auraient souhaité du fait d'un problème de santé mentale ou physique, moyenne sur 21 pays européens de l'OCDE, 2005 et 2010



Source : Estimations de l'OCDE à partir de l'Eurobaromètre 2010.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568074

Les résultats restent fiables quels que soient les pays et les indicateurs

Le tableau 2.7 analyse l'incidence de l'absentéisme et du présentéisme pour les trois catégories d'état de santé mentale dans les pays considérés dans la présente étude. Les écarts très importants observés entre les pays européens et l'Australie, les États-Unis et la Norvège peuvent être attribués à l'utilisation de définitions différentes. Alors que l'Enquête Eurobaromètre prend en compte l'incidence de l'absentéisme sur une période de quatre semaines, cet indicateur couvre une période de deux semaines en Australie et d'une semaine en Norvège. Les données relatives aux États-Unis (qui découlent de la *National Health Interview Survey*) montrent toutes les personnes qui ont été absentes de leur travail pour des motifs de santé pendant dix jours au minimum au cours de l'année écoulée. Néanmoins, en dépit de ces écarts, on observe, dans tous les pays, des différences marquées et robustes dans l'incidence des absences entre les travailleurs atteints de troubles mentaux graves et ceux qui présentent des troubles mentaux modérés ou qui ne présentent pas de troubles mentaux. Les résultats sont les mêmes en ce qui concerne l'incidence du présentéisme : si les écarts entre les pays sont très limités dans ce domaine, les différences entre les catégories de santé mentale sont très marquées et robustes.

Tableau 2.7. **Les niveaux d'absentéisme et de présentéisme varient en fonction des pays mais les écarts entre les différentes catégories de troubles mentaux sont constants**

Absentéisme[a] et présentéisme (en pourcentage), par pays et par degré de gravité du trouble mental, 2010 ou dernière année disponible

	Partie A. Incidence des absences pour maladie				Partie B. Incidence du présentéisme			
	Proportion (en pourcentage) de personnes qui se sont absentées de leur travail				Proportion (en pourcentage) de travailleurs qui ne se sont pas absentés mais qui ont moins travaillé que ce qu'ils auraient souhaité en raison d'un problème émotionnel			
	Trouble grave	Trouble modéré	Aucun trouble	Total	Trouble grave	Trouble modéré	Aucun trouble	Total
Autriche	50	38	19	23	100	78	23	34
Belgique	65	37	17	22	86	81	25	37
Danemark	50	35	26	28	88	73	35	42
Pays-Bas	72	39	25	28	95	69	25	34
Suède	44	51	29	33	84	72	25	35
Royaume-Uni	42	27	20	22	83	68	24	32
Moyenne[b]	**42**	**28**	**19**	**21**	**88**	**69**	**26**	**35**
Australie	30	17	10	11	. .	. .	. .	. .
Norvège	11	7	6	7	. .	. .	. .	. .
États-Unis	17	10	6	7	. .	. .	. .	. .

. . : Données non disponibles.

a) Les absences sont définies comme suit : absences au cours des quatre dernières semaines pour les pays européens de l'OCDE, absences au cours des deux dernières semaines en Australie, absences au cours de la dernière semaine en Norvège et absence pendant dix jours ou plus au cours de l'année écoulée aux États-Unis.

b) Résultats basés sur l'ensemble des pays couverts par l'Eurobaromètre.

Source : Estimations de l'OCDE selon l'Eurobaromètre 2010, et les enquêtes nationales pour l'Australie, la Norvège et les États-Unis.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932569062

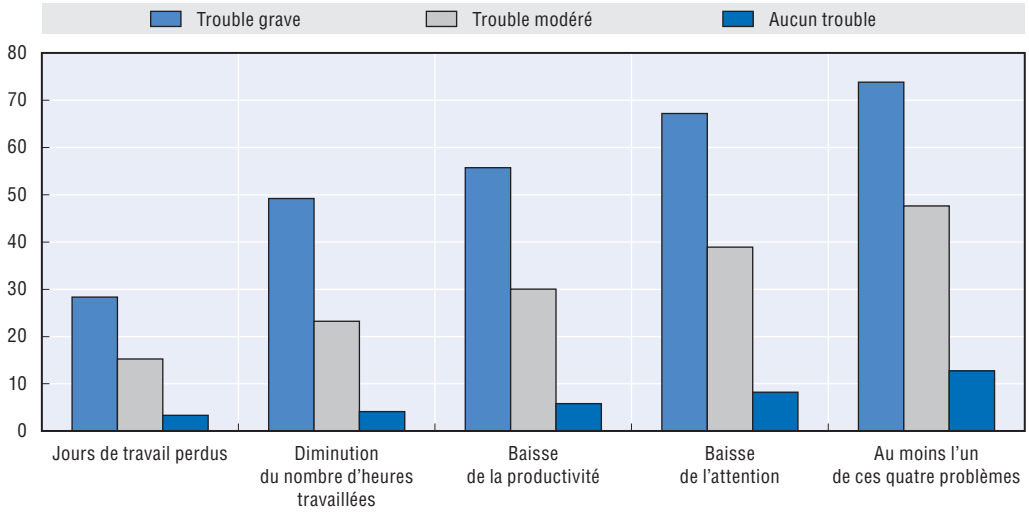
Les résultats restent fiables quelle que soit la définition utilisée pour la baisse de la productivité ou le présentéisme. Le cycle 2005 de l'Enquête Eurobaromètre permet de comparer divers indicateurs (graphique 2.21). Sur l'ensemble des personnes atteintes de troubles mentaux graves, 28 % déclarent avoir été absentes de leur travail au cours des quatre dernières semaines en raison d'un problème émotionnel ; 49 % ont effectué moins d'heures de travail pour la même raison ; 56 % ont accompli moins et 67 % ont travaillé avec moins d'attention. Les proportions correspondantes pour les personnes atteintes de troubles mentaux modérés sont environ inférieures de moitié et elles sont très faibles (moins de 10 %) pour les individus qui ne présentent pas de problème de santé mentale. En d'autres termes, les écarts entre les différentes catégories d'état de santé mentale sont très importants, tandis que les problèmes émotionnels n'entraînent qu'une très faible contraction de la productivité pour les travailleurs en général mais beaucoup plus importante pour les travailleurs atteints de problèmes de santé mentale[14].

Quels sont les principaux déterminants des absences pour maladie ?

En faisant le lien entre les conclusions ci-dessus relatives aux différentiels dans les taux d'absences des travailleurs en fonction du degré de gravité des troubles mentaux et les résultats précédents sur les conditions de travail et la tension au travail, la présente section analyse plus en profondeur les déterminants des absences pour maladie.

Graphique 2.21. **Toutes les autres mesures de la baisse de la productivité confirment ces conclusions**

Proportion (en pourcentage) de travailleurs dont la productivité a diminué à différents degrés au cours des quatre dernières semaines, du fait d'un trouble mental, en fonction de son degré de gravité, moyenne sur 21 pays européens de l'OCDE, 2005



Source : Estimations de l'OCDE à partir de l'Eurobaromètre 2005.

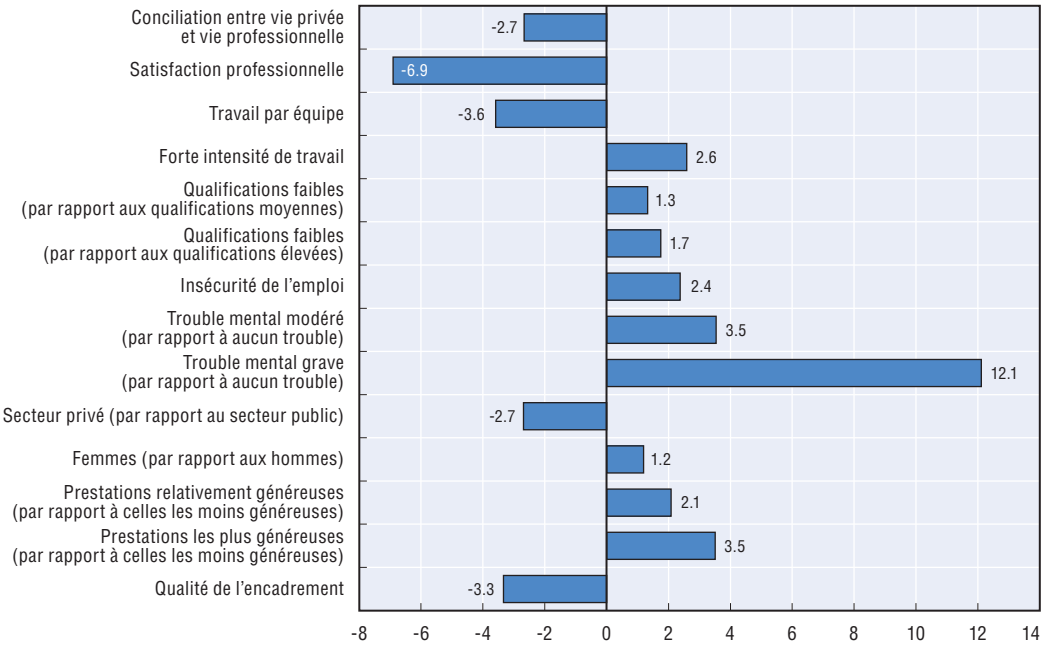
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568093

Le graphique 2.22 présente le nombre supplémentaire de jours d'absence pour maladie pris sur une période de 12 mois par différentes catégories de population[15]. Les principaux résultats sont les suivants :

- Les travailleurs qui se déclarent satisfaits sur le plan professionnel sont beaucoup moins absents (–6.90 jours). Les travailleurs qui sont satisfaits de leur supérieur (–3.34 jours) et ceux qui sont en mesure de concilier vie privée et vie professionnelle (–2.67 jours) sont également moins absents au cours d'une année. Le travail par équipe réduit aussi le nombre de jours d'absence. En revanche, une forte intensité de travail (+2.59 jours) et la précarité de l'emploi (+2.37 jours) se traduisent par un plus grand nombre de jours d'absence.
- Les caractéristiques individuelles jouent également un rôle, les femmes prenant plus de jours d'absence que les hommes (+1.19 jours), tandis que les travailleurs du secteur privé sont moins souvent absents que ceux du secteur public (–2.69 jours) et que les travailleurs peu qualifiés en prennent plus que les travailleurs moyennement et hautement qualifiés (+1.33 jours et +1.75 jours, respectivement).
- Les variables liées à l'action publique sont aussi importantes : les travailleurs des pays où les systèmes de prestations maladie sont plus généreux prennent plus de jours d'absence (+3.51 jours dans les pays au régime d'assurance-maladie le plus généreux par rapport aux pays où le régime est le moins généreux).
- Enfin, les personnes qui souffrent de troubles mentaux graves prennent 12.1 jours d'absence de plus que celles qui n'ont pas ce type de problème : aucune autre variable n'a un impact aussi important sur le plan individuel. Un trouble mental modéré accroît le nombre de jours d'absence pour maladie de 3.54 par an.

Graphique 2.22. **Les troubles mentaux graves exercent la plus forte influence sur le nombre de jours d'absence pour maladie**

Nombre de jours d'absence supplémentaires par an pour un travailleur présentant les caractéristiques suivantes



Note : Résultats basés sur l'ensemble des pays couverts par l'Enquête EECT.

Source : Estimations de l'OCDE selon l'Enquête européenne sur les conditions de travail (EECT) 2010.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568112

Les congés maladie de longue durée sont plus néfastes pour la productivité que les congés courts

Il est également intéressant de s'interroger sur l'impact de la tension au travail sur la probabilité de prendre un congé maladie, de courte ou de longue durée. Cette distinction est pertinente s'agissant des conséquences sur la productivité. On peut penser que les conséquences du congé maladie sur la productivité ne sont pas linéaires, les périodes d'absence prolongée pouvant avoir des effets plus néfastes que les périodes d'absence plus courtes, même s'il y en a plusieurs (D'Souza *et al.*, 2006). Par exemple, les périodes d'absence de longue durée peuvent avoir des conséquences négatives à long terme pour les individus, en termes de détérioration des compétences, de diminution des chances de trouver un emploi par la suite et de baisse des revenus à long terme. Par ailleurs, les absences de longue durée revêtent un intérêt particulier car il a été démontré qu'elles sont la passerelle principale vers les prestations d'invalidité (Karlström *et al.*, 2002 ; OCDE, 2010 ; et chapitre 4).

Outre les coûts directs supportés par l'employeur sous l'effet de la baisse de la productivité du travailleur absent, il existe aussi des coûts indirects, particulièrement dans le cas des absences prolongées. Les données montrent que les congés maladie de longue durée ont des répercussions sur les collègues de travail et les supérieurs hiérarchiques (Dewa *et al.*, 2007 ; Dewa et McDaid, 2011). Les collègues peuvent en effet être contraints de compenser cette absence par un travail supplémentaire, surtout lorsque les salariés travaillent en équipe. Or une équipe stressée n'est plus aussi efficace, ce qui diminue encore la productivité.

Le tableau 2.8 fait la synthèse de certains des résultats d'une série de modèles visant à identifier les différences entre les déterminants des absences de courte durée et des absences de longue durée sur le plan de la tension au travail, des caractéristiques de l'emploi et de l'état de santé mentale[16]. Les résultats du modèle de base donnent à penser que les travailleurs qui souffrent de tension au travail sont plus susceptibles de prendre un congé maladie, qui sera plus souvent de courte durée. L'ajout, dans le modèle, de covariables liées à l'attitude à l'égard du travail réduit l'impact de la tension au travail pour les absences de courte durée et l'élimine pour les absences de longue durée. La satisfaction professionnelle a un fort effet préventif sur les absences, qu'elles soient de courte ou de longue durée. L'impact du sentiment de précarité de l'emploi est spécifique : le fait de craindre de perdre son emploi dans les six prochains mois diminue la probabilité de prendre un congé de courte durée (afin d'éviter de fournir à la direction un motif de licenciement supplémentaire) mais accroît, dans la même proportion, les chances de poser un congé de longue durée. Ainsi, l'anxiété au travail semble avoir un effet négatif sur la productivité du travail en dépit du comportement immédiat qui consiste à éviter de s'absenter pour maladie.

Tableau 2.8. **Les problèmes de santé mentale représentent un facteur déterminant des absences pour maladie de courte et de longue durée**

Différences entre les déterminants des congés maladie de courte et de longue durée[a] : effets marginaux estimés à partir d'un modèle probit

	Modèle de base avec variable indicatrice de la tension au travail		Modèle de base plus attitude à l'égard du travail		Modèle complet avec état de santé mentale	
	Absences de courte durée	Absences de longue durée	Absences de courte durée	Absences de longue durée	Absences de courte durée	Absences de longue durée
Tension au travail	0.03***	0.01**	0.02*	0.00	0.01*	–0.01
Satisfaction professionnelle			–0.09***	–0.09***	–0.06***	–0.07***
Sentiment d'insécurité de l'emploi			–0.02*	0.02**	–0.03*	0.01
Trouble modéré (par rapport à l'absence de trouble)					0.11***	0.06***
Trouble grave (par rapport à l'absence de trouble)					0.10***	0.13***
Nombre d'observations	*14 184*	*16 308*	*11 347*	*13 094*	*11 013*	*12 722*

*, **, *** statistiquement significatifs aux seuils de 10 %, 5 % et 1 % respectivement.

Note : Résultats du modèle basés sur l'ensemble des pays couverts par l'Enquête ECCT.

a) Une absence de courte durée est définie comme une absence inférieure à 11 jours, une absence de longue durée correspond à une absence de plus de dix jours.

Source : Estimations de l'OCDE selon l'Enquête européenne sur les conditions de travail (ECCT) 2010.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932569081

Le modèle complet, qui tient également compte de l'état de santé mentale, réduit (encore) l'impact de la tension au travail et du sentiment de précarité de l'emploi sur la probabilité de prendre un congé maladie, tandis que l'impact de la satisfaction professionnelle reste important et très significatif sur le plan statistique. La santé mentale en elle-même exerce une forte influence sur les deux types de congé. Les problèmes de santé mentale, qu'ils soient graves ou modérés, augmentent de près de 10 % la probabilité d'une absence de courte durée. Cependant, l'impact des troubles mentaux graves est deux fois plus important que celui des troubles mentaux modérés en ce qui concerne les absences de longue durée (6 % contre 13 %). En conclusion, l'état de santé mentale constitue une variable déterminante de l'incidence des absences pour maladie, de même que la satisfaction professionnelle qui semble une mesure composite solide de la qualité d'un emploi.

Selon les données présentées ici, la baisse de la productivité du travailleur – mesurée au moyen de l'incidence des absences, de leur durée et du présentéisme – est étroitement liée aux problèmes de santé mentale. S'agissant des travailleurs atteints de troubles mentaux courants, la baisse de la productivité au travail est le principal enjeu, avec des retombées négatives potentielles importantes et généralement cachées sur les collègues de travail. Par ailleurs, le présentéisme semble avoir progressé dans tous les pays et dans toutes les professions, de manière plus marquée chez les travailleurs atteints de troubles mentaux. L'état de santé mentale est également le déterminant principal de l'incidence et de la durée des absences pour maladie.

2.5. Conclusion : vers des emplois productifs de qualité

Le taux de chômage des personnes atteintes de troubles mentaux graves est très élevé, de même que celui des personnes souffrant de troubles mentaux modérés : 3 à 6 fois et 2 à 3 fois plus élevé, respectivement, que celui des personnes qui ne présentent aucun problème de santé mentale. En outre, la population atteinte de troubles mentaux graves est également beaucoup plus menacée par le chômage de longue durée. Si le taux d'emploi de certaines catégories de population souffrant de troubles mentaux courants est relativement élevé, il est bien plus faible que celui des personnes sans trouble mental, surtout chez les hommes, les travailleurs peu qualifiés et les travailleurs âgés. Les personnes qui souffrent d'un trouble mental et occupent un emploi ont généralement des revenus moyens, alors que celles qui sont inactives ou au chômage sont confrontées à un risque sensiblement accru de revenus faibles. Ces éléments témoignent de la nécessité d'œuvrer en faveur de l'insertion professionnelle des personnes atteintes de problèmes de santé mentale.

Les individus qui souffrent de troubles mentaux et qui occupent un emploi doivent aussi faire face à des risques importants : ils tendent à occuper des emplois qui ne sont pas adaptés à leurs qualifications, ils sont surreprésentés dans les professions peu qualifiées, ils sont généralement moins satisfaits de leur emploi et ils ont un sentiment plus fort de la précarité de l'emploi. À tout ceci s'ajoute une détérioration de leur situation sur le marché du travail ces dix dernières années (leur taux d'emploi a chuté ou a moins augmenté que celui des personnes ne souffrant d'aucun problème de santé mentale, tandis que leur taux de chômage a augmenté ou moins diminué). Le ralentissement récent de l'économie a aggravé leur situation, avec une dégradation des conditions de travail.

De nombreuses études démontrent que le chômage est mauvais pour la santé mentale, avec un « choc » initial très fort, suivi par une période d'ajustement et des conséquences négatives avec le chômage de longue durée. Cependant, tous les emplois n'ont pas un effet bénéfique sur la santé mentale. Les emplois où l'exigence psychologique est forte alors que la latitude décisionnelle est limitée, qui conduisent à une situation de tension au travail, ont des conséquences négatives importantes sur la santé mentale des travailleurs. Or la tension au travail s'est aggravée dans la plupart des professions. La qualité des emplois est capitale et elle est principalement déterminée par la qualité de l'encadrement, c'est-à-dire par le fait d'être encadré par un responsable qui soutient ses équipes, leur assure un retour d'informations, reconnaît les efforts fournis et communique.

Les problèmes de santé mentale ont également de multiples répercussions, surtout sur la productivité des travailleurs. Les personnes qui souffrent de troubles mentaux prennent plus de congés maladie et leurs absences sont plus longues. Elles font aussi plus

souvent état d'une productivité plus limitée au travail, nombre d'entre elles ne prenant jamais de congés maladie. Ce type de présentéisme est également très fréquent chez les travailleurs atteints de troubles mentaux modérés. Il a par ailleurs progressé pour toutes les catégories de travailleurs mais plus particulièrement chez ceux qui présentent des troubles mentaux, ce qui laisse en outre à penser qu'il existe un lien avec la détérioration des conditions de travail et l'aggravation de la tension au travail.

Les politiques et les pratiques en vigueur dans les entreprises doivent s'attaquer avec plus de force à ces problèmes, notamment au fait que les travailleurs atteints de problèmes de santé mentale sont plus durement touchés par les restructurations et les modifications dans l'organisation du travail. Tous les pays ont mis en place des réglementations et des codes de bonnes pratiques mais ces changements prennent du temps et sont souvent peu appliqués. Aujourd'hui, on constate que, trop souvent, les travailleurs qui souffrent de problèmes de santé mentale sont licenciés (risque de départ involontaire supérieur de 50 %).

Le lien entre travail, conditions de travail et productivité des travailleurs, ainsi que la relation avec la santé mentale, doivent être mieux compris par les employeurs mais aussi par les responsables de l'action publique, qui doivent accorder la priorité aux mesures visant à stimuler la demande de main-d'œuvre en faveur des travailleurs vulnérables et garantir une aide mieux coordonnée conjuguant services de l'emploi et services de santé. Comme cela a été démontré par le passé, l'amélioration de la conjoncture à elle seule ne suffira pas à résoudre ces problèmes. La mauvaise situation actuelle rend encore plus urgente une intervention des pouvoirs publics. Il faut prendre rapidement des initiatives, surtout pour ce qui concerne les chômeurs (de longue durée) souffrant de troubles mentaux modérés, afin d'améliorer leurs chances de trouver un emploi.

Notes

1. L'ampleur des effets identifiés dans ces études varie en fonction du type de trouble mental. Ainsi, Alonso *et al.* (2004) s'appuient sur un échantillon important couvrant six pays européens et parviennent aux conclusions suivantes : les chômeurs ont 1.5 fois plus de chances de souffrir d'un syndrome d'anxiété, 3 fois plus de chances d'être atteints d'un trouble de l'humeur et 5 fois plus de chances de développer une toxicomanie.
2. Selon Breslin et Mustard (2003), la perte d'emploi s'accompagne d'un plus grand risque de détresse mentale chez les 31-55 ans mais pas dans la classe d'âge 18-30 ans. Cette conclusion confirme l'étude antérieure de Clark et Oswald (1994), qui considèrent que l'impact du chômage sur la détresse psychologique est plus important chez les 30-49 ans.
3. Biffl et Leoni (2009) montrent qu'en Autriche, en 2006, près de 27 % de tous les départs en retraite anticipée (hors pensions d'invalidité) étaient liés à des problèmes de santé mentale.
4. Traditionnellement, on estime que les hommes sont plus vulnérables face au risque de dépression au cours des périodes de chômage en raison de leurs responsabilités financières plus importantes. Toutefois, les données ont montré que les femmes célibataires et celles qui sont les principaux apporteurs de revenus dans leur ménage réagissent comme les hommes face au chômage (Leeflang *et al.*, 1992).
5. Dans le présent rapport, le taux de chômage correspond généralement à l'année de référence 2007 ou 2008, soit un an (seulement) avant la poussée récente du chômage causée par la crise financière. Les niveaux de chômage effectifs des personnes atteintes ou non de problèmes de santé mentale seraient plus élevés aujourd'hui dans la plupart des pays.
6. Les estimations s'appuient sur un modèle probit à effets fixes afin de tenir compte des différences entre les pays et des caractéristiques individuelles qui restent constantes dans le temps.
7. Les longues heures de travail concernent principalement les hommes dans certains secteurs spécifiques comme l'agriculture, l'hôtellerie et la restauration et le BTP. La proportion de travailleurs a diminué dans la plupart des professions de ces secteurs.

8. L'Enquête européenne sur les conditions de travail (EECT) se prête relativement bien au modèle de la tension au travail grâce aux nombreuses questions qu'elle comporte faisant référence aux deux dimensions de la tension au travail. Chacun de ces deux axes est représenté à l'aide d'un ensemble de questions pertinentes. Pour évaluer le niveau de l'exigence psychologique, un score est établi à partir des réponses apportées aux six questions suivantes : *i)* Les salariés sont-ils contraints de travailler très rapidement ; ou *ii)* de respecter des délais serrés ; *iii)* Leur travail implique-t-il des tâches monotones ; *iv)* Le rythme de travail est-il décidé par leurs collègues ; *v)* Ont-ils assez de temps pour terminer ce qu'ils ont à faire ; et *vi)* doivent-ils faire face à des interruptions imprévues ? S'agissant de la latitude décisionnelle, sept questions sont utilisées : *i)* Est-ce que les salariés acquièrent de nouvelles connaissances dans le cadre de leur travail ; *ii)* Sont-ils confrontés à des problèmes complexes ; *iii)* Ont-ils la liberté de décider de leurs moments de pause ; *iv)* Ont-ils la liberté de décider de leurs jours de congé ; et *v)* Peuvent-ils choisir dans quel ordre, *vi)* Avec quelle méthode ; et *vii)* À quelle vitesse travailler ? Les valeurs limites fixées pour cette analyse sont telles que pour l'année 2010, tous les quadrants ont une taille égale (25 % chacun). Les seuils calculés pour 2010 sont ensuite maintenus constants pour les années précédentes, ce qui permet, dans une certaine mesure, de mesurer l'évolution de la proportion de travailleurs souffrant de tension au travail.

9. Les probabilités sont calculées pour un individu moyen dans l'échantillon et sont fondées sur les estimations issues de la spécification principale (colonne « Total ») du modèle 1 présenté dans le tableau 2.3.

10. Les résultats présentés ici s'appuient sur un modèle de régression logit ordonné, l'état de santé mentale étant inclus dans le modèle en tant que variable dépendante discrète. Trois variables indicatrices de la tension au travail (la première catégorie correspondant à une faible tension) ont été retenues comme variables indépendantes dans ce modèle. Le modèle tient compte des caractéristiques individuelles suivantes : sexe, âge, âge au carré, durée du contrat, secteur (public ou privé), branche d'activité, taille de l'entreprise et profession. Pour intégrer les conditions de travail, les éléments suivants sont pris en compte : horaires de travail, période de travail, flexibilité des horaires, fréquence du travail de nuit, fréquence du travail le dimanche, fréquence du travail le samedi, temps de déplacement domicile-travail, vibrations sur le lieu de travail, température sur le lieu de travail, mouvements répétitifs, aide des collègues, participation aux travaux d'équipe, rotations, tâches brèves et répétitives toutes les dix minutes, contact direct avec des personnes extérieures à l'entreprise, obligation de satisfaire à des normes de qualité précises, évaluation de la qualité de son propre travail, résolution de problèmes imprévus dans son travail, tâches monotones, adéquation entre les compétences et le travail, suivi de formations payées ou fournies par l'employeur et comportement du responsable. Le modèle inclut également des effets fixes par pays et les erreurs types sont modifiées par le groupe de pays. Les effets marginaux sont évalués sur la base de la moyenne de l'échantillon aggrégé.

11. Le comportement du responsable hiérarchique est une variable indicatrice qui équivaut à 1 lorsque le responsable a un comportement positif, c'est-à-dire lorsqu'il fait le point avec le salarié sur son travail et qu'il respecte le salarié en tant que personne et l'encourage à prendre part aux décisions importantes, et à 0 dans le cas contraire.

12. Les écarts hommes-femmes peuvent s'expliquer par les responsabilités familiales plus importantes que les femmes ont à assumer. Ainsi, Krantz et Ostergren (2001) sont parvenus à la conclusion que de lourdes obligations familiales et/ou une situation de tension importante au travail semblent contribuer de façon majeure à l'apparition de nombreux symptômes courants chez les femmes salariées appartenant au groupe des 40-50 ans en Suède. Une exposition simultanée à ces différents facteurs a un impact encore plus marqué sur la santé mentale. De même, Canivet *et al*. (2010) ont montré récemment que le conflit travail-famille, bien que plus fréquent chez les hommes, influe davantage sur l'état d'« épuisement » des femmes.

13. Plus précisément, les auteurs montrent qu'un nombre de cas de présentéisme supérieur à cinq au cours de l'année de référence (2000) représente un facteur de risque statistiquement significatif, laissant présager des absences pour maladie de plus de 30 jours (en 2002 et 2003), même en tenant compte des variables concernant les congés maladie antérieurs, l'état de santé, l'évolution des effectifs, le style de vie et le travail.

14. Les définitions des jours de travail perdus et de la baisse de la productivité sont différentes et plus strictes dans le graphique 2.21 (qui ne mesure que les effets des problèmes émotionnels) que dans le graphique 2.19 (qui mesure tous les jours de travail perdus pour des motifs de santé et la baisse de la productivité engendrée par des problèmes de santé mentale ou physique). Les pourcentages présentés dans le graphique 2.21 sont donc inférieurs, surtout pour les personnes qui ne présentent aucun trouble mental, dont l'incidence de l'absentéisme ou du présentéisme est principalement causée par des problèmes non émotionnels.

15. Les résultats présentés ici sont fondés sur un modèle de régression basé sur la méthode des moindres carrés ordinaires, le nombre de jours d'absence étant pris en compte sous forme de variable dépendante continue. Les variables indépendantes sont les suivantes : aptitude à concilier vie professionnelle et vie privée (« bonne et très bonne conciliation entre travail et vie sociale ») ; satisfaction professionnelle (« satisfait(e) et très satisfait(e) des conditions de travail ») ; travail par équipe ; forte intensité de travail (« travail à un rythme élevé ou dans des délais serrés ») ; précarité de l'emploi (« sentiment ou très fort sentiment que l'emploi pourrait être perdu dans six mois ») ; secteur d'activité ; sexe ; qualité de l'encadrement (« supérieur capable de résoudre les conflits et d'organiser le travail ») ; problèmes de santé mentale (tels que définis dans le présent rapport) ; niveau de qualification (qualifications élevées : membres de l'exécutif et des corps législatifs, cadres supérieurs de l'administration publique, dirigeants et cadres supérieurs d'entreprise, professions intellectuelles et scientifiques, professions intermédiaires ; qualifications moyennes : employés de type administratif et personnel des services ; qualifications faibles : travailleurs agricoles, artisans et ouvriers des métiers de type artisanal et ouvriers et employés non qualifiés) et générosité des prestations maladie (indice fondé sur le niveau des prestations et la durée des versements). Le modèle tient également compte de l'âge, du niveau d'instruction et des effets fixes par pays. Les spécifications permettent d'introduire une par une les variables présentant un intérêt dans le modèle, à l'exception de la spécification relative à l'impact du degré de générosité du régime national de santé en termes de prestations maladie, qui n'inclut par les effets fixes par pays étant donné que le degré de générosité est propre à chaque pays et non individuel.

16. Ces résultats sont fondés sur deux modèles probit de forme réduite reportant des effets marginaux à la moyenne : un modèle pour la probabilité qu'un salarié prenne un congé maladie de courte durée (moins de 11 jours) par rapport à celle qu'il ne prenne aucun congé maladie et un modèle pour la probabilité qu'un salarié prenne un congé maladie de longue durée (plus de dix jours) par rapport à celle qu'il ne prenne aucun congé maladie ou un congé maladie de courte durée.

$$abs_{court} = \begin{cases} 1, \text{ si absent} \leq 10 \text{ jours} \\ 0, \text{ si absent} = 0 \text{ jours} \end{cases}, \; abs_{long} = \begin{cases} 1, \text{ si absent} > 11 \text{ jours} \\ 0, \text{ si } 0 \leq \text{absent} \leq 10 \text{ jours} \end{cases}$$

$\Pr(abs_{court,\,i} = 1) = \phi(X_i\beta + \Gamma_i + \varepsilon_i)$

$\Pr(abs_{long,\,i} = 1) = \phi(X_i\beta + \Gamma_i + \varepsilon_i)$

où i correspond au suffixe individuel, X représente le vecteur des variables explicatives, Γ symbolise un vecteur des variables de contrôle relatives à l'âge, au sexe, au niveau d'instruction, à la profession, au secteur d'activité et aux effets fixes par pays et ε correspond au terme d'erreur. Les données sont issues de l'Enquête européenne sur les conditions de travail (EECT, 2010), au moyen de la question suivante « Au cours des douze derniers mois, combien de jours d'absence avez-vous pris pour des raisons de santé ? ». On peut certes s'interroger sur l'erreur de mesure inhérente au fait qu'il s'agit d'une mesure subjective des congés maladie sur une si longue période, mais cela permet aussi d'éliminer les effets saisonniers comme l'augmentation de la fréquence des congés maladie au cours des épisodes de froid. Il convient de noter que 53 % de l'échantillon de population n'a pas pris un jour de congé pour des motifs de santé, contre 34 % ayant pris un congé maladie de courte durée et 13 % un congé de longue durée au cours des 12 derniers mois.

Références

Alonso, J., M.C. Angermeyer, S. Bernert *et al.* (2004), « Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, n° 420 (supplément), pp. 21-54.

Baer, N., U. Frick et T. Fasel (2011), « „Schwierige" Mitarbeiter: Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche – eine Pilotstudie in Basel-Stadt und Basel-Landschaft » (Employés « difficiles » : comment les superviseurs identifient-ils et traitent-ils les situations problématiques dues à des problèmes de santé mentale), FoP-IV Forschungsbericht, Bundesamt für Sozialversicherungen, Berne.

Baldwin, S. et S. Marcus (2011), « Stigma, Discrimination, and Employment Outcomes among Persons with Mental Health Disabilities », in I.Z. Schultz et E. Sally Rogers (dir. pub.), *Handbook of Work Accommodation and Retention in Mental Health*, Springer, New York, pp. 53-69.

Barnes. M., A. Mansour, W. Tomaszweski et P. Oroyemi (2009), « Social Impact of Recession: The Impact of Job Loss and Job Insecurity on Social Disadvantage », The Social Exclusion Task Force, Cabinet Office, Royaume-Uni.

Baumeister, H. et M. Härter (2007), « Mental Disorders in Patients with Obesity in Comparison with Healthy Probands », *International Journal of Obesity*, vol. 31, n° 7, pp. 1155-1164.

Bergström, G., L. Bodin, J. Hagberg, T. Lindh, G. Aronsson et M. Josephson (2009), « Does Sickness Presenteeism Have an Impact on Future General Health? », *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol. 2, nº 10, pp. 1179-1190.

Biffl, G. et T. Leoni (2009), « Arbeitsplatzbelastungen, arbeitsbedingte Krankheiten und Invalidität », Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO), Vienne.

Breslin, F.C. et C. Mustard (2003), « Factors Influencing the Impact of Unemployment on Mental Health among Young and Older Adults in a Longitudinal, Population-based Survey », *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, vol. 29, nº 1, pp. 5-14.

Burgard, S.A., J.E. Brand et J.S. House (2007), « Toward a Better Estimation of the Effect of Job Loss on Health », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 48, nº 4, pp. 369-384.

Butterworth, P., L.S. Leach, L. Strazdins, S.C. Olesen, B. Rodgers et D.H. Broom (2011), « The Psychosocial Quality of Work Determines Whether Employment Has Benefits for Mental Health: Results from a Longitudinal National Household Panel Survey », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*.

Calnan, M., E. Wadsworth, M. May, A. Smith et D. Wainwright (2004), « Job Strain, Effort-Reward Imbalance, and Stress at Work: Competing or Complemetary Models? », *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 32, nº 2, pp. 84-93.

Canivet, C., P.O. Ostergren, S.I. Linderber, B. Choi, R. Karasek, M. Moghaddassi et S.O. Isacasson (2010), « Conflict Between the Work and Family Domains and Exhaustion among Vocationally Active Men and Women », *Journal of Social Science and Medicine*, vol. 70, nº 8, pp. 1237-1245.

Catalano, R., R.E. Drake, D.R. Becker et R.E. Clark (1999), « Labour Market Conditions and Employment of the Mentally Ill », *Journal of Mental Health Policy and Economics*.

Chatterji, M. et C.J. Tilley (2002), « Sickness, Absenteeism, Presenteeism and Sick Pay », *Oxford Economic Papers*, vol. 54, nº 4, pp. 669-687.

Clark, A.E. (2003), « Unemployment as a Social Norm: Psychological Evidence from Panel Data », *Journal of Labor Economics*, vol. 21, nº 2, pp. 323-351.

Clark, A.E. et A.J. Oswald (1994), « Unhappiness and Unemployment », *Economic Journal*, vol. 104, pp. 648-659.

D'Souza, R.M., L. Strazdins, D.H. Broom, B. Rodgers et H.L. Berry (2006), « Work Demands, Job Insecurity and Sickness Absence from Work. How Productive is the New, Flexible Labour Force? », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 30, nº 3, pp. 205-212.

Dewa, C.S., E. Lin, M. Kooehoorn et E. Goldner (2007), « Association of Chronic Work Stress, Psychiatric Disorders, and Chronic Physical Conditions with Disability Among Workers », *Journal of Psychiatric Services*, vol. 58, nº 5, pp. 652-658.

Dewa, C.S. et D. McDaid (2011), « Investing in the Mental Health of the Labor Force: Epidemiological and Economic Impact of Mental Health Disabilities in the Workplace », in I.Z. Schultz et E. Sally Rogers (dir. pub.), *Handbook of Work Accommodation and Retention in Mental Health*, Springer, New York, pp. 33-51.

Dockery, A.M. (2004), « Looking Inside the Unemployment Spell », *Australian Journal of Labour Economics*, édition spéciale, vol. 7, nº 2, pp. 175-198.

Dockery, A.M. (2006), « Mental Health and Labour Force Status: Panel Estimates with Four Waves of HILDA Centre for Labour Market Research », *CLMR Discussion Paper Series*, nº 06/1, Curtin Business School, Curtin University of Technology.

Dollard, M.F. et A.H. Winefield (2002), « Mental Health: Overemployment, Underemployment, Unemployment and Healthy Jobs », *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, vol. 1, nº 3, pp. 1-26.

Ford, E., C. Clark, S. McManus, J. Harris, R. Jenkins, P. Bebbington, T. Brugha, H. Meltzer et S.A. Stansfeld (2010), « Common Mental Disorders, Unemployment and Welfare Benefits in England », *Journal of Public Health*, vol. 12, pp. 675-681.

Hellgren, J. et M. Sverke (2003), « Does Job Insecurity Lead to Impaired Well-being or Vice Versa? Estimation of Cross-lagged Effects Using Latent Variable Modelling », *Journal of Organizational Behavior*, vol. 24, nº 2, pp. 215-236.

Karasek, R. (1979), « Job Demands, Job Decision Latitude and Mental Strain: Implications for Job Redesign », *Administrative Science Quarterly*, vol. 24, pp. 285-306.

Karlström, A., M. Palme et I. Svensson (2002), « The Timing of Retirement and Social Security Reforms: Measuring Individual Welfare Changes », *Working Paper*, nº 2002/8, Institute for Futures Studies.

Kasl, S.V., S. Gore et S. Cobb (1975), « The Experience of Losing a Job: Reported Changes in Health », *Symptoms and Illness Behaviour*, vol. 37, pp. 106-122.

Kelloway, K.E. et J. Barling (2010), « Leadership Development as an Intervention in Occupational Health Psychology », *Work and Stress*, vol. 24, n° 3, pp. 260-279.

Krantz, G. et P.O. Ostergren (2001), « Double Exposure. The Combined Impact of Domestic Responsibilities and Job Strain on Common Symptoms in Employed Swedish Women », *European Journal of Public Health*, vol. 11, n° 4, pp. 413-419.

Leeflang, R.L., D.J. Klein Hesselink et I.P. Spruit (1992), « Health Effects of Unemployment: Long-term Unemployed Men in a Rural and an Urban Setting », *Social Science and Medicine*, vol. 34, pp. 341-350.

Levinson, D., M. Lakoma, M. Petukhova, M. Schoenbaum, A.M. Zaslavsky, M. Angermeyer, G. Borges, R. Bruffaerts, G. De Girolamo, R. De Graaf, O. Gureje, J.M. Haro, C. Hu, A.N. Karam, N. Kawakami, S. Lee, J.P. Lepine, M. Oakley Browne, M. Okoliyski, J. Posada-Villa, R. Sagar, M.C. Viana, D.R. Williams et R.C. Kessler (2010), « Associations of Serious Mental Illness with Earnings: Results from the WHO World Mental Health Surveys », *British Journal of Psychiatry*, vol. 197, n° 2, Royal College of Psychiatrists, pp. 114-121.

Melnychuk, M. (2010), « Mental Health and Economic Conditions: How Economic Fluctuations Influence Mental Health? », Université d'Alicante.

MIND (2010), « Workers Turn to Antidepressants as Recession Takes its Toll », *www.mind.org.uk/news/3372_workers_turn_to_antidepressants_as_recession_takes_its_toll*.

Murphy, G.C. et J.A. Athanasou (1999), « The Effect of Unemployment on Mental Health », *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 72, pp. 83-99.

Nelson, R. et J. Kim (2011), « The Impact of Mental Illness on the Risk of Employment Termination », *Journal of Mental Health Policy and Economics*, vol. 14, n° 1, pp. 39-52.

OCDE (2008), « Tous les emplois sont-ils bons pour la santé ? L'impact du statut au regard de l'emploi et des conditions de travail sur la santé mentale », chapitre 4 des *Perspectives de l'emploi de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, *www.oecd.org/emploi/perspectives*.

OCDE (2010), *Maladie, invalidité et travail : Surmonter les obstacles – Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, *www.oecd.org/els/invalidite*.

Scarpetta, S., A. Sonnet et T. Manfredi (2010), « Montée du chômage des jeunes dans la crise : Comment éviter un impact négatif à long terme sur toute une génération ? », *Document de travail de l'OCDE sur les affaires sociales, l'emploi et les migrations*, n° 106, Éditions OCDE, Paris.

Shields, M.A. et S. Wheatley Price (2005), « Exploring the Economic and Social Determinants of Psychological well-being and Perceived Social Support in England », *Journal of the Royal Statistical Society*, Series A, vol. 168, pp. 513-538.

Siegrist, J. (1996), « Adverse Health Effects of High-effort/Low-reward Conditions », *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 1, pp. 27-41.

Stansfeld, S. et B. Candy (2006), « Psychosocial Work Environment and Mental Health: A Meta-analytic Review », *Scandinavian Journal of Work and Health*, vol. 32, n° 6, édition spéciale, pp. 443-462.

Stewart, W.F., J.A. Ricci, E. Chee, S.R. Hahn et D. Morganstein (2003), « Cost of Lost Productive Work Time among US Workers with Depression », *Journal of American Medical Association*, vol. 289, n° 23, pp. 3135-3144.

Thomas, C., M. Benzeval et S. Stansfeld (2005), « Employment Transitions and Mental Health: An Analysis from the British Household Panel Survey », *Journal of Epidemiological Community Health*, vol. 59, pp. 243-249.

Uutela, A. (2010), « Economic Crisis and Mental Health », *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 23, n° 2.

Waghorn, G., D. Chant, C. Lloyd et M.G. Harris (2009), « Labour Market Conditions, Labour Force Activity and Prevalence of Psychiatric Disorders », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 44, pp. 171-178.

Winefield, A.H., B. Montgomery, U. Gault, J. Muller, J. O'Gorman, J. Reser et D. Roland (2002), « The Psychology of Work and Unemployment in Australia Today », *Australian Psychologist*, vol. 37, n° 1, pp. 1-9.

Winkelman, L. et R. Winkelman (1998), « Why Are the Unemployed so Unhappy? Evidence from Panel Data », *Economica*, vol. 65, pp. 1-15.

Chapitre 3

Prise en charge de la santé mentale : Systèmes, services et dispositifs d'aide

Ce chapitre traite des liens existant entre le traitement thérapeutique et l'emploi des personnes souffrant de problèmes mentaux, à la fois sous l'angle des traitements individuels et dans la perspective plus large du système de santé mentale. Les dernières décennies ont été marquées par l'apparition de traitements médicaux et psychologiques efficaces et le développement de systèmes de santé mentale différenciés et de proximité. Toutefois, ces avancées n'ont pas encore permis d'améliorer sensiblement l'insertion professionnelle des personnes atteintes de troubles mentaux, ni de leur apporter l'indépendance financière. Les données disponibles montrent qu'il existe de nombreuses raisons à cela : l'insuffisance encore très généralisée des traitements, ou le traitement tardif de ces personnes ; certaines caractéristiques intrinsèques des troubles mentaux, même les plus légers, telles que la comorbidité, la chronicité et le rôle de la personnalité ; ainsi que le manque de collaboration entre le système de santé, les employeurs et les autres parties concernées. Enfin, alors que les facteurs socio-économiques ont une influence majeure sur la plupart des troubles mentaux, les questions d'emploi sont singulièrement négligées par la thérapeutique.

3.1. Introduction : nécessité d'une approche pluridimensionnelle pour traiter des problèmes complexes

Ce chapitre se concentre sur les liens entre la santé mentale et l'emploi. Les soins de santé mentale peuvent être appréhendés selon différents points de vue. L'une des approches possibles, axée sur les traitements individuels, conduit notamment à s'interroger sur la qualité et l'efficacité des différentes méthodes thérapeutiques au regard de l'emploi. Mais les soins de santé mentale peuvent également s'envisager selon une approche systémique plus large. Même de bonne qualité, les traitements ont peu de chances d'avoir une incidence majeure sur les résultats d'emploi des personnes affectées de troubles mentaux s'ils sont peu accessibles. Les autres aspects systémiques pertinents sont l'accessibilité des services de réadaptation professionnelle, la continuité des soins ainsi que la collaboration entre les différents intervenants du système de soins, et la collaboration avec les organismes et prestataires extérieurs, notamment les agences pour l'emploi et les établissements éducatifs, et avec les employeurs. Ces éléments sont tous essentiels dans la mesure où les patients atteints de maladie mentale grave ont un large éventail de besoins, certains imposés par leur pathologie et d'autres d'ordre social ou encore professionnel. Ces besoins sont eux-mêmes liés au fait que l'apparition, la manifestation et l'issue de la majorité des troubles mentaux dépendent d'un ensemble de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et socio-économiques. Ces problèmes de santé aux aspects multiples nécessitent l'adoption d'une approche pluridimensionnelle, couvrant les besoins cliniques et les problèmes sociaux des patients (encadré 3.1).

Encadré 3.1. **Les troubles mentaux nécessitent l'adoption d'une approche pluridimensionnelle du soin**

Comme la plupart des maladies physiques, les troubles mentaux ne résultent pas d'un facteur biologique, psychologique ou social unique mais de l'interaction entre plusieurs de ces facteurs. L'importance relative de chacun d'eux varie selon le type de trouble mental. Par exemple, les facteurs biologiques (génétiques et neurobiologiques) ont un rôle plus important dans la schizophrénie et le syndrome maniaco-dépressif que dans les pathologies névrotiques telles que les troubles de l'anxiété ou le stress post-traumatique, qui, pour leur part, peuvent être fortement influencés par les mécanismes psychologiques et les facteurs environnementaux. Les modèles pluridimensionnels de la santé mentale, comme par exemple le modèle bio-psycho-social (Engel, 1980), rendent compte de ces interactions.

Autre modèle pertinent, le modèle vulnérabilité-stress de Zubin et Spring (1977), qui postule que certains individus ont une vulnérabilité d'origine biologique ou sociale qui les prédispose à développer une pathologie mentale lorsqu'ils sont exposés à des formes aiguës ou chroniques de stress (par exemple, la crainte permanente de perdre leur emploi). Ce modèle attache une grande importance aux facteurs de vulnérabilité et aux traits de personnalité sous-jacents, considérant qu'ils sont susceptibles – en marge des symptômes de la maladie – d'influer fortement sur le fonctionnement social et professionnel (Michon *et al.*, 2008).

Encadré 3.1. **Les troubles mentaux nécessitent l'adoption d'une approche pluridimensionnelle du soin** *(suite)*

Bien que ces modèles restent vagues quant aux causes exactes de tel ou tel problème psychique, ils offrent un cadre utile pour les systèmes et dispositifs d'aide en santé mentale. Étant donné que les déterminants et les manifestations des problèmes psychiques revêtent des dimensions variées, le système de services se doit de pourvoir à la fois aux besoins cliniques des patients et à leurs problèmes sociaux. La prise de conscience croissante de la nécessité d'intégrer les paramètres sociaux dans le processus de traitement, associée à la fermeture ou la réduction des capacités des grands hôpitaux psychiatriques, ont conduit au développement de la psychiatrie sociale il y a une cinquantaine d'années (voir par exemple Bhugra et Leff, 1993).

Au-delà des déterminants biologiques et psychologiques de la maladie mentale, il existe désormais un vaste corpus de données sur les relations entre la santé mentale et certaines variables socio-démographiques et socio-économiques. Toutes les catégories sociales ne sont pas logées à la même enseigne en matière de santé mentale (Fryers *et al.*, 2005). Par exemple, les femmes (Wittchen et Jacobi, 2005 ; Kessler, 2007), les personnes qui ne sont pas mariées ou ne vivent pas en couple (Alonso *et al.*, 2004 ; Andrews *et al.*, 2001), les parents isolés (Jenkins, 2001 ; Thornicroft, 1991), les personnes à faible niveau d'études (Alexandre *et al.*, 2004) ou à faible revenu (van Doorslaer et Jones, 2004 ; Weich *et al.*, 2003 ; Eibner *et al.*, 2004), celles qui ont des problèmes de logement et les immigrés et les membres des minorités ethniques (Barsky *et al.*, 2005 ; Narrow *et al.*, 2000 ; Silver *et al.*, 2002) affichent régulièrement des taux de prévalence de troubles mentaux plus élevés.

Ce ne sont pas seulement les causes, mais aussi les manifestations des troubles mentaux, qui sont pluridimensionnelles. Plus que la plupart des autres maladies, les troubles mentaux s'accompagnent – au moins temporairement – d'effets psychologiques négatifs, tels qu'une perte d'estime de soi et de confiance en soi, une qualité de vie subjective encore plus médiocre que celle éprouvée par les membres des autres catégories socialement désavantagées, la sensation de n'avoir pas prise sur son existence, une baisse de moral et des attentes réduites quant à ce que le sujet peut accomplir et une crainte fortement accrue de connaître l'échec. Ces effets psychologiques potentiels peuvent, à leur tour, compromettre le rétablissement clinique et social du patient.

Ces observations s'appliquent également et tout particulièrement aux manifestations et conséquences sociales des maladies mentales. Les troubles mentaux affectent non seulement le patient lui-même, mais aussi, à plus long terme, ses relations avec ses proches, amis, collègues et voisins. Peut alors s'en suivre une cascade de problèmes : déclin social, difficultés de voisinage, problèmes de logement, invalidité, pauvreté, faible soutien social et isolement social.

Les cas de maladie mentale grave ne sont pas les seuls à nécessiter une approche systémique : la majorité des troubles mentaux mineurs ou modérés ont également un caractère récurrent ou persistant, qui affecte bien souvent la capacité de travail de la personne atteinte. Dans ces circonstances, le système de santé mentale doit se préoccuper non seulement des progrès cliniques des patients mais aussi de leurs résultats sur le marché du travail, et prendre en charge les personnes souffrant de troubles modérés.

Ce chapitre commence par passer en revue les effets des troubles mentaux sur la capacité à travailler et le fonctionnement au travail, avant d'examiner en détail les possibilités offertes par les traitements, notamment en ce qui a trait à l'amélioration des résultats d'emploi, les types de traitement disponibles, leur qualité et la question de leur accessibilité. Il analyse ensuite les changements structurels des systèmes de santé mentale en lien avec le thème de ce rapport, puis le rôle des services de santé mentale vis-à-vis de l'emploi. Il conclut que des progrès majeurs ne seront possibles que si l'emploi devient un objectif prioritaire du système de santé mentale.

3.2. Troubles mentaux, fonctionnement au travail et emploi

La gravité, la chronicité, le diagnostic et la comorbidité sont des paramètres cruciaux

Le chapitre 2 a décrit les effets négatifs profonds du chômage – en particulier du chômage de longue durée – sur la santé mentale, et, *a contrario*, le rôle bénéfique que peut exercer l'emploi dans l'amélioration de la santé mentale. Manifestement, la relation entre santé mentale et emploi joue dans les deux sens : d'un côté, les problèmes psychiques peuvent être sources de problèmes au travail – absentéisme, baisse de productivité ou perte d'emploi ; de l'autre, le chômage peut provoquer des troubles mentaux ou les aggraver.

Le fonctionnement au travail s'améliore quand les symptômes s'améliorent

Lorsque les symptômes s'améliorent, le fonctionnement au travail s'améliore également, ainsi que le montre une étude néerlandaise sur les relations temporelles entre la durée des épisodes dépressifs, le rétablissement et l'incapacité fonctionnelle (Spijker *et al.*, 2004). D'autres auteurs ont observé une concordance entre la variation de la gravité de la dépression et celle du niveau d'incapacité fonctionnelle (par exemple, Judd *et al.*, 2000 ; Ormel *et al.*, 2004). La leçon positive de ces recherches est que l'incapacité diminue à mesure que le symptôme dépressif s'atténue. En contrepartie, lorsque le symptôme dépressif persiste, le handicap devient omniprésent. En outre, plus la dépression sera longue, plus les capacités fonctionnelles seront affaiblies. Aussi les symptômes dépressifs doivent-ils être traités promptement.

Il ressort d'une étude longitudinale consacrée aux effets de la dépression sur la productivité aux États-Unis que la baisse de productivité observée est systématiquement plus élevée que celle induite par les autres maladies chroniques (Adler *et al.*, 2006). De plus, même si l'atténuation de la dépression dans le temps est associée à une amélioration de l'efficacité au travail, les personnes atteintes continuent d'être moins performantes que les sujets de contrôle sains. En d'autres termes, l'amélioration clinique ne s'accompagne d'une pleine récupération des facultés professionnelles.

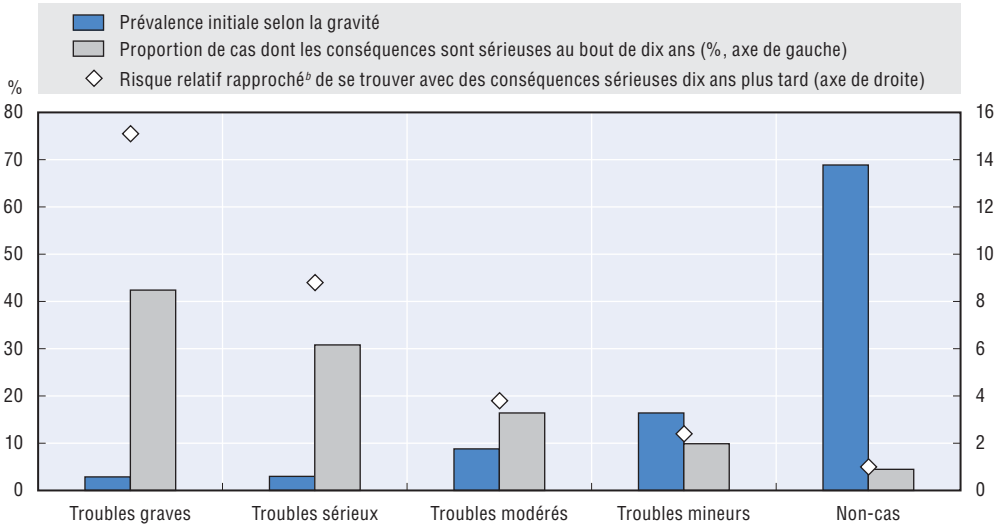
Dans une étude de suivi réalisée aux États-Unis, Kessler *et al.* (2007) ont établi des comparaisons entre la gravité des pathologies au cours de la période initiale et les conséquences sérieuses survenues une décennie plus tard. Les résultats montrent qu'il existe une relation évidente entre le risque de conséquences sérieuses – hospitalisation, incapacité professionnelle, tentatives de suicide ou maladie mentale grave – et la gravité de la pathologie au cours de la période initiale (graphique 3.1). Les résultats montrent par ailleurs que les symptômes et le fonctionnement au travail sont deux aspects bien distincts, l'amélioration symptomatique précédant largement les progrès au travail.

Même les troubles mineurs peuvent fortement compromettre l'emploi et le fonctionnement au travail

Le graphique 3.1 montre également les effets délétères des troubles mentaux mineurs et modérés : le risque de conséquences sérieuses, notamment une incapacité de travail, est deux à quatre fois plus élevé pour une personne atteinte de troubles mineurs ou modérés que pour une personne en bonne santé. Ce chiffre est certes bien inférieur aux risques associés aux troubles mentaux graves et sérieux (risque de 10 à 15 fois plus élevé), mais compte tenu de la prévalence largement supérieure des troubles mineurs et modérés dans la population générale, il est probable que leur impact global excède le coût des maladies mentales graves.

Graphique 3.1. **La gravité clinique est un facteur prédictif de conséquences sérieuses dix ans plus tard**

Prévalence des cas au cours de la période initiale selon le degré de gravité (1990-92) et conséquences sérieuses[a] dix ans plus tard (2000-02), données des États-Unis



a) La catégorie « Conséquences sérieuses » inclut les hospitalisations pour cause de trouble émotionnel, l'incapacité à travailler, les tentatives de suicide et les maladies mentales graves.

b) Le risque relatif rapproché (axe de droite) montre le risque élevé de conséquences sérieuses de passer d'un trouble mineur à un trouble grave comparé à celui de passer d'un trouble mineur à un non-cas (risque relatif rapproché = 1).

Source : Données compilées par l'OCDE à partir du suivi de la *National Comorbidity Survey* (Kessler, 2007).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568131

Il a par ailleurs été observé que les symptômes dépressifs « infracliniques », c'est-à-dire dont l'intensité se situe en dessous du seuil des critères diagnostiques, sont associés à une incapacité psychosociale accrue par rapport à l'absence de symptômes (Judd *et al.*, 2000). Ce constat a déjà été fait il y a plus de 20 ans par Broadhead *et al.* (1990), qui avaient conclu que la dépression était un précurseur important de l'incapacité et que même les formes de dépression les plus légères étaient associées à une augmentation significative du nombre de jours d'incapacité, mesuré sur une période de suivi de 90 jours (graphique 3.2). Encore une fois, c'est à cause de leur prévalence élevée que les formes de dépression plus légères sont responsables de beaucoup plus de jours d'incapacité au total.

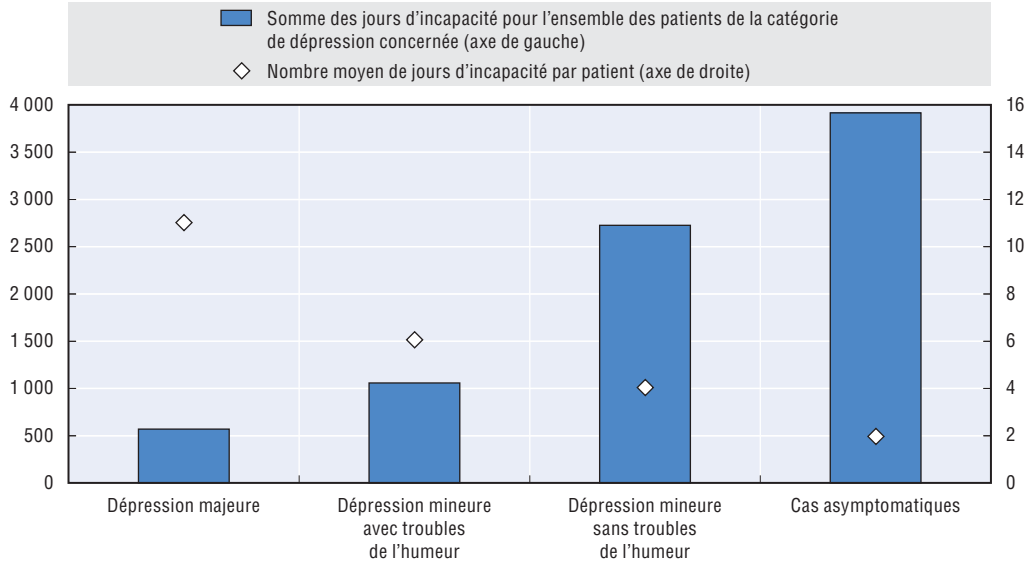
Autre raison pour laquelle il est important de tenir compte des troubles mentaux mineurs dans l'analyse, des syndromes peu marqués tels qu'une dépression mineure peuvent évoluer vers une maladie mentale grave, par exemple une dépression majeure. L'étude de Broadhead *et al.* (1990) a constaté que 10 % de l'ensemble des dépressions observées au cours de la période initiale évoluaient dans ce sens. Cette « mobilité » dans le temps de l'état de santé mentale a été confirmée par Hauck et Rice (2004), sur la base de 11 cycles de la *British Household Panel Survey*[1].

Au-delà de la santé mentale, la personnalité a également son importance

Toutefois, des chercheurs ont montré que certains traits de personnalité sous-jacents, et non pas uniquement les troubles mentaux, avaient des effets négatifs sur le fonctionnement au travail et l'emploi. Par exemple, une meilleure estime de soi et la stabilité émotionnelle sont étroitement associées à un meilleur fonctionnement au travail. L'évolution des troubles mentaux et le fonctionnement au travail sont liés aux

Graphique 3.2. **La gravité de la dépression est un facteur prédictif d'incapacité un an plus tard**

Nombre de jours d'incapacité[a] au cours d'une période de suivi de 90 jours, selon la gravité de la dépression au début de la période, données des États-Unis[b]



a) Les jours d'incapacité désignent les jours durant lesquels le déclarant ne s'est pas rendu à son travail pour cause de maladie, est arrivé en retard à son travail, est resté alité durant toute ou une partie de la journée, ou n'a pas pu accomplir ses activités habituelles parce qu'il ne se sentait pas bien.

b) N = 2 957 participants à cette analyse. Cas asymptomatiques (n = 1 997), Dépression mineure sans troubles de l'humeur (n = 696), Dépression mineure avec troubles de l'humeur (n = 176), Dépression majeure (n = 49).

Source : Données compilées par l'OCDE à partir de Broadhead *et al.* (1990).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568150

caractéristiques de la personnalité. Le constat est important, car les aspects de la personnalité ne peuvent pas être modifiés directement. Cela est vrai aussi en ce qui concerne les *troubles* de la personnalité, qui peuvent évoluer sous l'effet d'une intervention psychologique, d'un accompagnement ou d'une formation (par exemple, en vue de l'acquisition de compétences relationnelles ou professionnelles), mais ne sauraient être traités directement, ni *a fortiori* guéris, dans le cadre d'une pratique clinique. L'importance des caractéristiques persistantes de la personnalité, qu'il s'agisse de traits de la personnalité accentués – très courants – ou de troubles réels, montre que certaines personnes ont besoin de dispositifs d'aide à long terme pour être en mesure de s'accomplir professionnellement.

Par exemple, Michon *et al.* (2008) se sont demandés si la présence de troubles mentaux ou de traits de caractère « difficiles » constituait un facteur explicatif de l'altération du fonctionnement au travail. Ils ont constaté que l'association entre troubles mentaux et dégradation subséquente du fonctionnement au travail faiblissait, voire disparaissait, une fois qu'étaient prises en compte les caractéristiques de la personnalité. Non seulement les traits de personnalité résistent aux traitements psychiatriques, mais ils peuvent entraver le processus de réadaptation professionnelle, expliquant en partie les effets limités de la formation professionnelle et des traitements sur les résultats au regard de l'emploi.

Ce résultat a été confirmé par une étude détaillée récente menée en Suisse auprès de bénéficiaires de pensions d'invalidité chez qui des troubles mentaux avaient été diagnostiqués : d'après les médecins évaluateurs, quelque 70 % des bénéficiaires

présentaient non seulement des troubles mentaux, mais aussi des troubles de la personnalité ou tout au moins une personnalité « difficile » (Baer *et al.*, 2009). Les problèmes liés à la personnalité sont souvent associés à un déficit d'aptitudes sociales, raison pour laquelle les employeurs considèrent qu'il est plus difficile de travailler avec ce type de personne qu'avec un individu atteint de troubles mentaux spécifiques et manifestes comme la schizophrénie, un trouble obsessionnel compulsif ou une phobie (Baer *et al.*, 2011). Les employés qui présentent des problèmes de personnalité sont rarement perçus comme souffrant d'un trouble psychique par leurs employeurs, mais bien plus souvent comme des travailleurs inefficaces ou indisciplinés ; par conséquent, dans ces situations, l'employeur cherchera plutôt à se séparer de son employé qu'à solliciter une aide spécialisée (*cf.* également chapitre 2).

Nombre de troubles mentaux sont de nature chronique

Outre les effets invalidants de certains troubles spécifiques, c'est la *persistance* des troubles qui peut être invalidante. De nombreux problèmes psychiques ont un caractère récurrent ou chronique. Andrews *et al.* (2001) ont observé que 60 % des individus atteints de troubles mentaux présentaient déjà ces troubles un an auparavant. Et d'après Hughes et Cohen (2009), la majorité des patients souffrant de troubles dépressifs continuent de traverser des épisodes de dépression récurrents dix ans plus tard. Par ailleurs, de nombreuses études ont établi que la chronicité était étroitement associée à un recours fréquent à des services médicaux (*cf.* par exemple, Fasel *et al.*, 2010) et qu'elle constituait un facteur déterminant d'absence pour maladie de longue durée et d'invalidité (voir par exemple Bergh *et al.*, 2007).

Un certain nombre de troubles mentaux peuvent être persistants ou récurrents, et donc invalidants pour la personne qui en est atteinte. C'est le cas par exemple des troubles de la personnalité, de la dépression récurrente et de la dysthymie, mais aussi de la schizophrénie, des syndromes maniaco-dépressifs, des troubles anxieux, des troubles liés à l'utilisation abusive de substances psycho-actives ou encore des troubles obsessionnels compulsifs. S'agissant de la schizophrénie, quelque 70 % des malades dénotent une altération substantielle de leur fonctionnement social et professionnel ou présentent des symptômes résiduels (Möller *et al.*, 2008) ; dans le cas des syndromes maniaco-dépressifs, il a été constaté en Allemagne que la moitié environ des patients percevaient une pension d'invalidité à l'âge de 46 ans (Brieger *et al.*, 2004).

Des troubles mentaux différents auront des répercussions différentes sur le fonctionnement au travail

Bien qu'un diagnostic psychiatrique donné ne définisse pas systématiquement l'ampleur ou la nature précise du trouble, il est en soi porteur d'informations. Au-delà des caractéristiques générales des troubles mentaux graves sous l'angle du fonctionnement au travail – comme une aptitude moindre à travailler sous pression, une plus grande irrégularité des performances, une baisse de la confiance en soi ou une sensibilité exacerbée aux problèmes interpersonnels – des troubles mentaux différents entraînent des conséquences différentes. Ainsi, les troubles liés à la consommation d'alcool et de drogues peuvent se traduire notamment par des risques accrus pour la sécurité, une baisse de la motricité ou des problèmes de mémoire. Les personnes atteintes de schizophrénie peuvent se trouver particulièrement handicapées par un affaiblissement de leurs capacités cognitives, source de nombreux problèmes dans l'exécution des tâches. La dépression peut causer une perte

d'énergie, un sentiment de dévalorisation ou des difficultés de concentration, qui rendent difficile de commencer ou de terminer une tâche, tandis qu'une phobie sociale incite la personne atteinte à éviter les situations faisant intervenir les capacités relationnelles ou les performances, avec pour conséquence l'incompréhension et la colère de ses collègues. Enfin, les troubles de la personnalité peuvent se traduire par des difficultés à nouer des relations sociales et par des conflits sur le lieu de travail, en partie à cause du manque de discernement induit par ces troubles.

Si le présent rapport n'aborde pas dans le détail la question du diagnostic, il est néanmoins crucial de prendre conscience de la signification des différentes entités de diagnostic. On peut affirmer qu'il existe, au-delà des différences individuelles, des troubles qui apparaissent généralement à un âge précoce et qui affectent de manière globale le fonctionnement au travail (c'est le cas, par exemple, de la schizophrénie), alors que d'autres se manifestent plus tardivement et entraînent des effets plus spécifiques (phobie sociale, ou certains troubles obsessionnels-compulsifs). Par ailleurs, certains troubles peuvent être traités efficacement par des thérapies à court terme bien ciblées (par exemple : certains cas de dépression et d'anxiété, traités au moyen d'une thérapie du comportement cognitif), alors que d'autres, ancrés de longue date (comme la schizophrénie ou les troubles de la personnalité), ne sauraient être traités en quelques semaines, mais peuvent nécessiter une thérapie ou un soutien plus global et inscrit dans la durée. Compte tenu des dégâts parfois considérables qu'une maladie mentale grave peut occasionner très tôt chez la personne atteinte, et de toutes les conséquences qui en découlent en matière de formation et de vie professionnelle, il est compréhensible que certaines thérapies, par ailleurs susceptibles d'atténuer très efficacement les symptômes, restent parfois impuissantes à améliorer l'employabilité et la productivité.

Il pourrait donc être très utile d'indiquer clairement que les chances de réadaptation ne sont pas les mêmes pour tous les troubles mentaux, et que les perspectives sont meilleures dans le cas des troubles affectifs et névrotiques qu'elles ne le sont, par exemple, pour la schizophrénie. Il n'existe pas une seule et même solution qui soit idéale pour l'ensemble des troubles. Il conviendrait dès lors de prévoir des stratégies, des services et des traitements adaptés aux personnes qui présentent des problèmes de santé mentale différents et qui ont des besoins différents en termes de soins. La signification de l'entité de diagnostic devrait également se répercuter sur le processus de réadaptation. Lorsque le diagnostic constitue un élément prépondérant, il est essentiel que le soutien relatif à l'activité professionnelle s'appuie sur des connaissances interdisciplinaires (notamment celles de spécialistes de la santé mentale).

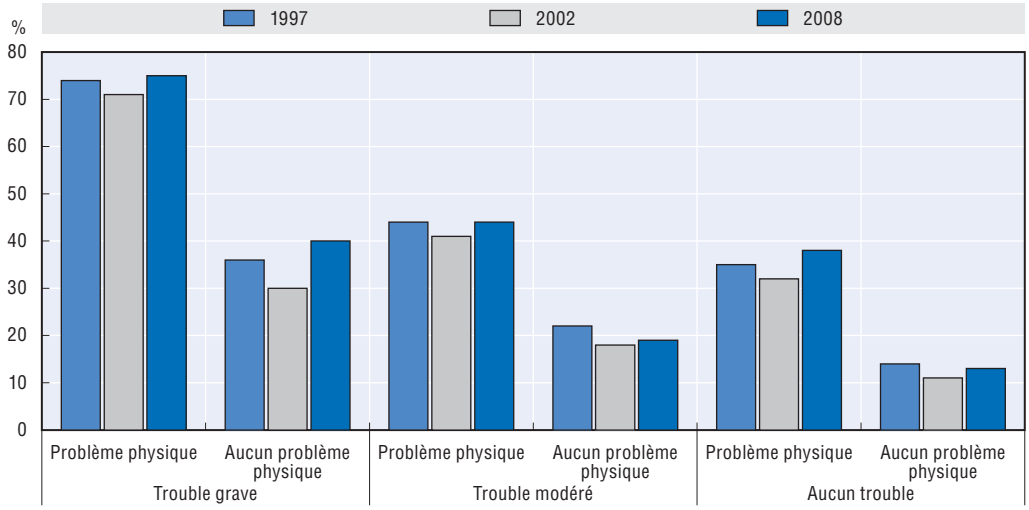
Comorbidité : la coexistence d'affections multiples est un facteur d'invalidité accrue

La coexistence de *plusieurs* problèmes psychiques est fortement corrélée à une gravité accrue des problèmes et à des déficiences fonctionnelles plus importantes (Kessler *et al.*, 2005a ; Alonso et Lepine, 2007 ; Andrews *et al.*, 2001). Quelque 30 à 40 % des personnes ayant une santé mentale déficiente souffrent d'au moins deux troubles mentaux différents (Wittchen et Jacobi, 2005 ; *cf.* également chapitre 1). La comorbidité entre troubles mentaux et troubles physiques est également fréquente (Härter *et al.*, 2007). De nombreuses données montrent que cette forme de comorbidité est associée à une morbidité et une mortalité plus élevées (Tilhonen *et al.*, 2009 ; Miller *et al.*, 2006), d'où la nécessité d'intégrer la prise en charge, pour l'instant cloisonnée, de la santé mentale et de la santé physique[2].

Qui plus est, la comorbidité se traduit par de moins bons résultats thérapeutiques, un surcroît de cas chroniques et, au final, une invalidité accrue. Aux États-Unis, par exemple, le taux de bénéficiaires d'allocations de remplacement de revenu est supérieur à 70 % parmi les personnes souffrant à la fois de troubles mentaux graves et d'un problème de santé physique – un taux deux fois plus élevé que celui enregistré chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves mais *n'ayant pas* de problème de santé physique. Les différences sont également sensibles pour les personnes souffrant de troubles mentaux courants, le taux d'allocataires s'élevant à plus de 40 % en cas de comorbidité, contre moins de 20 % dans l'autre cas. Par conséquent, les personnes qui sont atteintes de troubles mentaux courants associés à un autre problème de santé semblent avoir plus de mal à s'en sortir professionnellement que les personnes souffrant uniquement de troubles mentaux graves (graphique 3.3).

Graphique 3.3. **Les taux de bénéficiaires de prestations augmentent sensiblement avec la comorbidité**

Proportion d'individus percevant une allocation de remplacement du revenu[a], selon la gravité du trouble mental et la coexistence éventuelle d'un problème de santé physique, États-Unis, 1997, 2002 et 2008



a) Les allocations de remplacement du revenu prises en compte sont les pensions d'invalidité, les allocations de chômage, l'aide sociale et autres allocations de remplacement du revenu.

Source : National Health Interview Surveys des États-Unis.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568169

Les données synthétisées dans cette section permettent de penser que, dans l'ensemble : *i)* il existe une relation négative forte entre la mauvaise santé mentale et le fonctionnement au travail ; *ii)* l'amélioration des symptômes entraîne une amélioration du fonctionnement au travail, mais dans des proportions qui ne sont pas strictement équivalentes ; *iii)* les troubles plus légers entravent eux aussi considérablement le fonctionnement au travail ; *iv)* l'incapacité d'ordre psychique ne résulte pas d'épisodes isolés d'un trouble mental unique, mais le plus souvent de troubles comorbides récurrents ou chroniques ; et *v)* les caractéristiques de la personnalité sont un facteur clé dans la relation entre maladie mentale et fonctionnement au travail. Pour élaborer des politiques à même d'améliorer les résultats des individus sur le marché du travail, il est impératif de tenir compte de l'ensemble de ces éléments.

Effets du travail et de la réadaptation professionnelle sur la santé mentale

L'effet thérapeutique du travail sur la santé mentale est connu de longue date. Toutefois, le secteur des soins psychiatriques a longtemps considéré le travail comme un simple moyen de tenir les patients occupés ; c'est pourquoi, par le passé, ces activités étaient organisées dans un environnement protégé, principalement dans des hôpitaux psychiatriques, ou s'inscrivaient dans le cadre de thérapies par le travail. Au fil du temps, les services de psychiatrie ont mis en place un large éventail de programmes de travail pour leurs patients.

La plupart des pays ont créé des *ateliers protégés* où les individus peuvent travailler dans un environnement protégé et non concurrentiel. Ces ateliers offrent aux personnes atteintes des troubles les plus graves la possibilité de rester occupées toute la journée, l'occupation étant en soi perçue comme un facteur stabilisant. Certains pays ont également mis en place des « clubhouses » qui proposent des programmes de formation préprofessionnelle et d'emploi de transition, ainsi que d'autres interventions psychosociales (Rosen et Barfoot, 2001). Le principe sous-jacent de cette formule est que le public auquel elle s'adresse doit suivre une approche progressive en matière d'emploi, certaines personnes ayant besoin de se former quelques temps dans un environnement protégé pour pouvoir atteindre leurs objectifs. L'un des problèmes de la formation préprofessionnelle – qui, en règle générale, donne des résultats remarquables dans les environnements protégés – tient à ce que ces effets positifs sont difficiles à reproduire dans un cadre non protégé. Le problème de l'emploi de transition réside précisément dans son caractère transitoire, les programmes offrant des emplois supervisés, souvent de faible niveau, de nature temporaire. Ces approches traditionnelles ayant rarement été évaluées de manière scientifique au moyen d'essais contrôlés randomisés, il est difficile de juger correctement de leur efficacité[3].

Cela étant, aucun programme ne donne de résultats optimaux pour *tous* ses clients. Le modèle « former avant de placer » (« first-train-then-place ») a essuyé un feu de critiques, mais il existe une catégorie de clients pour lesquels certaines formes spécifiques de formation préprofessionnelle peuvent être profitables, et d'autres à qui les programmes d'emploi de transition permettent de prendre confiance, de maîtriser leur peur de l'échec et, ce faisant, de tracer progressivement leur chemin vers l'emploi. Malgré tout, les données scientifiques portent à croire que les ateliers protégés, la formation préprofessionnelle et les emplois de transition sont moins efficaces que d'autres approches plus récentes visant à placer les clients dans des emplois conventionnels rémunérés.

Les deux dernières décennies ont vu émerger un nouveau modèle consistant à « placer avant de former » (*cf.* encadré 3.2). Cette nouvelle approche connue sous le nom « d'accompagnement en milieu de travail » ou « d'emploi assisté » (*supported employment*) a obtenu de très bons résultats en matière de placement en emploi rémunéré des patients atteints de troubles graves, ce succès s'expliquant en partie par les principes sous-jacents du modèle, qui répondent précisément aux besoins des clients liés à leur état de santé (voir l'encadré 3.2, et le chapitre 4 également). À l'heure actuelle, les programmes d'emploi assisté sont largement reconnus comme étant LA référence en matière de réadaptation professionnelle.

Au-delà du fait que cette approche donne de meilleurs résultats sur le plan de l'emploi – de l'ordre de 50 % des participants aux services d'emploi assisté accèdent à un emploi rémunéré à un moment quelconque d'une période comprise entre 12 et 18 mois, contre

Encadré 3.2. **Principes des services d'emploi assisté**

L'emploi assisté (EA) a pour objectif d'aider les personnes atteintes de troubles mentaux graves à trouver du travail sur le marché de l'emploi concurrentiel local. Approche basée sur les faits, l'emploi assisté obéit à sept principes fondamentaux :

- *Principe de l'exclusion zéro.* Toute personne atteinte d'incapacité peut occuper un emploi concurrentiel dans le bassin local sans formation préalable. La seule condition imposée pour participer aux programmes d'emploi assisté est que le client veuille travailler. Personne ne peut être exclu pour raison de diagnostic, symptômes, antécédents professionnels, utilisation de substances psycho-actives, déficiences cognitives ou autres problèmes.
- *Intégration des services de réadaptation professionnelle et de santé mentale.* La réalisation des objectifs professionnels du client passe par une coordination et une collaboration étroites entre les services d'emploi assisté et les services de traitement et de réadaptation. Pour cela, il est nécessaire que les spécialistes de l'emploi travaillent en étroite concertation avec d'autres professionnels et que toutes les parties prenantes se réunissent régulièrement. Ces réunions sont l'occasion pour les intervenants d'examiner ensemble différentes questions cliniques ou liées à la réadaptation qui ont une incidence sur le travail, telles que les effets secondaires des médicaments, les symptômes persistants, les problèmes cognitifs ou d'autres besoins en matière de réadaptation.
- *Les préférences des clients sont importantes.* Les objectifs professionnels, le type d'aide fourni ainsi que les rythmes et calendriers doivent être adaptés aux préférences du client concernant le type de travail, l'environnement professionnel et les horaires de travail souhaités, d'autres caractéristiques de l'emploi et la divulgation de ses problèmes psychiques.
- *Brièveté de la recherche d'emploi.* Les évaluations sont réduites au minimum, la priorité étant d'aider rapidement le client à trouver l'emploi qui lui convient. Pour guider le client dans sa recherche, le spécialiste de l'emploi dresse un profil professionnel dans lequel figurent les préférences du demandeur. Il n'y a pas de longues procédures d'évaluation et formation préalables à l'emploi dans les services d'emploi assisté.
- *L'objectif est que les clients trouvent un emploi rémunéré régulier.* Le spécialiste du service d'emploi assisté a pour mission d'aider chaque client à trouver localement un emploi régulier à temps partiel ou à temps plein, rémunéré au moins au salaire minimum. Un emploi régulier est un emploi rémunéré auquel n'importe quel demandeur d'emploi peut postuler dans le bassin local. Le modèle de l'emploi assisté privilégie les emplois réguliers pour plusieurs raisons : outre que les clients préfèrent travailler contre rémunération, ces emplois réduisent la stigmatisation, restaurent l'estime de soi et aident le client à mener une vie normale.
- *Un soutien non limité dans le temps.* L'objectif du spécialiste de l'emploi est d'aider ses clients à devenir aussi autonomes que possible à leur poste de travail, tout en restant disponible pour leur apporter aide et soutien en cas de besoin. Certains clients ont besoin d'être accompagnés sur de longues périodes, même si, dans un grand nombre de cas, le degré de soutien diminue au fil du temps. Par conséquent, jamais le service d'emploi assisté ne met un terme à la participation d'un client, sauf si celui-ci en fait la demande.
- *Conseil sur les prestations.* Les conseillers en prestations aident les clients à calculer le montant exact du revenu d'activité qu'ils pourraient percevoir sans perdre leurs droits aux allocations. Ils renseignent également les clients et les soignants sur les règles d'admissibilité aux prestations, les plafonds de revenu, les incitations au travail et autres aspects et réglementations relatifs aux avantages liés à l'emploi.

Source : Données compilées par l'OCDE à partir de Bond *et al.* (2001a) et Corrigan *et al.* (2008).

environ 15 à 20 % des bénéficiaires des autres formes d'aide à l'emploi (Bond *et al.*, 2001a) – la nature et le fonctionnement de l'emploi assisté livrent plusieurs leçons fondamentales :

- Premièrement, le modèle de l'emploi assisté est fondé sur des données probantes, ce qui était et reste relativement exceptionnel parmi les différents dispositifs de réadaptation professionnelle existants. Traditionnellement, les systèmes de réadaptation professionnelle sont de nature pragmatique et ne reposent pas sur des bases théoriques scientifiquement éprouvées.
- Deuxièmement, il présuppose que même les personnes atteintes de troubles mentaux graves peuvent travailler dans un environnement normal. Il y a dix ans, dans la plupart des pays, cette profession de foi n'était pas de mise car l'on avait de sérieux doutes sur ce que les personnes souffrant de troubles mentaux graves étaient capables d'accomplir professionnellement. Or, adopter une attitude positive est d'autant plus essentiel que les maladies mentales graves sont souvent récurrentes et invalidantes et qu'elles conduisent fréquemment patients et professionnels au désespoir et au renoncement.
- Troisièmement, l'emploi assisté est une réponse directe au manque de coordination entre les services de santé mentale et les services de l'emploi et au cloisonnement des différentes spécialités. Les programmes d'emploi assisté reconnaissent à la fois l'importance de la maladie et de ses conséquences et la nécessité de faire de l'emploi un pilier important du processus de traitement[4].
- Enfin, le modèle de l'emploi assisté a contribué à réorienter les objectifs du système de santé mentale vers l'employabilité, mettant en avant des résultats beaucoup plus probants en matière d'emploi – par exemple pour les patients des centres de traitement ambulatoire, qui ont été convertis en centres d'emploi assisté (Drake *et al.*, 1994).

Bien qu'ils aient obtenu d'excellents résultats en termes de taux de placement de clients en milieu de travail normal, les programmes d'emploi assisté présentent certaines limites. En général, les placements concernent des emplois de faible niveau du secteur des services, la moitié environ des clients quittent leur emploi dans les six mois, et habituellement, les clients ne travaillent pas à temps plein pour pouvoir conserver leurs allocations de sécurité sociale. Par conséquent, les succès en termes de placement n'ont pas eu beaucoup d'effets sur les régimes de prestations. Enfin, les programmes d'emploi assisté ne sont pas aussi répandus que l'on pourrait s'y attendre, car leur mise en œuvre se heurte à différents obstacles, notamment l'éparpillement des financements, qui entraîne un morcellement des services. Autre obstacle majeur, l'attitude des cliniciens, qui sous-estiment les besoins de leurs patients en matière de services d'aide à l'emploi (Bond *et al.*, 2001a).

Effets du travail et de la réadaptation professionnelle sur des aspects autres que l'emploi

Certaines données montrent que le travail d'une part et la réadaptation professionnelle d'autre part ont des effets positifs sur des aspects autres que l'emploi, qui touchent au fonctionnement psychique. Bond *et al.* (2001b) et Mueser *et al.* (1997) ont observé que les personnes atteintes de troubles mentaux graves et occupant un emploi régulier affichaient des progrès plus marqués dans plusieurs domaines non liés à l'emploi – diminution des symptômes psychiatriques et amélioration de l'estime de soi par exemple – que celles ne travaillant pas. De même, Bell *et al.* (1996) ont montré que les patients atteints de schizophrénie qui occupent un emploi rémunéré étaient moins susceptibles d'être

réhospitalisés et plus susceptibles de voir leurs symptômes s'améliorer que ceux exerçant un emploi non rémunéré.

Dans une étude récente, Bio et Gattaz (2011) ont constaté que la réadaptation professionnelle améliorait sensiblement les aptitudes cognitives des patients. Cette étude longitudinale renforce les conclusions d'études transversales antérieures, desquelles il ressortait que le travail pouvait aider à corriger les dysfonctionnements cognitifs (voir par exemple McGurk et Meltzer, 2000).

Caractéristiques individuelles d'une réadaptation professionnelle réussie

La connaissance précise des facteurs prédictifs intervenant dans la réadaptation professionnelle permettrait de mieux cibler les interventions liées à l'emploi. Dans le domaine de la réadaptation psychiatrique, il existe une longue tradition de : *i)* mesure de la réussite des programmes de réadaptation professionnelle ; et de *ii)* recherche des facteurs prédictifs de la réussite en matière d'emploi. Cependant, les études peuvent rarement être comparées car elles adoptent des définitions très différentes de la réussite – l'occupation d'un emploi rémunéré, une amélioration sur une échelle psychologique, ou le travail en général, avec ou sans prestations. Les facteurs prédictifs de la réussite sont eux aussi variables, dans la mesure où ils dépendent de l'échantillon utilisé et du paramètre mesuré – retour à l'emploi, maintien dans l'emploi ou évolution professionnelle. Néanmoins, il a été régulièrement observé que la présence de certains facteurs liés au travail, à la maladie, aux personnes ou de nature socio-démographique s'accompagnait de résultats sensiblement meilleurs sur le plan du travail (voir par exemple Watzke et Galvao, 2008 ; Tsang *et al.*, 2010 ; Wewiorski et Fabian, 2004 ; Weis, 1990 ; Crowther *et al.*, 2001) :

- Les données relatives aux facteurs socio-démographiques présentent un tableau contrasté. Le niveau d'études joue un rôle important : plus le participant au programme de réadaptation professionnelle est instruit, plus il a de chances de réussir sur le plan professionnel. Les résultats concernant l'âge sont plus mitigés et peuvent dépendre du trouble mental spécifique dont souffre la personne ; mais le plus souvent, les jeunes obtiennent de meilleurs résultats en termes d'emploi. Enfin, les différences entre hommes et femmes ne sont pas claires.
- Pour certains facteurs liés au travail – notamment ceux liés aux antécédents d'emploi – on obtient un faisceau de résultats très cohérent. Plus l'individu était performant avant de tomber malade, meilleur sera son pronostic d'emploi. Cette relation vaut non seulement pour les antécédents d'emploi, mais aussi pour le fonctionnement social général avant la survenue de la maladie et pour la durée de la période de chômage avant le démarrage des mesures de réadaptation.
- Les caractéristiques personnelles ont également une incidence sur les résultats au regard du travail. Les aptitudes sociales sont déterminantes : la capacité à bien s'entendre avec les autres (et donc avec d'éventuels collègues de travail) est cruciale pour pouvoir trouver et occuper un emploi. Ceci explique que la formation aux aptitudes sociales ait pris davantage d'importance dans la réadaptation professionnelle. Les aptitudes sociales sont nécessaires pour réussir un entretien d'embauche, et par la suite, elles augmentent les chances de la personne de conserver son emploi, même si ses performances au travail sont fluctuantes. C'est l'une des raisons principales pour laquelle les personnes atteintes de troubles de la personnalité obtiennent de mauvais résultats en matière d'emploi (Baer *et al.*, 2011).

- Enfin, les facteurs liés à la maladie ont une incidence profonde sur les résultats en matière d'emploi. Plus la maladie se déclare tard et plus sa durée est courte, meilleurs sont les résultats. En ce qui concerne le diagnostic, le pronostic d'emploi est particulièrement médiocre pour les schizophrènes, mais il est meilleur pour les personnes qui souffrent de troubles de l'humeur – cela étant, l'un des défauts de la recherche est de se focaliser sur la schizophrénie, qui a une prévalence très faible au sein de la population. Les symptômes de la maladie ont également une valeur prédictive : des symptômes excessifs soudains sont associés à de meilleurs résultats sur le plan du travail que ne l'est la perte progressive des capacités cognitives par exemple. Plus généralement, les déficits cognitifs sont un facteur prédictif négatif de la réadaptation professionnelle ; c'est le cas en particulier des déficits de la mémoire de travail, mais aussi des aptitudes d'intelligence générale et de cognition sociale. Cependant, ces résultats s'expliquent probablement par la place prépondérante de la schizophrénie dans les travaux de recherche sur la réadaptation. Très peu d'études se sont intéressées aux facteurs prédictifs pour d'autres groupes de diagnostics. Celles qui l'ont fait concluent que ces facteurs varient selon le diagnostic (Baer, 2002).

Ces facteurs prédictifs relativement fiables ont des conséquences importantes. Premièrement, associés au fait que la plupart des troubles mentaux se déclarent à un stade précoce, les résultats indiquent que les interventions axées sur l'emploi devraient être mises en place rapidement et viser à ce que les bénéficiaires acquièrent une formation et suivent un apprentissage (chapitre 5). Deuxièmement, l'importance des antécédents de travail prémorbides de l'individu souligne la nécessité d'effectuer une évaluation approfondie et interdisciplinaire de sa maladie et de sa capacité de travailler. Troisièmement, étant donné le rôle majeur des aptitudes sociales, il apparaît nécessaire de proposer aux participants une formation préprofessionnelle et une formation en cours d'emploi dans ce domaine, et d'accompagner les salariés sur une longue période. Certains clients peuvent retirer un bénéfice de la formation aux aptitudes sociales, alors que d'autres ont besoin d'un soutien constant. En outre, dès lors que le diagnostic et les symptômes influent sur les chances de réussite de la réadaptation professionnelle, il est vital que celle-ci soit combinée à un traitement spécialisé des troubles mentaux[5]. Enfin, la plupart des recherches récentes sur les facteurs de réussite de la réadaptation professionnelle portant essentiellement sur la schizophrénie, il serait souhaitable d'élargir le champ des recherches et d'étudier les facteurs prédictifs des troubles mentaux les plus courants.

3.3. Traitements insuffisants, traitements adéquats et traitements optimisés

Le traitement des troubles mentaux peut améliorer les résultats sur le plan de l'emploi

Eu égard aux relations entre l'emploi et la santé mentale et aux effets majeurs des troubles mentaux, même mineurs, sur l'incapacité, le rôle du système thérapeutique est essentiel. Compte tenu qu'il existe une certaine concordance entre les symptômes ou la maladie et le fonctionnement au travail, l'efficacité d'un traitement détermine largement dans quelle mesure et à quelle vitesse le fonctionnement du patient au travail peut être rétabli. Cependant, la littérature consacrée aux effets des soins de santé mentale sur les résultats d'emploi des patients parvient à des conclusions mitigées.

Une étude déjà ancienne de Mintz *et al.* (1992) sur des patients dépressifs a constaté que les résultats en termes d'emploi étaient meilleurs dans les cas où le traitement avait amélioré les symptômes du patient, mais que le rétablissement du fonctionnement au travail arrivait bien après la rémission des symptômes. Les médicaments avaient

davantage d'effets sur les difficultés rencontrées au travail qu'un placebo ou une psychothérapie. En outre, les résultats sur le plan du travail s'amélioraient avec la durée du traitement et cet effet n'apparaissait pas lié à l'amélioration des symptômes. Toutefois, s'agissant des résultats professionnels des patients sur le long terme, les éventuels progrès initiaux étaient annihilés par la récurrence des symptômes ou par des rechutes.

L'administration d'un traitement adéquat améliore les résultats des patients sur le plan de l'emploi

On trouve dans la littérature un faisceau de données plus cohérent (ayant trait, encore une fois, à la dépression essentiellement) concluant qu'un traitement *adéquat* peut améliorer les résultats des patients sur le plan professionnel – un traitement « adéquat » désignant un traitement qui remplit certains critères de base ou suit certaines recommandations minimales concernant le nombre de séances de psychothérapie, l'utilisation de médicaments antidépresseurs et le suivi par le médecin des effets du traitement médicamenteux.

- Dans un essai randomisé contrôlé comportant trois groupes d'intervention (administration des soins habituels, suivant les recommandations applicables pour le traitement de la dépression ; soutien renforcé au personnel infirmier pour le suivi du traitement médicamenteux des patients ; mise en place, pour les thérapeutes locaux, d'une formation sur les thérapies cognitivo-comportementales), Schoenbaum *et al.* (2002) observent que : *i*) 44 % des patients ont reçu des soins adéquats pendant la phase de suivi, tandis que la probabilité de recevoir des soins adéquats est moins élevée parmi les patients s'étant vu administrer des « soins habituels » ; et *ii*) un traitement adéquat améliore davantage les résultats cliniques et d'emploi que ne le font les soins habituels. Les groupes concernés par les interventions améliorées affichent un taux de rémission (absence de dépression) de 76 % au bout de six mois, contre 30 % pour le groupe ayant reçu des soins habituels. Enfin, le groupe ayant bénéficié d'un traitement adéquat affiche un taux d'emploi de 72 % après intervention, contre 52 % pour le groupe de contrôle.
- Une étude transversale menée auprès d'adultes dépressifs souffrant d'incapacité et bénéficiant du programme Medicaid des États-Unis a montré que les personnes qui suivent un traitement antidépresseur adéquat ont trois fois plus de chances d'occuper un emploi (après contrôle des variables confondantes). Le caractère adéquat du traitement a été évalué en termes de dosage et de durée de traitement (Smith *et al.*, 2009). Lerner *et al.* (2004) sont parvenus à des résultats similaires.
- Les données administratives tirées des demandes de remboursement de médicaments prescrits sur ordonnance au Canada montrent qu'après contrôle des facteurs démographiques et de la gravité de la dépression, l'usage des traitements antidépresseurs conformément aux recommandations est associé à un retour à l'emploi plus fréquent et à une diminution de 24 jours de la durée de l'épisode d'incapacité (Dewa *et al.*, 2003). Les auteurs indiquent qu'un traitement antidépresseur ne s'impose pas pour tous les salariés souffrant de dépression légère mais que lorsque prescription il y a, l'administration du traitement devrait commencer aussi tôt que possible.

Des données montrent donc bel et bien que l'administration d'un traitement adéquat peut avoir des effets positifs sur le fonctionnement au travail et le maintien dans l'emploi. Cela étant, les effets positifs sur l'emploi sont plus faibles que les effets cliniques (Frank et Koss, 2005) – autrement dit, l'amélioration clinique ne se traduit pas automatiquement ni

à entière concurrence par une amélioration du fonctionnement au travail (mesurée à l'aune d'échelles d'évaluation du fonctionnement) et une augmentation de l'emploi rémunéré assortie de gains d'activité appropriés, ou par une sortie des régimes d'invalidité.

Il y a plusieurs raisons à cela. Premièrement, l'amélioration des symptômes ne va pas toujours de pair avec une amélioration de la productivité. De plus, les essais cliniques ne reflètent pas la stricte réalité du terrain concernant les soins habituels, dans la mesure où le niveau d'adéquation des traitements est plus faible dans la pratique que dans les essais cliniques basés sur des données factuelles. Pour le formuler simplement, les traitements peuvent améliorer le fonctionnement au travail, mais jusqu'à présent, ces améliorations ont souvent été insuffisantes pour se traduire par des résultats sensiblement meilleurs sur le marché du travail.

Le même constat s'applique à la forme de réadaptation professionnelle la plus efficace, l'emploi assisté. Celui-ci génère un taux élevé d'emploi faisant l'objet d'une concurrence pour les personnes atteintes de troubles graves, mais il apparaît que l'augmentation des gains d'activité n'est pas suffisante pour compenser la perte des revenus de transfert et que la stabilité de l'emploi s'en ressent (la moitié environ des personnes placées quittent leur emploi dans les six mois) (Frank et Koss, 2005).

Des traitements souvent insuffisants

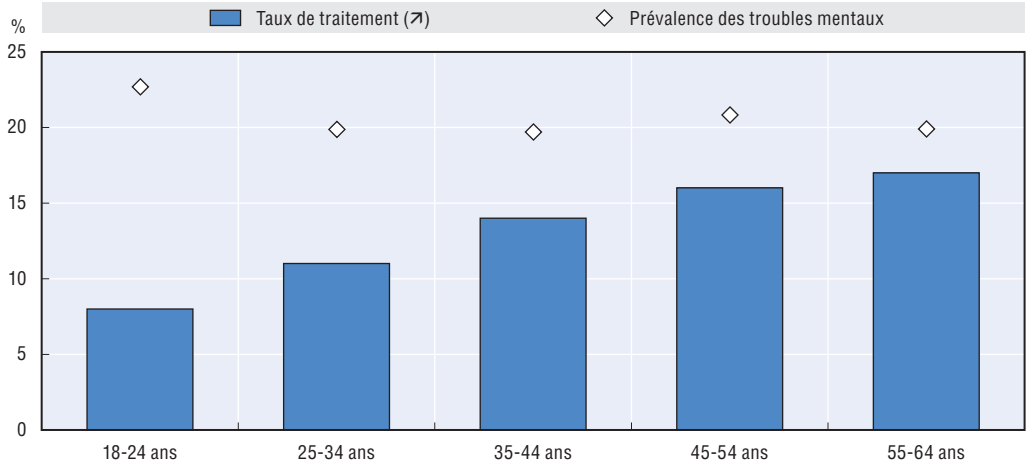
Au-delà des effets potentiellement limités des traitements sur l'emploi, un autre problème de taille se pose : de nombreuses personnes souffrant de troubles mentaux ne cherchent pas à se faire soigner ou n'ont pas accès aux traitements dont elles ont besoin. Toutefois, si la notion de « nécessité » est centrale dans la planification des soins de santé mentale, elle n'en est pas moins complexe, et on pourrait se demander si l'existence d'un diagnostic psychiatrique signifie automatiquement qu'un traitement est nécessaire. La façon dont cette nécessité est mesurée (l'un des indicateurs potentiels étant l'incapacité) revêt une importance particulière dans un contexte où les ressources sont limitées (Mechanic, 2003). Il n'en reste pas moins que, même en tenant compte du fait que toutes les personnes présentant des symptômes de nature à justifier un diagnostic de trouble mental n'ont pas forcément besoin d'être traitées, les taux de traitement sont encore très insuffisants.

Des études nationales réalisées en Suisse et aux États-Unis indiquent que seulement 30 % environ des personnes atteintes de troubles mentaux graves et environ 15 % de celles souffrant de troubles modérés ont bénéficié d'un traitement au cours des 12 mois précédents. Des résultats similaires se dégagent d'études épidémiologiques et sur les soins primaires réalisées dans différents pays (voir par exemple Kessler *et al.*, 2005a ; Lecrubier, 2007 ; Alonso *et al.*, 2004).

Les données de l'Eurobaromètre de 2005 pour 21 pays de l'OCDE font ressortir des taux de traitement globaux (troubles mentaux graves et modérés confondus) de l'ordre de 15 %. Les taux de traitement augmentent avec l'âge. Des enquêtes nationales menées en Australie, aux États-Unis et en Suisse révèlent que les taux de traitement les plus élevés correspondent à des personnes âgées de 45 ans et plus, et qu'à l'inverse, les moins de 35 ans affichent des taux de traitement particulièrement faibles. Les données de l'Eurobaromètre confirment cette tendance, mettant en évidence une hausse continue des taux de traitement avec l'âge (graphique 3.4). S'agissant des 21 pays de l'OCDE, la moyenne est de 9 % pour les jeunes (15-24 ans), de 14 % pour les adultes (25-54 ans) et de 17 % pour les plus âgés (55-64 ans). Le faible taux de traitement des jeunes adultes compromet leur insertion professionnelle, compte tenu particulièrement de la forte prévalence des troubles mentaux chez les adolescents, encore plus élevée que parmi les adultes.

Graphique 3.4. **Les taux de traitement sont extrêmement faibles parmi les jeunes adultes et augmentent graduellement avec l'âge**

Taux de prévalence moyens sur 12 mois des troubles mentaux tels qu'ils ressortent des enquêtes nationales de six pays, et taux de traitement moyens dans 21 pays de l'OCDE, par âge, 2005[a, b]



a) Taux moyen de prévalence des troubles mentaux de 2006/07 pour l'Autriche, 2007 pour l'Australie, 2005 pour le Danemark, 2008 pour la Norvège, 2006 pour le Royaume-Uni et 2008 pour les États-Unis.

b) Taux de traitement : proportion d'individus qui ont consulté un professionnel pour traiter un problème psychique.

Source : Estimations de l'OCDE sur la base d'enquêtes nationales sur la santé (prévalence des troubles) et de l'Eurobaromètre 2005 (taux de traitement).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568188

Chose importante, les taux de traitement sont en général très faibles parmi les personnes souffrant de troubles mentaux courants. L'insuffisance des traitements des troubles mentaux courants est un réel motif d'inquiétude, d'une part parce qu'un trouble mineur peut évoluer à terme vers un trouble grave (Wang *et al.*, 2004) et d'autre part, parce que les troubles mentaux mineurs sont ceux qui coûtent le plus cher aux régimes de prestations puisqu'ils concernent une population beaucoup plus importante.

Néanmoins, les données relatives aux États-Unis dénotent une amélioration significative de l'accès aux soins en général, particulièrement dans le groupe d'âge le plus jeune, où le taux de traitement des troubles mentaux graves a presque doublé entre 1997 et 2008. Dans les groupes plus âgés, les taux de traitement n'ont pas augmenté autant. Les taux de traitement des jeunes adultes percevant des allocations de remplacement du revenu ont été multipliés par presque trois, passant de 20-30 % en 1997 à 50-60 % en 2008. Ces améliorations pourraient être liées à la *Mental Health Parity Act*, adoptée en1996. Aux termes de cette loi, les limites fixées concernant les indemnités versées pour cause de troubles mentaux ne peuvent être inférieures à celles des prestations accordées au titre de l'assurance médicale ou chirurgicale. On a cependant constaté que l'augmentation des taux de traitement aux États-Unis semble concerner surtout les personnes atteintes de troubles mentaux moins graves, signe possible d'une « démocratisation de la maladie mentale », ce qui pourrait entraîner l'exclusion de certaines personnes ayant pourtant besoin d'être traitées en priorité (Glied et Frank, 2009).

La hausse des taux de traitement observée depuis quelques années est, dans une très large mesure, la conséquence de l'augmentation de la prescription de médicaments psychotropes, en particulier d'antidépresseurs, phénomène qui à son tour traduit une amélioration de l'accès aux soins de santé mentale et une conscience accrue des possibilités offertes par les médicaments (encadré 3.3).

Encadré 3.3. **Augmentation de la prescription de médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles mentaux**

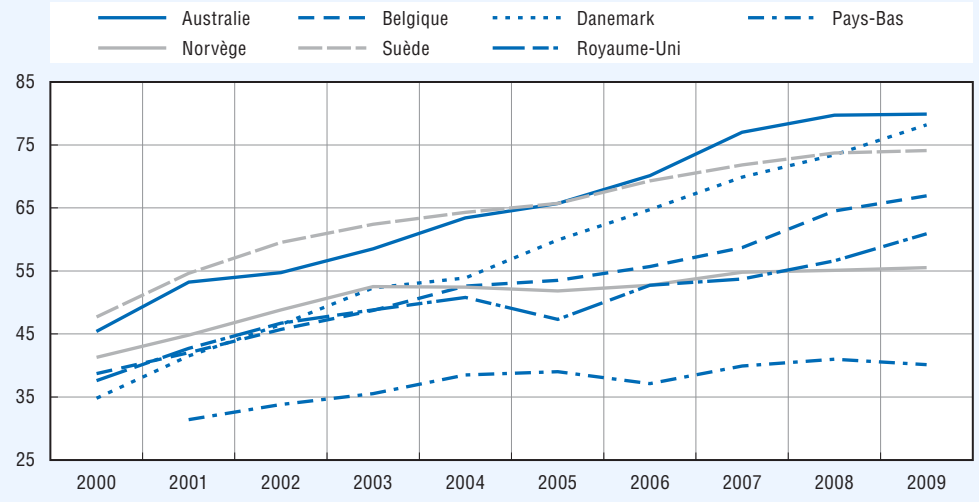
Le recours croissant aux traitements pharmacologiques dans le cadre des services de santé mentale a d'importantes implications pour l'intégration sociale et professionnelle des personnes atteintes de troubles mentaux. Les profonds bouleversements survenus au sein du système de prise en charge de la santé mentale au cours des 40 dernières années (*cf.* ci-dessous), qui ont vu les soins hospitaliers céder progressivement le pas aux soins de proximité intégrés, n'auraient pas été possibles sans les médicaments psychotropes (Lehtinen *et al.*, 2007). L'arrivée sur le marché de médicaments efficaces et l'apparition de nouvelles formes d'interventions psychosociales et psychothérapiques ont facilité la déshospitalisation des malades en séjour de longue durée. Les médicaments peuvent aussi jouer un rôle important dans le traitement des maladies mentales moins graves : la stabilisation des symptômes et des comportements, en particulier, peut être essentielle pour faciliter l'intégration sur le marché du travail et l'accès à un emploi stable.

Les antidépresseurs sont la classe de médicaments la plus couramment utilisée pour le traitement des troubles mentaux, en particulier les troubles fréquents de l'humeur, ainsi que d'autres troubles comme l'anxiété. Les données de la *Base de données de l'OCDE sur la santé* montrent que la prescription d'antidépresseurs a progressivement et assez sensiblement augmenté au cours de la dernière décennie dans tous des pays de l'OCDE. Le nombre de « doses définies journalières » (DDJ, unité désignant la dose d'entretien quotidienne moyenne supposée pour un médicament utilisé dans son indication principale pour un adulte) pour les antidépresseurs est passé environ de 40 à 70 pour 1 000 habitants dans de nombreux pays. D'autres données montrent que le début de l'augmentation de l'utilisation des antidépresseurs a coïncidé avec l'introduction d'une nouvelle classe de médicaments antidépresseurs au milieu des années 80 et avec l'extension du recours aux antidépresseurs pour d'autres troubles de la santé mentale, par exemple les troubles paniques (voir par exemple Rose, 2007).

L'augmentation de la consommation d'antidépresseurs pourrait traduire une amélioration de l'accès des personnes souffrant de troubles mentaux aux traitements professionnels, une avancée décisive au regard de l'insuffisance généralisée du traitement des troubles dépressifs (d'après Lecrubier, 2007, seules 20 % des personnes souffrant de dépression majeure prennent des médicaments antidépresseurs). Il est probable que cette hausse résulte également d'une meilleure reconnaissance et d'une meilleure prise en charge des patients dépressifs dans les unités de soins primaires, fruit d'un long travail de sensibilisation à la dépression au travers de multiples programmes. Cependant, malgré sa hausse récente, le taux de médication parmi les personnes dépressives reste faible, ce qui ôte crédit à l'idée, répandue, que de plus en plus de gens prennent des « pilules du bonheur » sans présenter aucun symptôme de maladie (Lehtinen *et al.*, 2007).

Consommation d'antidépresseurs, 2000-09

Nombre de DDJ par jour pour 1 000 habitants



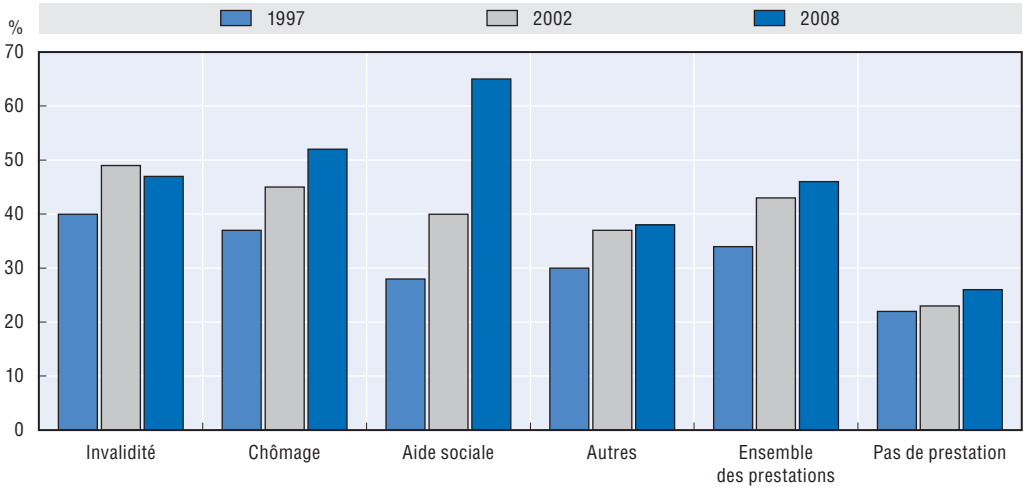
Source : Base de données de l'OCDE sur la santé (www.oecd.org/sante/basedonnees).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568207

En examinant les données relatives aux personnes atteintes de troubles mentaux graves qui perçoivent différentes allocations de remplacement du revenu, on constate que l'accès aux soins de santé mentale aux États-Unis s'est régulièrement amélioré au cours de la dernière décennie (graphique 3.5). Cela est particulièrement vrai pour les chômeurs et les bénéficiaires de l'aide sociale. Revers de la médaille, moins de la moitié de l'ensemble des allocataires souffrant de troubles mentaux graves suivent un traitement. En outre, le taux de traitement est très faible parmi les personnes atteintes de troubles mentaux graves qui ne perçoivent pas d'allocations – de l'ordre de 25 %. Du point de vue de la prévention – qui a pour but d'aider les personnes souffrant de troubles mentaux graves à se maintenir sur le marché du travail et d'éviter qu'elles ne deviennent allocataires – ces chiffres sont problématiques, car ils indiquent que le système de santé mentale ne parvient pas à prendre en charge les individus avant qu'ils ne perdent leur emploi ou deviennent invalides.

Graphique 3.5. **Le taux de traitement varie selon le type de prestation perçue, les bénéficiaires de l'aide sociale affichant le taux de traitement le plus élevé**

Part des personnes atteintes d'un trouble mental grave qui suivent un traitement, selon le type de prestation perçue (prestations réservées aux personnes d'âge actif), États-Unis, 1997, 2002 et 2008



Source : Enquête américaine sur la santé.

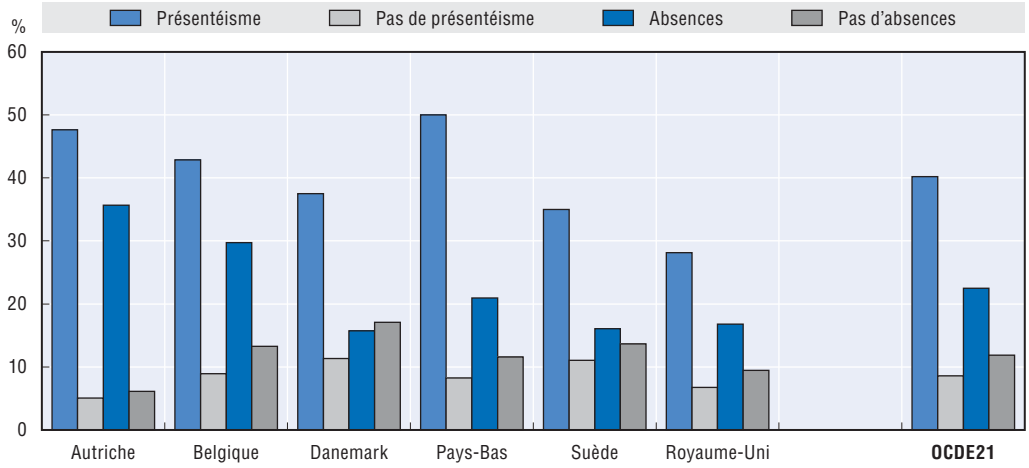
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568226

Un taux de traitement insuffisant chez les salariés

Les demandeurs de prestations ont une probabilité plus grande d'être atteints d'une maladie plus grave et donc d'avoir besoin de suivre un traitement. Les données de l'Eurobaromètre permettent d'analyser les taux de traitement des travailleurs affectés de troubles mentaux en fonction de leur absentéisme et de leur perte de productivité au travail. Les salariés qui accusent une baisse de leur productivité due à un problème émotionnel ou psychologique présentent des taux de traitement beaucoup plus élevés (de l'ordre de 40 %) que les salariés qui se sont absentés de leur travail pour cause de maladie (environ 20 %) ou que ceux qui ne sont pas absentés du travail et ne sont pas devenus moins productifs (environ 10 %) (graphique 3.6). Les taux de traitement élevés qui prévalent parmi les travailleurs qui restent en poste tout en ayant des difficultés à s'acquitter de leurs tâches ne reçoivent pas beaucoup d'attention, que ce soit auprès des chercheurs ou des décideurs.

Graphique 3.6. **Les personnes souffrant d'un problème mental qui ont des difficultés au travail présentent des taux de traitement plus élevés**

Taux de traitement parmi les personnes souffrant d'un problème psychique, selon qu'elles accusent ou non une perte de productivité au travail ou qu'elles se soient ou non absentées du travail pour maladie, 2010



Source : Estimations de l'OCDE à partir de l'Eurobaromètre 2010.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568245

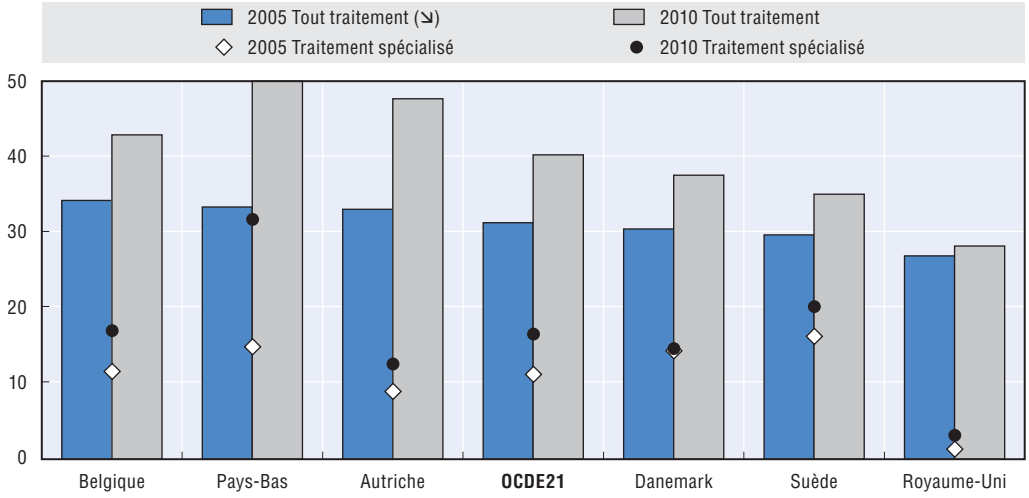
Les taux de traitement parmi les salariés qui restent en poste mais accusent une baisse de productivité ont augmenté entre 2005 et 2010 (graphique 3.7). Les Pays-Bas affichent le taux de traitement le plus élevé – en progression de 35 à 50 % – et le Royaume-Uni le plus faible – avec un taux stable atteignant à peine à 30 %. Au Royaume-Uni, où le médecin généraliste est le pivot du système de soins, le taux de traitement spécialisé est resté identique, tandis qu'aux Pays-Bas, il a doublé au cours de la même période, passant d'environ 15 % à plus de 30 %. Ce résultat pourrait s'expliquer par la présence de médecins du travail dans les entreprises néerlandaises, lesquels peuvent être saisis des problèmes liés à des questions de santé lorsqu'ils se posent. Globalement, dans tous les pays, les taux de traitement parmi les personnes qui souffrent d'une maladie qui les handicape dans leur travail ont fortement augmenté. Cette tendance concerne aussi bien la proportion de travailleurs qui ont cherché à se faire soigner d'une manière ou d'une autre, sans considération du type de professionnel consulté, que la proportion des travailleurs qui ont sollicité l'aide d'un spécialiste de la santé mentale (par exemple un psychiatre).

La faible prévalence des taux de traitement est reconnue et, dans certains pays de l'OCDE, des initiatives de grande ampleur cherchent à améliorer l'accès aux thérapies ; c'est le cas en Angleterre, par exemple, où a été lancé en 2008 un programme visant à améliorer l'accès aux thérapies psychologiques (*Improving Access to Psychological Therapy Programme*). Ces initiatives ont été axées principalement sur l'amélioration de la participation sociale et économique, ainsi que sur l'emploi, l'idée consistant à offrir aux patients atteints de dépression ou d'anxiété une thérapie efficace (thérapie cognitivo-comportementale), éventuellement associée à un traitement médicamenteux. Des initiatives et des programmes similaires ont été mis en place en Australie (voir plus loin).

Toutefois, nombre de personnes qui demandent à bénéficier d'une pension d'invalidité pour cause de problème de santé mentale ne sont pas du tout ou sont insuffisamment soignées pour le problème en question. La moitié environ seulement des bénéficiaires de pensions d'invalidité atteints de troubles mentaux graves, et 40 % des

Graphique 3.7. **Les personnes souffrant d'une baisse de productivité au travail sont de plus en plus nombreuses à consulter pour se faire soigner**

Proportion de personnes accusant une baisse de productivité au travail consécutive à un problème de santé mentale qui ont consulté pour obtenir un traitement, selon la catégorie du prescripteur (tout professionnel ou spécialiste), 2005 et 2010



Note : La catégorie « Spécialistes » inclut les psychiatres, psychologues, psychothérapeutes ou psychanalystes. La catégorie « Tout professionnel » inclut les médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers, travailleurs sociaux ou « Quelqu'un d'autre ». « Tout traitement » se réfère à un traitement prescrit par un spécialiste ou non.

Source : Estimations de l'OCDE à partir de l'Eurobaromètre 2005 et 2010.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568264

personnes qui rencontrent des problèmes au travail à cause de leur maladie, suivent un traitement. Les systèmes de soins de santé mentale ont encore d'importants progrès à accomplir pour établir le contact avec les personnes souffrant de problèmes psychiques et les aider à améliorer leur situation au travail. C'est le cas notamment en Norvège, où un tiers environ des bénéficiaires de pensions d'invalidité n'a jamais sollicité l'aide d'un professionnel pour un quelconque problème psychique (Øverland *et al.*, 2007). Il en a été conclu que l'amélioration de l'accessibilité du système de santé mentale et une participation renforcée des spécialistes de la santé mentale au traitement des patients, intervenant avant l'octroi de prestations de longue durée, sont des moyens possibles pour éviter que les patients ne quittent le marché du travail. Des résultats similaires ont été observés en Finlande (Honkonen *et al.*, 2007) et en Suisse (Apfel et Riecher-Rössler, 2008), pays où une part considérable des demandeurs de pensions d'invalidité n'est pas soignée de façon adéquate, voire ne l'est pas du tout.

Outre l'insuffisance des traitements, le long délai qui s'écoule entre l'apparition des troubles mentaux et le début du traitement pose un problème majeur. Ce constat a été fait à de multiples reprises dans plusieurs pays. Dans la population traitée, il s'écoule en moyenne plus de dix ans entre la déclaration de la maladie et le début du traitement (Kessler et Wang, 2008). Par voie de conséquence, il s'écoule également un délai très long entre la déclaration de la maladie et l'entrée en contact avec le système de réadaptation (Baer *et al.*, 2009). Conscients de ce problème, de nombreux pays, parmi lesquels l'Australie et le Royaume-Uni, ont engagé des actions dans la durée pour améliorer l'accès aux soins en général et l'accès aux soins spécialisés et à la psychothérapie.

Des traitements souvent inadéquats

Les données indiquent que les traitements thérapeutiques peuvent grandement contribuer à améliorer les résultats à condition qu'ils se conforment aux directives établies en la matière, mais aussi qu'ils sont très souvent insuffisants, en dépit d'avancées récentes. Mais ce n'est pas tout : non seulement un grand nombre de personnes souffrant de troubles mentaux ne cherchent pas à se faire soigner ou n'ont pas accès aux services de santé mentale, mais parmi les patients qui sont soignés, très nombreux sont ceux qui reçoivent un traitement inadéquat[6]. Par exemple, dans leur étude sur la dépression, Kessler *et al.* (2005b) notent que la moitié environ de leur échantillon se fait soigner mais que seulement 42 % des personnes dans ce cas ont un traitement adéquat – autrement dit, moins d'une personne dépressive sur quatre au total bénéficie d'un minimum de traitement correct[7].

Les résultats de Birnbaum *et al.* (2010) sont encore moins encourageants. Selon cette étude, un tiers des déclarants souffrant de dépression prenaient des antidépresseurs, et parmi eux, seulement 20 % recevaient un traitement *adéquat minimal*[8]. Les auteurs ont par ailleurs constaté que l'adéquation du traitement, la consommation d'antidépresseurs et l'utilisation des services de santé mentale augmentaient avec la gravité de la dépression. Selon eux, ces résultats plaident pour une amélioration générale de la qualité des traitements pour tous les niveaux de gravité des troubles dépressifs.

Des traitements optimisés

Le traitement joue un rôle essentiel dans la réduction des symptômes et l'amélioration des perspectives d'emploi des personnes souffrant de mauvaise santé mentale. En comparaison des traitements habituels et des traitements adéquats, les différentes formes de traitement *optimisé* présentent un potentiel considérable en termes d'amélioration des résultats des patients – en particulier dans le domaine de l'emploi :

- Dans un essai randomisé réalisé aux Pays-Bas, pays où les employés en congé maladie sont suivis régulièrement par un médecin du travail, le modèle de consultation psychiatrique expérimenté s'est accompagné d'une reprise du travail beaucoup plus rapide ; les patients reprenaient le travail 70 jours plus tôt que leurs collègues du groupe de contrôle (van der Feltz-Cornelis *et al.*, 2010a). Dans ce modèle de consultation, les médecins de travail recevaient une formation de base en psychiatrie et, par ailleurs, bénéficiaient du soutien d'un psychiatre, qui établissait un diagnostic et un plan de traitement et proposait des stratégies susceptibles d'améliorer le fonctionnement au travail des patients compte tenu des limitations imposées par leur maladie. Les psychiatres consultants recevaient eux-mêmes une formation avant de formuler ces propositions de réadaptation.
- Ce résultat s'est vu confirmé par une méta-analyse de dix essais contrôlés randomisés portant sur des modèles de consultation psychiatrique utilisés en soins primaires (van der Feltz-Cornelis *et al.*, 2010b). Les modèles de consultation psychiatrique en général produisent des résultats efficaces non seulement sur le plan de l'amélioration fonctionnelle dans les troubles dépressifs, mais aussi – et davantage encore – dans les cas de troubles somatiques.
- Une amélioration des résultats professionnels des patients a également été mise en évidence dans un essai contrôlé randomisé réalisé aux États-Unis, qui portait sur des soins optimisés contre la dépression incluant une écoute téléphonique pour les

employés dépressifs, des soins gérés et des modules psychothérapiques facultatifs (Wang *et al.*, 2008). Cette intervention s'articulait autour des mesures suivantes : évaluation systématique des besoins de traitement ; création d'un accès facilité à la psychothérapie et à la pharmacothérapie ; suivi et aide à l'observance des traitements ; et mise en place de psychothérapies par téléphone par les gestionnaires de soins.

- Un autre essai contrôlé randomisé consacré au coût des absences pour dépression est parvenu à la conclusion qu'une intervention optimisée générait un retour sur investissement substantiel de l'ordre de 400 à 700 % selon le coût de l'absence des travailleurs (Lo Sasso *et al.*, 2006). L'intervention optimisée comportait une formation pour les médecins et les gestionnaires de soins, afin qu'ils sachent comment encourager les patients à entamer une pharmacothérapie ou une psychothérapie. Au cours des deux années qu'a duré l'étude, les gestionnaires de soins ont assuré le suivi de la réponse aux traitements au travers de contacts téléphoniques réguliers, encouragé l'observance des traitements et préparé des comptes-rendus mensuels des résultats des traitements pour les médecins.

Globalement, les données indiquent que l'administration d'un traitement adéquat constitue une première étape importante, dans la mesure où les symptômes (déficiences cognitives, déprime ou manque d'énergie par exemple), qui peuvent en principe être traités, entravent le bon fonctionnement au travail. Cependant, la psychothérapie et la pharmacothérapie seules sont rarement suffisantes pour aider les patients à trouver du travail ou à conserver leur emploi. Qu'ils soient dispensés par un spécialiste ou par un généraliste, les traitements doivent également avoir une composante axée sur l'emploi et les interventions cliniques et liées à l'emploi doivent être bien coordonnées pour améliorer notablement l'employabilité de l'individu. Deux conditions paraissent essentielles dans ces circonstances. Premièrement, les prestataires de soins professionnels, généralement des médecins généralistes, devraient bénéficier du soutien systématique de spécialistes en santé mentale. Deuxièmement, les professionnels de la santé mentale ont besoin du soutien des spécialistes de l'emploi, et réciproquement, ces derniers ont besoin d'un soutien sur les aspects psychiatriques, que les professionnels de la santé mentale peuvent leur apporter.

Des traitements axés exclusivement sur les symptômes s'avèrent insuffisants dans le domaine des troubles mentaux récurrents et chroniques

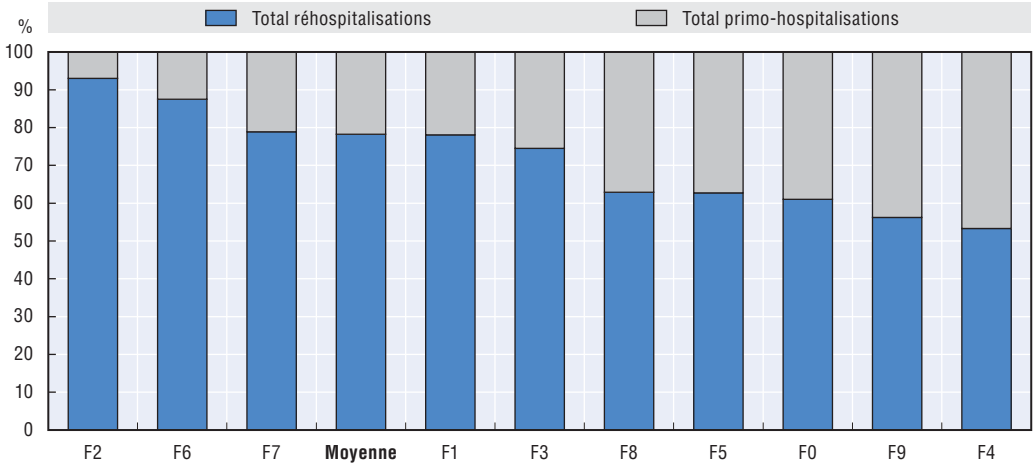
Dewa *et al.* (2003) ont constaté qu'une proportion non négligeable de salariés dépressifs – environ 20 % – ne se rétablissait pas aussi vite ni aussi bien et avait probablement besoin de soins plus complexes. Les auteurs concluent que les approches axées exclusivement sur les symptômes ne répondent pas aux besoins thérapeutiques de ces patients. Ce résultat s'est vu confirmé par une revue de 14 études menées auprès d'individus souffrant de dépression traitée par voie médicamenteuse (Hughes et Cohen, 2009), de laquelle il ressort que pour une certaine catégorie de personnes, les traitements donnent des résultats médiocres, marqués par des récurrences multiples : cette revue montre ainsi qu'environ un cinquième à un tiers des participants sont en bonne ou en meilleure santé au cours de la phase de suivi, tandis qu'un autre cinquième à un tiers obtient de mauvais résultats, associés le plus souvent à une incapacité de longue durée.

Le caractère récurrent de nombreux troubles mentaux, par exemple, explique également la fréquence des réhospitalisations. Des données cliniques provenant du Danemark montrent qu'en moyenne, 20 % seulement environ de l'ensemble des

hospitalisations sont des primo-hospitalisations. Le degré de récurrence ou de persistance varie selon le type de trouble. La schizophrénie (F2), les troubles de la personnalité (F6), les troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F1) et les troubles de l'humeur (F3) sont associés à des taux de réhospitalisation particulièrement élevés (75-93 %), qui reflètent en partie les effets durables de certains problèmes de santé mentale (graphique 3.8)[9].

Graphique 3.8. **Les réhospitalisations sont particulièrement fréquentes parmi les patients atteints de schizophrénie ou de troubles de la personnalité**

Répartition des patients hospitalisés en soins psychiatriques entre patients primo-hospitalisés et patients réhospitalisés, par diagnostic, Danemark, 2009



Note : F0 : troubles organiques ; F1 : troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives ; F2 : schizophrénies ; F3 : troubles de l'humeur ; F4 : troubles névrotiques ; F5 : troubles du comportement ; F6 : troubles de la personnalité ; F7 : retards mentaux ; F8 : troubles du développement ; et F9 : troubles émotionnels.

Source : Centre de recherche en psychiatrie, Institut de médecine clinique, Université d'Aarhus.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568283

Il faut donc garder à l'esprit que, dans bon nombre de cas, un trouble mental ne peut se résumer à une crise unique et ponctuelle. Par ailleurs, les données relatives aux hospitalisations ne présentent qu'une vue partielle de la situation d'ensemble. Les patients hospitalisés en soins psychiatriques ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population concernée. Des données sur les hospitalisations en Suisse indiquent que les cliniciens ont tendance à surestimer la chronicité de la maladie de leurs patients, du fait qu'un groupe relativement restreint de patients sont réhospitalisés très fréquemment (Frick et Frick, 2010)[10]. Le diagnostic apparaît étroitement lié au risque de réhospitalisation et au laps de temps séparant deux hospitalisations consécutives, la schizophrénie et les troubles de la personnalité étant associés à un risque de réhospitalisation plus élevé et un délai avant réhospitalisation plus court. Des données montrent que l'organisation des services de santé mentale, par exemple la mise en place de cadres de soins harmonisés entre les différentes structures, revêt une importance cruciale pour les personnes souffrant d'affections invalidantes et de longue durée (Prince, 2006).

Ces résultats rejoignent ceux d'autres travaux qui concluent également que les traitements ciblés sur les symptômes ne permettent généralement pas, à eux seuls, de rétablir le fonctionnement normal de la personne dépressive (Rhebergen *et al.*, 2010). Sans doute cela est-il particulièrement vrai pour les troubles dépressifs chroniques comme la dysthymie et dépression récurrente. Généralement, au vu des problèmes sérieux et

incapacités qui peuvent se manifester au travail, les troubles mentaux sont particulièrement handicapants lorsqu'ils récurrents ou chroniques. Les effets d'une maladie chronique ou récurrente sur le fonctionnement au travail ne peuvent pas être corrigés au moyen d'un simple « traitement adéquat » tel que défini ci-dessus, c'est-à-dire ne comportant que six séances de psychothérapie ou quatre consultations de suivi après la prescription initiale de médicaments psychotropes. L'incapacité est habituellement le résultat d'une affection chronique grave, qui se déclare tôt et persiste durablement. Les études sur les traitements dont la période de suivi est limitée à 6 à 12 mois ne peuvent pas saisir les effets des traitements de qualité élevée sur le long terme, ni les effets des traitements sur le plan de l'emploi pour les patients qui souffrent de troubles récurrents ou chroniques comme la dépression récurrente ou les troubles de la personnalité.

Nécessité d'un traitement psychothérapique

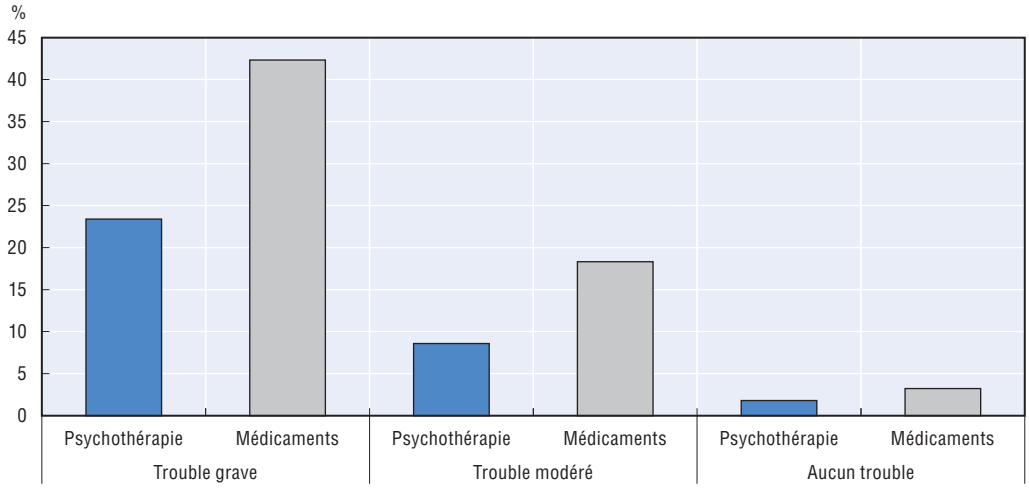
Si les médicaments ont une place de choix dans le traitement des troubles mentaux, les thérapies complémentaires – voire les thérapies employées seules – constituent un élément également (et souvent plus) important du traitement adéquat de la maladie mentale. L'impact des thérapies *courtes*, par exemple les thérapies cognitivo-comportementales[11], a été abondamment étudié ces dernières années, et l'on s'est aperçu qu'elles avaient des effets significatifs sur le plan professionnel (voir par exemple Lewis et Simons, 2011). Parmi les études disponibles, quelques unes concluent que les psychothérapies et psychanalyses *longues* peuvent également avoir des effets positifs (voir par exemple de Maat *et al*., 2007). Ainsi, Knekt *et al*. (2011) ont constaté qu'à court terme, l'approche qui donnait les meilleurs résultats était la thérapie courte ; en revanche, après trois ans, les thérapies longues se révélaient plus efficaces, et après cinq ans, l'intervention la plus probante était la psychanalyse. Malgré quelques limites méthodologiques liées à la conception de l'étude, ces conclusions donnent à penser que les thérapies longues *et* intensives peuvent aussi avoir des effets bénéfiques sur les résultats d'emploi des personnes souffrant de problèmes psychiques. Les données disponibles concernant les psychothérapies longues sont cependant peu abondantes, soit parce que ce type d'approche n'a pas fait l'objet de recherches suffisantes, soit parce que le succès n'est pas au rendez-vous. Indépendamment du flou qui caractérise l'état actuel de la recherche, il est manifeste que certains groupes de patients ont besoin d'un soutien thérapeutique de longue haleine pour être durablement compétitifs d'un point de vue professionnel.

La psychothérapie n'est pas suffisamment utilisée

Les données montrent que la psychothérapie est non seulement efficace sur le plan clinique, mais qu'elle consolide le processus de réadaptation sociale et professionnelle et améliore le fonctionnement au travail. Or, certaines indications laissent penser que seul un petit nombre de personnes souffrant de problèmes psychiques a accès à ces thérapies. D'après les données de l'Eurobaromètre, en 2005, quelque 15 % de la population d'âge actif suivaient un traitement administré par un professionnel en réponse à un problème psychologique ou émotionnel[12]. Parmi les personnes traitées, plus de 40 % de celles atteintes de troubles mentaux graves et près de 20 % de celles souffrant de troubles modérés prenaient des antidépresseurs. Les proportions de patients suivant une psychothérapie étaient deux fois moindres, respectivement 23 et 9 % (graphique 3.9).

Graphique 3.9. **Les médicaments sont beaucoup plus utilisés que la psychothérapie dans le traitement de tous les troubles mentaux**

Proportion de personnes qui ont pris des médicaments antidépresseurs et/ou suivi une psychothérapie, selon la gravité du trouble mental, 2005



Source : Estimations de l'OCDE à partir de l'Eurobaromètre 2005.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568302

Le recours nettement insuffisant aux thérapies fondées sur la parole a été reconnu non seulement en Angleterre (voir plus haut), mais aussi dans d'autres pays, comme l'Australie, où différentes initiatives ont déjà vu le jour. Le programme prévoyant de faciliter l'accès aux psychiatres, aux psychologues et aux généralistes par le biais de l'assurance-maladie (« Better Access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners through the Medicare Benefits Schedule »), l'initiative visant à faciliter l'accès aux services psychologiques connexes (« Access to Allied Psychological Services ») et d'autres programmes, offrant par exemple un soutien en ligne (portail consacré à la santé mentale, clinique virtuelle), visent à améliorer les traitements et la gestion de la maladie mentale au sein de la communauté, encouragent une collaboration plus étroite entre médecins généralistes et spécialistes des troubles mentaux, et s'efforcent de promouvoir une meilleure orientation des patients, par leur généraliste, vers des spécialistes proposant un traitement psychologique.

Cette prépondérance du traitement médicamenteux par rapport à la psychothérapie tient notamment au fait que les soins de santé mentale sont dispensés en grande partie par des médecins généralistes. Elle pourrait également s'expliquer, dans une certaine mesure, par les coûts relatifs des deux approches, les médicaments coûtant généralement moins cher que des séances de psychothérapie (répétées).

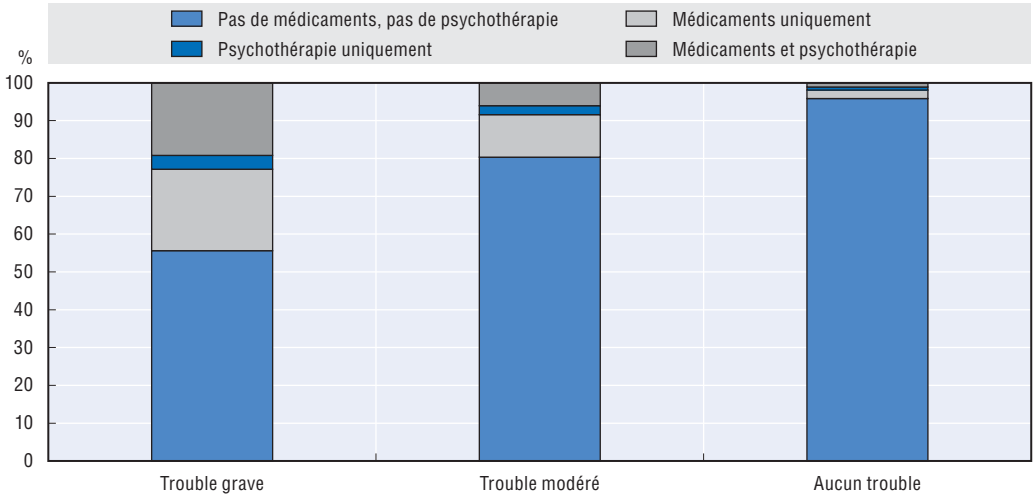
La prédominance du traitement médicamenteux sur le traitement psychothérapique, qui s'observe également chez les patients atteints de troubles mentaux modérés, voire ceux qui ne souffrent d'aucun trouble mental, va à l'encontre des preuves cliniques générales. Selon ces dernières, l'efficacité des traitements à base d'antidépresseurs croît avec le degré de gravité de la maladie – dans les cas de troubles mentaux mineurs, elle est à peine supérieure à l'effet d'un placebo. De plus, la psychothérapie est couramment recommandée pour soigner les formes de dépression légères.

Pour obtenir le meilleur effet thérapeutique possible, il est souvent recommandé d'associer antidépresseurs et psychothérapie – notamment en cas de troubles mentaux graves. Selon le même jeu de données, sur cent personnes souffrant de troubles mentaux

graves, 55 ne prennent pas d'antidépresseurs et ne suivent pas de psychothérapie, 22 prennent des antidépresseurs mais ne suivent pas de psychothérapie, et quatre suivent une psychothérapie sans prendre de médicaments (graphique 3.10). Aussi, moins d'une personne sur cinq (19 %) suit un traitement combinant antidépresseurs *et* psychothérapie – formule généralement considérée comme la plus efficace pour le traitement de la plupart des troubles mentaux (Lehtinen *et al.*, 2007). Parmi les individus souffrant de troubles mentaux modérés, quatre sur cinq ne reçoivent *aucun* traitement, et seulement un sur vingt reçoit un traitement combiné.

Graphique 3.10. **Seule une minorité de l'ensemble des patients suit un traitement associant médicaments et psychothérapie**

Part des patients traités[a] qui ont pris des médicaments antidépresseurs et/ou suivi une psychothérapie, 2005



a) Patients traités par un professionnel pour un problème psychologique ou émotionnel au cours des 12 derniers mois.

Source : Estimations de l'OCDE à partir de l'Eurobaromètre 2005.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568321

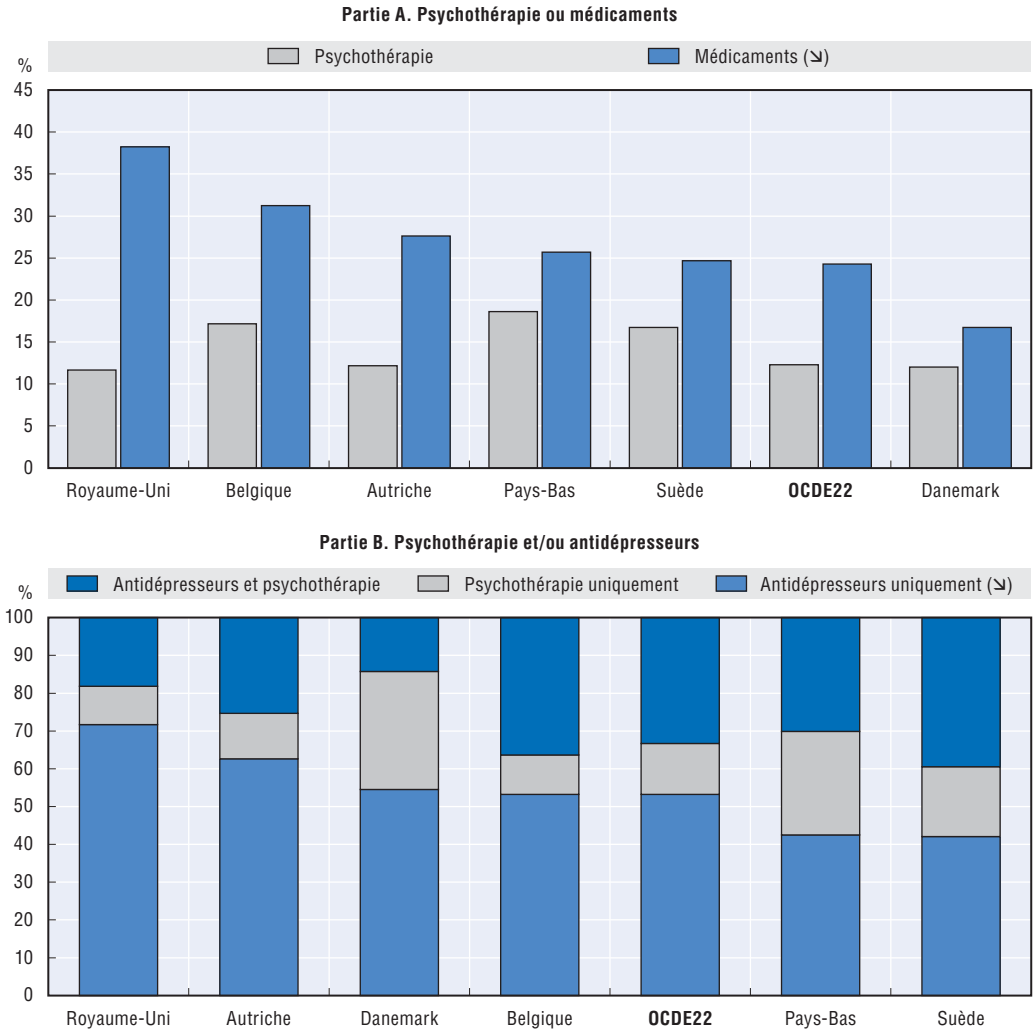
Les modalités de traitement varient selon les pays

La fréquence des traitements médicamenteux et psychothérapiques et la préférence relative pour l'une ou l'autre forme de traitement sont très variables selon les pays. Au Royaume-Uni, près de 40 % de l'ensemble des patients traités – personnes atteintes de troubles mentaux modérés ou graves traitées pour *tout* problème psychologique – se voient prescrire des antidépresseurs, tandis que la part des patients suivant une psychothérapie est faible en comparaison. À l'autre extrémité, on trouve le Danemark, où à peine plus de 15 % seulement des patients souffrant de problèmes psychiques suivent un traitement médicamenteux (graphique 3.11). Dans l'ensemble, les pourcentages de patients suivant une psychothérapie sont beaucoup moins variables d'un pays à l'autre.

S'agissant de l'association éventuelle des deux formes de traitement, les données sur la répartition des différentes modalités thérapeutiques (traitement médicamenteux simple, psychothérapie simple ou traitement combiné) révèlent une similitude entre le Royaume-Uni et le Danemark : ces deux pays utilisent rarement les deux formes de traitement en association (dans 14 à 18 % de l'ensemble des cas). Toutefois, sur tous les pays représentés, le Royaume-Uni est celui où les psychothérapies simples sont les moins fréquentes, et le Danemark, celui où elles sont les plus répandues. Les traitements combinés sont plus courants en Suède, en Belgique et aux Pays-Bas que dans les autres pays.

Graphique 3.11. **Le Royaume-Uni est le pays qui a le plus recours aux traitements médicamenteux, et la Suède celui qui utilise le plus la psychothérapie**

Part des patients traités[a] ayant pris des médicaments antidépresseurs et/ou suivi une psychothérapie, 2005



Note : OCDE22 est une moyenne non pondérée.

a) Patients traités par un professionnel pour un problème psychologique ou émotionnel au cours des 12 derniers mois.

Source : Estimations de l'OCDE à partir de l'Eurobaromètre 2005.

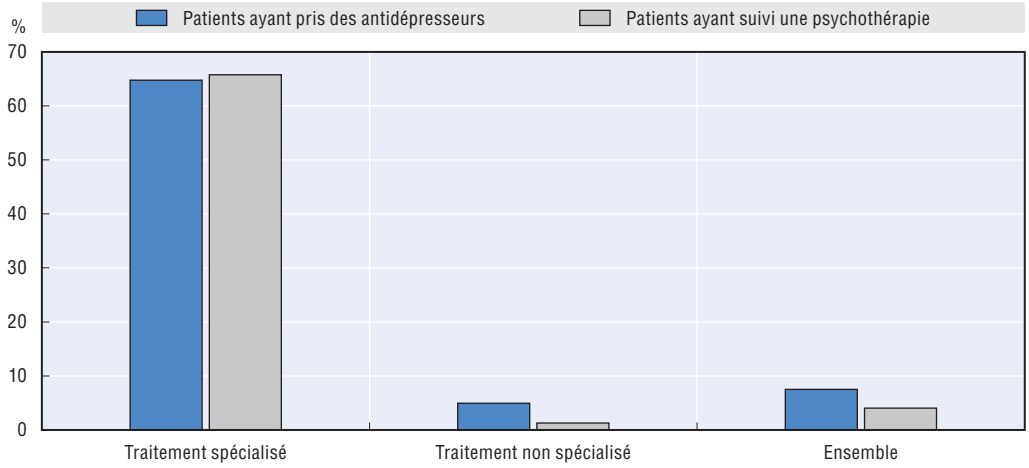
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568340

Qui prescrit, le cas échéant, les traitements psychothérapiques et médicamenteux ?

Les traitements professionnels sont prescrits ou administrés par différentes catégories de personnel de santé : médecins généralistes, psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers et autres professionnels. Ces prestataires de santé peuvent être classés en deux catégories, les spécialistes de la santé mentale (par exemple les psychiatres et les psychologues) et les non-spécialistes (par exemple les médecins généralistes et les infirmiers). La comparaison des données sur le statut des prestataires de soins de santé mentale d'une part et sur l'administration des traitements antidépresseurs et psychothérapiques d'autre part met en évidence un constat très net : il est rare que des traitements médicamenteux ou psychothérapiques soient prescrits par des non-spécialistes, lesquels comptent une majorité de médecins généralistes (graphique 3.12).

Graphique 3.12. **Les modalités de traitement sont très différentes entre le secteur spécialisé des soins de santé mentale et le secteur des soins primaires**

Part des patients ayant été traités pour un problème psychologique ou émotionnel au cours des 12 derniers mois qui ont pris des médicaments antidépresseurs ou ont suivi une psychothérapie, 2005



Note : La catégorie « Spécialistes » inclut les psychiatres, psychologues, psychothérapeutes ou psychanalystes. La catégorie « Tout professionnel » inclut les médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers, travailleurs sociaux ou « Quelqu'un d'autre ».

Source : Estimations de l'OCDE à partir de l'Eurobaromètre 2005.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568359

Dans la population d'âge actif, la prévalence des traitements médicamenteux et psychothérapiques s'élève respectivement à 7.5 % et 4.1 %. Dans le secteur non spécialisé, les proportions sont inférieures respectivement à 5 % et 2 %, et moins de 1 % de l'ensemble des patients traités dans le secteur des soins généraux reçoit un traitement combiné, contre 46 % dans le secteur spécialisé (proportions non représentées sur le graphique 3.12). Dans ce dernier secteur, deux tiers des patients prennent des médicaments antidépresseurs, et deux tiers également suivent une psychothérapie. Bien que le secteur spécialisé des soins de santé mentale et le secteur des soins primaires ne s'occupent pas des mêmes types de patients (les troubles mentaux graves étant surreprésentés dans le secteur spécialisé), la faible prévalence des traitements médicamenteux et psychothérapiques en médecine générale pourrait traduire une insuffisance massive du traitement des troubles mentaux dans le secteur des soins primaires. Au vu de ces résultats, les vastes efforts déployés au cours de la dernière décennie – notamment par l'Organisation mondiale de la santé (Wonca, 2008) – pour ancrer les soins de santé mentale dans les services de médecine générale afin de réduire le non-traitement laissent quelque peu sceptique. Le taux de prévalence des traitements antidépresseurs de 5 % relevé dans le secteur des soins primaires semble refléter l'insuffisance généralisée du traitement des patients souffrant de problèmes psychiques. Si l'on en vient à faire migrer la majorité des soins de santé mentale vers les services de médecine générale, il faudra accompagner ce mouvement d'une approche collaborative de la prestation des soins allant au-delà de la fourniture de supports didactiques aux médecins de famille et incluant des formations et des aides aux prestataires de soins primaires.

3.4. Les défis auxquels doivent répondre les services de santé mentale

Dans les pays industrialisés, les services de santé mentale ont connu des bouleversements majeurs au cours des 50 dernières années. La réforme en profondeur de l'organisation des services et l'arrivée des médicaments psychotropes ont entraîné une

mutation fondamentale de l'approche du soin, marquée par le transfert des soins hospitaliers vers les soins de proximité, un processus connu sous le nom de « désinstitutionalisation ».

De l'hôpital psychiatrique aux soins de proximité

Bien que les services de santé mentale n'aient pas opéré leur mue selon les mêmes modalités ni au même rythme dans tous les pays, on discerne un certain nombre de grandes orientations communes (voir par exemple Becker et Kilian, 2006) :

- Désinstitutionalisation et réduction du nombre de lits en soins psychiatriques.
- Développement des services de santé mentale de proximité.
- Harmonisation des services de santé mentale avec les services de santé générale.
- Harmonisation des services de santé mentale avec les services sociaux et de proximité.

La motivation première de ce changement, qui à l'origine ne s'appuyait pas prioritairement sur des preuves scientifiques mais était dicté également par l'idéalisme et le souci d'améliorer la qualité de vie des malades mentaux, parfois condamnés à mener une existence misérable dans un asile psychiatrique (Lamb et Bachrach, 2001), était d'insérer les personnes souffrant de maladie mentale dans la société. Compte tenu des effets néfastes qu'entraînait le manque d'activité chez les patients en institution – apathie, perte d'intérêt et d'initiative et ajustement des besoins et des attentes à des niveaux très bas, par exemple – l'on supposait que les soins de proximité produiraient, par eux-mêmes, un effet thérapeutique sur ces personnes. « L'institutionnalisme » était jugé en partie responsable des symptômes de ces personnes (Thornicroft et Bebbington, 1989). La désinstitutionalisation devait donc permettre que les patients atteints de troubles mentaux retrouvent le chemin de l'intégration sociale et de l'activité.

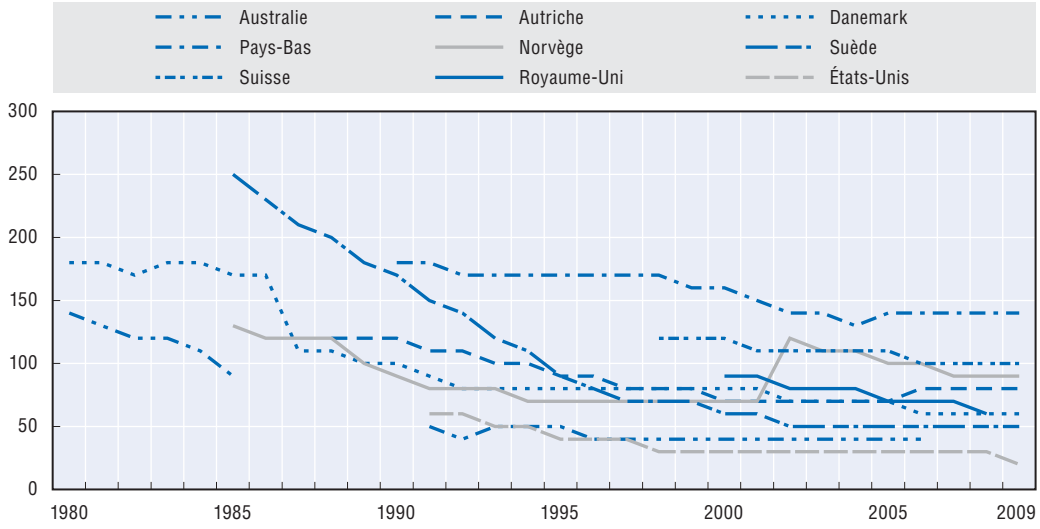
Le premier objectif de cette transformation, la réduction du nombre de lits d'hospitalisation, a été en partie atteint. Par exemple, aux États-Unis, le nombre de lits pour 100 000 habitants est tombé de 339 à 21 en l'espace de 20 ans (Lamb et Bachrach, 2001). En Europe également, le nombre de lits en soins psychiatriques a diminué d'environ 50 % entre 1970 et 1990. La tendance se poursuit, quoiqu'un à un rythme moins soutenu depuis une dizaine d'années (graphique 3.13). Ainsi, le nombre de lits de psychiatrie a chuté d'environ 80 % en Suède entre 1986 et 2009 (passant de 250 à 50 lits), d'environ 60-70 % en Australie entre 1980 et 2006 (140 à 40) et de deux tiers au Danemark entre 1980 et 2009 (180 à 60).

Développement des services de proximité

La réforme du système de soins en santé mentale a amené d'importants changements, notamment le développement d'un large éventail de services de santé mentale de proximité. Le tableau 3.1 recense, de manière schématique, les principales composantes des systèmes de soins en santé mentale dont se sont dotés la plupart des pays industrialisés. Les grandes lignes de clivage se situent entre soins de santé mentale *généralistes* et *spécialisés*, et entre *traitement* et *réadaptation*. Il ne faut pas oublier, cependant, que l'*organisation* des systèmes de soins de santé mentale varie considérablement d'un pays à l'autre. Par contraste avec cette hétérogénéité, le tableau revêt une fonction principalement didactique. Il montre que, de manière générale, les personnes atteintes de troubles mentaux (très) graves sont le groupe cible principal des soins de santé mentale institutionnalisés. Le secteur libéral des soins de santé mentale (psychologues ou psychiatres exerçant en cabinet privé, selon les pays) admet également les personnes qui souffrent de troubles mineurs ou infracliniques. Toutefois, la

Graphique 3.13. **Les soins avec hospitalisation diminuent progressivement depuis environ trois décennies**

Nombre de lits de soins psychiatriques pour 100 000 habitants, 1980-2009



Note : Le rapport australien « *National Mental Health Report 2010* » fait apparaître une réduction légèrement inférieure du nombre de lits, représentant environ 60 % entre 1980 et 2006.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé (*www.oecd.org/sante/basedonnees*).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568378

majorité des patients qui ont besoin d'aide, parce qu'ils souffrent au minimum de troubles mentaux mineurs et qu'ils sont souvent partiellement coupés de la vie sociale et professionnelle, ne trouvent pas de réponse adéquate à leurs besoins.

Dans de nombreux pays, les médecins généralistes exercent un rôle de régulateur d'accès au système de soins de santé mentale, adressant à des spécialistes ceux de leurs patients qui souffrent des problèmes les plus complexes et les plus graves. Les généralistes traitent la majorité des personnes souffrant de troubles mentaux – essentiellement des troubles dépressifs, anxieux ou liés à l'utilisation de substances psycho-actives. Le praticien en soins primaires est la première personne vers laquelle se tournent la plupart des patients atteints de troubles mentaux, en particulier lorsqu'ils consultent pour la première fois. La reconnaissance du problème par le médecin généraliste est donc cruciale, tout comme l'orientation du patient vers un spécialiste si nécessaire. Or, les taux de troubles mentaux reconnus dans le secteur des soins primaires restent relativement bas – moins de la moitié des patients concernés.

Ce constat s'applique également aux unités de soins généraux des hôpitaux généraux, qui sont un autre point d'entrée important dans le système de traitement, notamment en raison de la comorbidité élevée entre troubles mentaux et troubles physiques. La proportion de patients souffrant de troubles mentaux qui sont traités dans un hôpital général, le plus souvent pour un problème de santé physique, est d'environ 30 % (Bronheim *et al.*, 1998 ; Arolt, 1997). Parmi les patients d'âge actif, les problèmes psychiques les plus courants sont la dépression, les troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives et la réaction aiguë au stress. Cette prévalence élevée s'observe non seulement dans les unités de soins généraux, mais aussi dans les services de chirurgie, d'orthopédie et de gynécologie. Le taux de reconnaissance est plutôt bas (40 à 50 %), tout comme le taux de patients orientés – seulement 20 à 30 % des cas reconnus (Wancata *et al.*, 2000). Par

Tableau 3.1. **Prestataires, services et fonctions types dans les systèmes de santé mentale bien développés**

Prestataire	Services	Fonctions et groupe cible principal	Forme
Soins de santé mentale généralistes			
Médecins généralistes, unités de soins généraux, des hôpitaux généraux	Consultation par heure	Détection Diagnostic Traitement Orientation *Troubles mentaux plutôt modérés*	Ambulatoire
Services de santé mentale spécialisés			
Psychiatres, psychologues en pratique libérale	Consultation par heure	Diagnostic Traitement Consultation Services de liaison *Troubles mentaux plus graves*	Ambulatoire
Hôpitaux psychiatriques (dont les services de psychiatrie et de psychosomatique des hôpitaux généraux)	Soins spécialisés avec hospitalisation Hôpitaux psychiatriques de jour/nuit Stabilisation des crises Unités/centres spécialisés dédiés au traitement de troubles spécifiques et aux programmes de réadaptation associés Services de réadaptation pour des troubles spécifiques	Diagnostic Traitement Réadaptation Consultation Liaison services *Troubles mentaux graves*	Hospitalisation Ambulatoire
Centres collectifs de santé mentale	Soins ambulatoires spécialisés Centre de gestion des crises Interventions de crise à domicile Traitement social dynamique Services psychosociaux Centres de jour	Diagnostic Traitement Consultation Services de liaison Réadaptation Prévention des rechutes *Troubles mentaux graves*	Ambulatoire
Services de réadaptation			
Soutien aux activités sociales	Refuges et centres de jour Clubhouses Groupes de soutien et d'entraide	Intégration Intégration sociale Soutien de longue durée *Troubles mentaux les plus graves*	Ambulatoire
Aide à l'emploi	Ateliers pour l'emploi et de réadaptation Ateliers protégés Programmes d'emploi de transition Programmes d'emploi assisté	Intégration Intégration sociale Soutien de longue durée *Troubles mentaux graves*	Ambulatoire
Aide au logement	Foyers collectifs Centres d'hébergement Soins en établissement Logement indépendant avec soutien	Intégration Intégration sociale Soutien de longue durée *Troubles mentaux les plus graves*	Ambulatoire

Note : Le tableau récapitule les prestataires et services types dans les pays qui disposent d'un système de santé mentale bien développé, c'est-à-dire les acteurs habituels de ce système. Toutefois, chaque pays a son organisation propre en la matière. Ainsi, les centres communautaires d'hygiène mentale offrent très souvent des services de réadaptation dans le cadre d'un travail en équipe axé sur l'interdisciplinarité. De plus, ces centres peuvent comprendre à la fois des services de santé mentale généraux et spécialisés. En Norvège, par exemple, les services municipaux d'hygiène mentale proposent aussi bien des soins primaires et des services sociaux, dispensés par du personnel infirmier psychiatrique, des médecins généralistes, des psychologues et autres professionnels de la santé. Ces services de soins primaires coopèrent en outre avec des unités spécialisées. Les groupes qu'ils ciblent sont donc très vastes, et englobent les personnes souffrant de troubles légers.

Source : Informations compilées par l'OCDE à partir de Thornicroft et Tansella (2004), Rosen et Barfoot (2001) et OMS (2003).

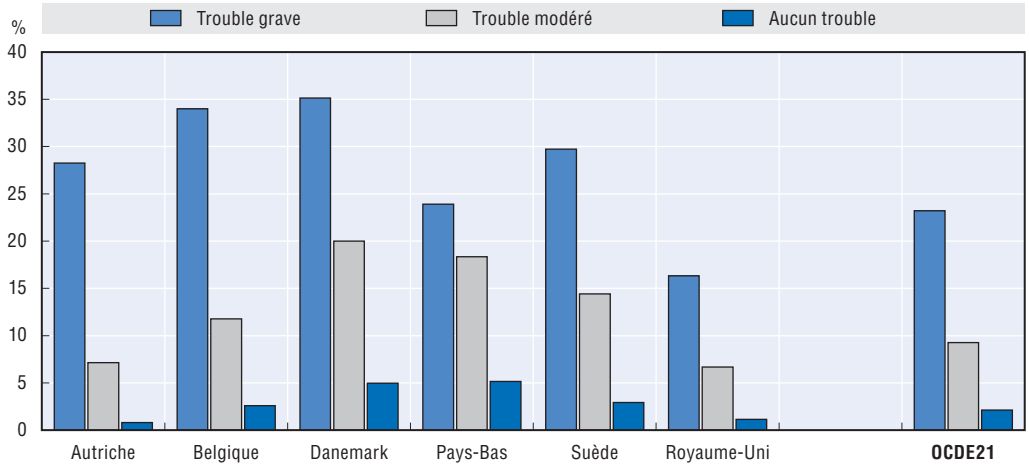
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932570012

conséquent, la présence et l'accessibilité des services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux revêtent une grande importance si l'on veut élever les taux d'orientation de patients, qui sont faibles pour l'instant.

Dans de nombreux pays, le rôle des spécialistes que sont les psychiatres et les psychologues ne se cantonne pas à établir des diagnostics psychiatriques, prescrire des médicaments psychotropes et effectuer des psychothérapies : ils interviennent également auprès des médecins généralistes et autres prestataires de soins médicaux généralistes (par exemple, maisons médicalisées ou organismes d'hébergement), pour les conseiller, les former et assurer un rôle de liaison. La position du psychiatre et du psychologue au sein du système de services variant grandement d'un pays à l'autre, les caractéristiques des patients qui consultent en pratique libérale spécialisée sont également différentes. Les données relatives aux pays européens indiquent que les problèmes psychiatriques graves sont surreprésentés dans les soins de santé mentale spécialisés, généralement dispensés par des psychiatres (graphique 3.14). Ce résultat a été confirmé par des recherches épidémiologiques récentes menées dans six pays européens (Dezetter *et al.*, 2011).

Graphique 3.14. **La probabilité de suivre un traitement spécialisé varie considérablement selon les pays**

Part des patients qui suivent un traitement spécialisé[a, b], selon la gravité du trouble mental dont ils sont atteints, 2010



a) La catégorie « Spécialistes » inclut les psychiatres, psychologues, psychothérapeutes ou psychanalystes. La catégorie « Tout professionnel » inclut les médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers, travailleurs sociaux ou « Quelqu'un d'autre ».

b) Patients traités dans un cadre professionnel pour un problème psychologique ou émotionnel au cours des 12 derniers mois.

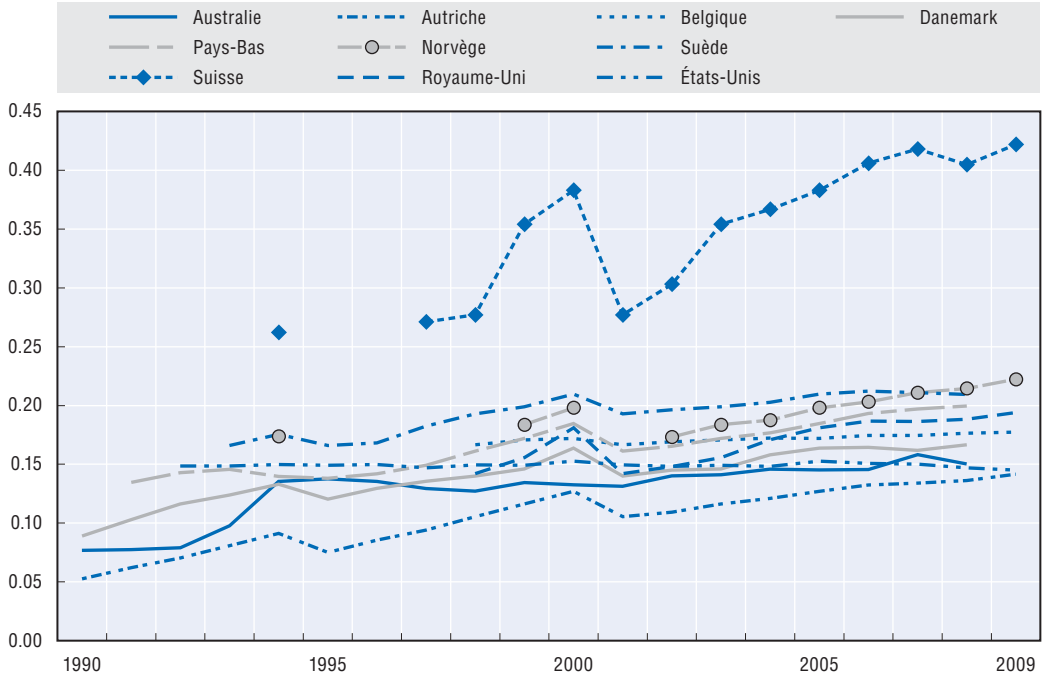
Source : Estimations de l'OCDE à partir de l'Eurobaromètre 2010.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568397

Dans ces pays, la part des patients souffrant de problèmes psychiques qui suivent un traitement spécialisé a légèrement augmenté, de trois points de pourcentage en cinq ans. L'offre de soins spécialisés ambulatoires administrés en pratique libérale (c'est-à-dire par des psychiatres) a régulièrement progressé durant la dernière décennie dans tous les pays sauf aux États-Unis (graphique 3.15). Dans ce pays, toutefois, les services de psychologie ont enregistré une forte augmentation (Glied et Frank, 2009). La Suisse, par exemple, compte actuellement quatre psychiatres pour 10 000 habitants, un taux bien supérieur à la moyenne des autres pays pour lesquels des données comparables sont disponibles. Étant donné que

Graphique 3.15. **Le nombre de psychiatres a augmenté dans tous les pays, surtout en Suisse**

Nombre de psychiatres pour 1 000 habitants, 1990-2008



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé (www.oecd.org/sante/basedonnees).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568416

les soins de santé mentale spécialisés, ou les soins primaires optimisés avec intervention de spécialistes de la santé mentale en soutien, sont de nature à améliorer l'efficacité des traitements sur le plan fonctionnel, cette évolution peut être considérée comme positive. Aux États-Unis également, les soins de santé mentale spécialisés et les soins collaboratifs sont en progression ; cependant, ce sont les soins dispensés par les prestataires généralistes et non par les spécialistes qui ont connu la plus forte augmentation (Wang *et al.*, 2006).

On ne discerne pas de relation nette entre les caractéristiques du système de soins en santé mentale et la probabilité de s'adresser à un spécialiste de la santé mentale pour obtenir de l'aide. Toutefois, il apparaît que certains éléments types contribuent généralement à améliorer l'accessibilité et l'adéquation des traitements. Ces facteurs sont recensés dans les recommandations éditées par l'*American Psychiatric Association* et le *National Institute for Clinical Excellence* au Royaume-Uni, qui insistent notamment sur le rôle de régulateur d'accès des prestataires de soins primaires, la possibilité pour les praticiens généralistes de suivre des formations utiles, la politique de remboursement (c'est-à-dire les incitations financières adressées aux médecins) et le recours à des psychiatres consultants ou référents auprès des autres prestataires (Dezetter *et al.*, 2011). Des initiatives similaires ont également été menées avec succès par les pouvoirs publics australiens (« Better Access » et « Access to Allied Psychological Services », voir plus haut ; Harris *et al.*, 2011).

Parallèlement à la réduction du nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie et au renforcement des capacités des services de soins de santé mentale ambulatoires et de réadaptation, la durée moyenne des séjours à l'hôpital a fortement diminué dans tous les pays de l'OCDE sauf quelques-uns. Dans la plupart des pays participant au projet en cours,

la majorité des patients admis en soins psychiatriques sortent dans la semaine suivant leur hospitalisation. La Suisse et le Royaume-Uni, où les périodes d'hospitalisation sont comparativement longues, ont également enregistré une forte baisse de la durée des séjours au cours des dernières années et convergent désormais vers les moyennes des autres pays. Dans certains pays comme la Norvège et le Danemark, en revanche, la durée d'hospitalisation est excessivement courte (moins de cinq jours en moyenne). De tels écarts dénotent des différences fondamentales entre les stratégies de soins de santé mentale des pays.

Au vu de certaines données, une durée d'hospitalisation plus courte est associée à de meilleurs résultats pour le patient, notamment sur le plan de l'autonomie dans la vie quotidienne, tandis qu'une réadaptation plus longue en milieu hospitalier augmente le risque que le patient ait recours à des soins institutionnalisés à l'avenir (Nordentoft *et al.*, 2010). En outre, une méta-analyse Cochrane de 2000 est parvenue à la conclusion que les admissions de courte durée programmées de patients atteints de troubles mentaux graves n'étaient pas associées à un risque accru de réhospitalisation (Johnstone et Zolese, 2000).

La programmation des sorties semble jouer un rôle crucial dans le débat sur le rôle bénéfique des séjours de courte durée. Les données permettent de penser que les *courts* séjours sont bénéfiques s'il existe un système de soins de proximité bien développé et de grande qualité, à même de prendre le relais des soins immédiatement après la sortie du patient (Capdevielle et Ritchie, 2008). Plusieurs études montrent que la programmation des sorties et la présence de services intégrés et bien coordonnés son primordiales (Fasel *et al.*, 2010). En l'absence de services ambulatoires dédiés, et sans politique systématique en matière de sorties, il arrive même qu'une durée d'hospitalisation plus longue soit plus bénéfique (mais aussi plus coûteuse), laissant davantage de temps pour préparer la sortie du patient.

Sur un plan global, la réduction du nombre de lits dans les hôpitaux de soins psychiatriques s'est accompagnée d'une augmentation régulière des soins ambulatoires spécialisés et des services de réadaptation. Dans quantité de pays, la mise en place des services de soins de proximité a conduit au développement d'une palette diversifiée de services de santé mentale et de services gradués de réadaptation, conçus pour satisfaire les différents degrés et types de besoins des patients dans les domaines du logement, des activités et des relations sociales. On s'accorde généralement à reconnaître que la réforme des soins de santé mentale a entraîné une amélioration des résultats des patients dans les pays où la réduction des capacités hospitalières a été compensée par un renforcement notable des services ambulatoires spécialisés et des services de réadaptation.

Limites des soins de proximité

Force est de constater, cependant, que la désinstitutionalisation n'est pas allée à son terme, dans la mesure où la réduction du nombre de lits en psychiatrie s'est accompagnée d'une hausse sans doute plus que proportionnelle d'autres formes d'institutionnalisation. Si le nombre de lits de psychiatrie a diminué d'environ un tiers en moyenne en Autriche, au Danemark, au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et en Suisse, cette tendance s'est accompagnée d'une augmentation du nombre de lits de psychiatrie légale, du nombre de places en habitation supervisée ou assistée, ainsi que d'une hausse distincte de la population carcérale, dont on sait qu'elle est associée à une prévalence élevée de troubles mentaux graves (Priebe *et al.*, 2008). Ces constatations valent également pour les États-Unis (Glied et Frank, 2009).

En résumé, les réformes accomplies au cours des dernières décennies ont entraîné des changements fondamentaux dans les systèmes de soins en santé mentale des pays de l'OCDE, ainsi qu'une amélioration notable de la qualité de vie, de la qualité des soins et de l'offre de services pour les patients atteints de troubles mentaux graves. Malgré tout, ces réformes ne sont pas parvenues à ce jour à faire reculer l'institutionnalisation des personnes souffrant de problèmes psychiques. Les soins dispensés en institution ne sont pas en eux-mêmes inefficaces, mais toujours est-il que les soins de proximité n'ont pas produit les résultats escomptés sur le plan de l'intégration sociale, de l'autonomie et de l'accès à l'emploi rémunéré. Les réformes ont fait sortir de l'hôpital psychiatrique les personnes atteintes de troubles mentaux graves, mettant à leur disposition d'autres structures telles que logements protégés, centres de jour, *clubhouses* ou groupes d'entraide, mais sur le plan de l'amélioration de l'intégration sociale, le succès a été plus limité.

Pourquoi les réformes ne sont-elles pas allées plus loin ?

Plusieurs raisons pourraient expliquer pourquoi les systèmes de soins en santé mentale, y compris les services de soins psychiatriques et de réadaptation psychiatrique de proximité n'ont pas poursuivi leur développement plus avant.

- La réforme des soins de santé mentale s'est concentrée sur les patients atteints des troubles les plus graves, en majorité des personnes souffrant de schizophrénie chronique ou de troubles maniaco-dépressifs graves. Cette focalisation presque exclusive sur ce groupe relativement restreint est en contradiction partielle avec le fait qu'il existe un nombre beaucoup plus élevé d'individus menacés d'être exclus du marché du travail qui n'appartiennent pas au groupe des malades les plus sévèrement atteints.
- De ce fait, la quasi-totalité des recherches menées sur la réadaptation psychiatrique au cours des dernières décennies s'est concentrée sur les schizophrènes, catégorie de patients la moins susceptible de trouver un emploi, de sorte que l'on manque de données probantes sur les autres troubles mentaux.
- Les réformes accomplies par le passé dans le domaine des soins de santé mentale, notamment le développement du secteur des services de réadaptation, ont pâti d'une fragmentation excessive, d'un manque de données empiriques et du caractère idéologique de certaines prises de position. Par exemple, les spécialistes ont bataillé une décennie durant sur la question de savoir si le diagnostic avait une importance pour la réadaptation professionnelle des patients. Dans beaucoup de domaines, cette controverse n'est toujours pas éteinte (Eikelmann *et al.*, 2005 ; Baer et Cahn, 2008). Pour ces raisons, il y a une fracture non seulement entre le système de soins en santé mentale et les autres secteurs de la société, mais aussi entre les systèmes de traitement et réadaptation.
- Enfin, la contribution des services de santé mentale à l'intégration sociale des patients se voit limitée par les préjugés qui entourent les troubles mentaux et – conséquence partielle de ces préjugés – l'insuffisance généralisée du traitement des personnes concernées, ainsi que par le délai souvent long qui s'écoule entre l'apparition de la maladie et le début du traitement.
- Il y a encore peu de temps, l'accès à l'emploi rémunéré n'était pas un objectif explicite des services de santé mentale. Exception faite du « travail » en général, considéré de longue date et par beaucoup comme faisant partie intégrante du traitement (*cf.* les thérapies par le travail par exemple), la situation d'emploi des patients atteints de troubles mentaux n'était pas jugée prioritaire (Reker et Eikelmann, 2004).

Rôle actuel des soins de santé mentale vis-à-vis de l'emploi

Suite, peut-être, à l'augmentation constatée du nombre de bénéficiaires de pensions d'invalidité chez les personnes souffrant de troubles mentaux, de nombreux pays prennent rapidement conscience du rôle capital des soins de santé mentale sur l'emploi et sur d'autres aspects de la vie des patients (tableau 3.2).

Tableau 3.2. **Rôle des soins de santé mentale vis-à-vis des objectifs en matière d'emploi**

	L'emploi fait-il partie des objectifs explicites des politiques nationales en matière de santé mentale ?	Comment l'emploi est-il intégré dans les programmes et services de santé mentale ?	Quels obstacles empêchent d'étendre le rôle des soins de santé mentale et d'y intégrer des objectifs d'emploi ?
Australie	Oui	Les normes nationales applicables aux services de santé mentale exigent que l'emploi soit pris en compte dans le Plan de rétablissement personnalisé préparé pour chaque patient. De nombreuses initiatives sont en cours. Les orientations des pratiques cliniques pour plusieurs troubles mentaux mentionnent l'emploi.	Coordination des services entre les secteurs de la santé, de l'éducation et de l'emploi. Les soins de santé et l'aide à l'emploi relèvent de différents services.
Autriche	Mentionné mais non spécifié.	Apparaît uniquement dans les lignes directrices relatives à la schizophrénie, pas pour les autres troubles mentaux. Pas d'autres initiatives actuellement.	
Belgique	Oui	Des programmes et initiatives ont été lancés pour promouvoir une approche plus interdisciplinaire des soins de santé, y compris en matière d'emploi.	
Danemark	Oui	Le secteur de la santé n'est pas comptable des résultats du patient sur le plan de l'emploi. Pas d'autres initiatives actuellement.	Séparation des responsabilités en matière d'emploi et de soins de santé respectivement.
États-Unis	Oui	L'emploi n'est pas mentionné dans les lignes directrices cliniques. Plusieurs projets de recherche et initiatives.	Pas de remboursements *Medicaid* pour les services d'emploi spécifiques délivrés dans le cadre du système de santé. Approche segmentée des prestataires de santé, qui se focalisent uniquement sur les soins.
Norvège	Oui	Le Plan stratégique national pour le travail et la santé mentale comporte un plan d'action. Nombreuses initiatives et mesures.	Préjugés sur les personnes atteintes de troubles mentaux.
Pays-Bas	Non	Le secteur de la santé n'est pas comptable des résultats du patient sur le plan de l'emploi. Plusieurs lignes directrices cliniques, notamment celles qui s'adressent aux médecins du travail, traitent de l'emploi. Différentes initiatives sont en cours.	Manque d'incitations financières, fragmentation du financement des soins de santé et de la réadaptation professionnelle, habilitations et ressources insuffisantes pour en faire davantage sur le plan de l'emploi, et existence d'un système de médecine du travail parallèle qui n'incite pas le système de santé à se sentir responsable.
Royaume-Uni	Oui	Les lignes directrices du *National Institute for Health and Clinical Excellence* précisent que l'emploi doit être un objectif. Plusieurs initiatives et programmes pilotes sont en cours (par exemple, le Département du travail et des pensions (*Department for Work and Pensions*) a initié un projet pilote où des conseillers en matière d'emploi sont placés au sein des cabinets de médecins généralistes afin d'améliorer l'accès à des conseils en matière d'emploi destinés aux personnes intervenant dans le cadre des visites pour les premiers soins). Par ailleurs, les résultats en matière d'emploi des personnes souffrant de conditions à long terme sont introduits dans le cadre des résultats du *NHS* pour l'Angleterre.	Idée répandue, chez les professionnels de la santé, que le travail n'est ni réaliste ni bénéfique. Problèmes financiers (cloisonnement des budgets). Les services de santé et d'emploi relèvent de différents organismes, d'où des problèmes d'aiguillage.
Suède	Oui	Dans les lignes directrices de traitement pour la schizophrénie, le *National Board of Health and Welfare* recommande le *Supported Employment* (modèle IPS). La loi Health and Medical Services Act réglemente la responsabilité des soins de santé, qui est gérée par les conseils de comté. La loi ne concerne pas l'emploi, qui est principalement considéré comme tributaire du marché du travail.	Manque de coordination entre les différents secteurs (santé, assurances sociales, service de l'emploi) ainsi qu'entre les différents niveaux (communes, Conseils de comté, État). Alors que les différents rôles sont clairs, aucun acteur n'est responsable de l'individu en tant qu'entité.
Suisse	Non	Pas de programmes, pas d'initiatives.	Différentes responsabilités, absence de législation, stigmatisation, manque d'incitations financières.

Source : Informations compilées par l'OCDE sur la base des réponses fournies à un questionnaire sur les politiques de santé mentale.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932570031

De nombreux pays ont récemment fait de l'emploi un objectif explicite de leurs stratégies en matière de santé mentale. L'Australie et le Royaume-Uni sont néanmoins les seuls pays où la question de l'emploi est abordée dans les lignes directrices cliniques relatives à l'ensemble des troubles mentaux. Dans presque tous les pays, des initiatives sont actuellement en cours pour donner à l'emploi plus de place dans les soins de santé mentale ; cependant, ces initiatives sont souvent sélectives et n'ont pas de caractère systématique. S'agissant des principaux obstacles qui font qu'il est difficile d'étendre le rôle des systèmes de soins en santé mentale à l'emploi, les pays signalent tous des obstacles à la fois organisationnels et financiers, qui résultent de la multiplicité des prestataires de soins et des dispositifs d'aide à l'emploi. Ce morcellement gène la coordination et crée des désincitations financières qui détournent le système de soins des objectifs d'emploi. Autre problème enfin, le système de santé de la plupart des pays n'a pas eu à rendre compte, jusqu'à présent, des résultats des patients sur le plan de l'emploi.

Impact de l'emploi sur l'utilisation des services et les coûts de la santé

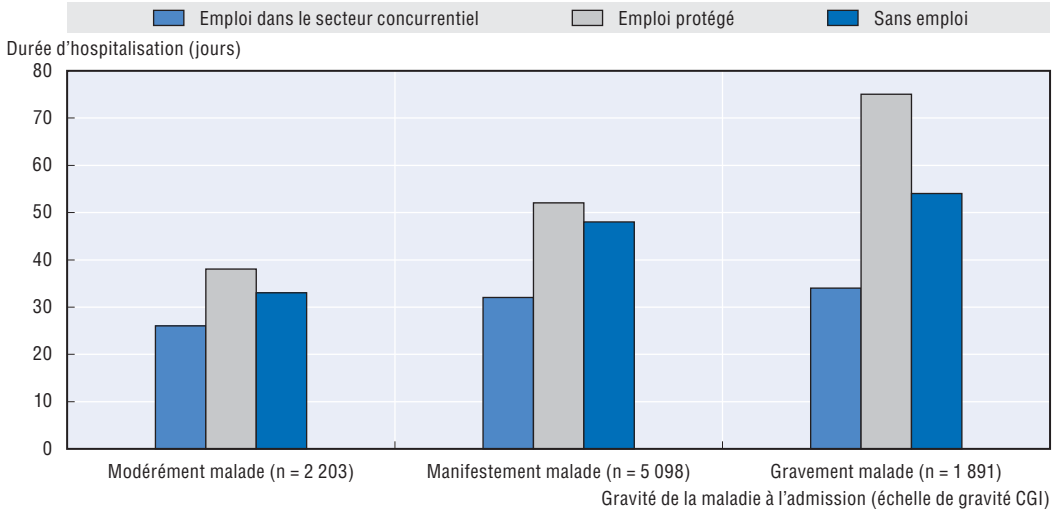
Le fait d'occuper un emploi et de bénéficier d'une assistance à l'emploi peut non seulement améliorer les symptômes, l'estime de soi et la qualité de vie des patients, mais également avoir un effet préventif net sur la consommation ou la surconsommation de services de soins de santé mentale. Des études de suivi menées sur des patients en psychiatrie avec et sans emploi sur une période de dix ans montrent que le niveau d'utilisation des services a diminué dans les deux groupes, mais selon une étude réalisée aux États-Unis, la baisse est beaucoup plus importante dans le groupe de patients ayant un emploi régulier. À partir de la troisième année, les personnes qui travaillent régulièrement consomment deux à trois fois moins d'heures de service que le groupe de patients qui travaillent le moins, et leur temps d'hospitalisation est inférieur d'environ 75 % (Bush *et al.*, 2009). Nombre des études qui ont mis en regard l'utilisation des services psychiatriques et autres services médicaux avec l'absence d'emploi ont constaté que le chômage, le sous-emploi et l'incapacité étaient étroitement liés à l'utilisation des services. Une analyse de l'ensemble des hospitalisations psychiatriques effectuées en Suisse entre 2000 et 2004 est parvenue à la conclusion que le risque d'hospitalisation était 17 fois plus élevé parmi les personnes sans emploi que chez celles travaillant à temps plein (Kuhl et Herdt, 2007).

Dans une étude similaire consacrée à la durée de séjour dans une clinique psychiatrique suisse, utilisant des données sur environ 9 200 sorties de patients réparties sur sept ans, Baer et Cahn (2008) ont constaté, après avoir tenu compte du degré de gravité de la maladie à l'admission dans l'établissement, que la durée d'hospitalisation des patients travaillant dans le secteur concurrentiel étaient beaucoup plus courte que celle des patients sans emploi et des patients travaillant dans le secteur protégé (graphique 3.16). Cette analyse relève des écarts de durée d'hospitalisation considérables selon le statut au regard de l'emploi : quelle que soit la gravité de leur maladie au moment de l'admission, les salariés restent beaucoup moins longtemps hospitalisés que les patients sans emploi. Par ailleurs, le fait d'occuper un emploi protégé ne réduit pas la durée d'hospitalisation.

D'un autre côté, l'absence d'emploi est généralement l'un des principaux facteurs de risque d'une forte consommation de services médicaux. Nombre des études examinées par Fasel *et al.* (2010) notent un taux de chômage plus élevé parmi les gros consommateurs de services médicaux – de 33 à 93 %. De ce fait, le chômage est aussi un facteur prédictif majeur des coûts totaux du système de soins de santé (mentale).

Graphique 3.16. **Le fait d'occuper un emploi dans le secteur concurrentiel réduit la durée d'hospitalisation en psychiatrie**

Durée des hospitalisations dans une clinique psychiatrique suisse (en nombre de jours), selon le statut au regard de l'emploi et la gravité de la maladie, 1998-2006[a, b]



a) Le degré de gravité est évalué au moyen de l'échelle « Clinical Global Impression Scale » (CGI), un instrument de mesure validé et couramment employé dans la pratique clinique (Guy, 1976). Les différents degrés de gravité (par exemple « modéré ») définissent des degrés de maladie relatifs parmi les patients hospitalisés en psychiatrie ; un degré de gravité « modéré » ne signifie pas que le patient est modérément malade par rapport à la population générale.

b) S'agissant des emplois protégés, un effet de sélection est possible, car les patients qui les occupent présentent généralement un trouble chronique, lequel pourrait ne pas être pleinement reflété par le degré de gravité de la maladie au moment de l'admission. En Suisse, seuls les bénéficiaires d'une pension d'invalidité peuvent, en règle générale, prétendre à un emploi protégé.

Source : Baer et Cahn (2008).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568435

Rôle des soins de santé mentale du point de vue des patients

Il paraît clair, du point de vue des patients, que l'emploi devrait être un objectif prioritaire des services de santé mentale. Le besoin de travailler est très présent chez les personnes atteintes de troubles mentaux (Mueser *et al.*, 2001 ; Baer, 2010 ; Crowther *et al.*, 2001). Selon les études considérées, entre 70 et 90 % des patients en psychiatrie sans emploi déclarent souhaiter travailler (Grove *et al.*, 2005). Les études sur la qualité de vie font toutes le constat que l'emploi est un besoin prioritaire pour les personnes souffrant de troubles mentaux (Evans et Repper, 2000). Pour les proches des patients, la prise en compte des besoins en termes d'emploi est très importante également. La demande la plus fréquemment adressée aux services de santé mentale par les proches est d'aider le patient à trouver du travail – 70 % des proches de patients expriment ce souhait (Angermeyer *et al.*, 1997).

D'un autre côté, il est assez rare que ce besoin de travailler se concrétise, car les patients ont peur d'échouer ou de retomber malades (Baer et Fasel, 2009). La crainte de n'être pas capable d'exécuter correctement leur travail dissuade de nombreuses personnes atteintes de troubles mentaux de chercher activement un emploi. À cet égard, il est important que les patients puissent compter sur des professionnels de la santé mentale pour les aider à traverser cette période incertaine et difficile, jusqu'à ce qu'ils trouvent une entreprise dans laquelle ils se sentiront suffisamment à l'aise. En outre, les patients ont besoin que des soignants les accompagnent sur le chemin du retour à l'emploi et expliquent aux employeurs ou aux spécialistes de l'emploi les problèmes engendrés par la

maladie. La plupart des patients ayant trouvé un emploi se sentiraient plus rassurés si leur thérapeute prenait l'initiative de contacter l'employeur en cas de problème au travail ou d'absence pour maladie, afin de résoudre d'éventuels conflits et d'éviter à l'employé une rupture complète avec le milieu du travail (Baer et Fasel, 2010). Enfin, parmi les personnes souffrant de troubles mentaux, certaines n'ont pas envie ou ont peur de révéler leur handicap et, de ce fait, sont soumises à une pression supplémentaire au travail. Les professionnels de la santé mentale peuvent les aider à trouver les moyens de gérer ce type de situation.

Intégrer la dimension de l'emploi dans les indicateurs de performance des services de santé

La qualité des services de santé mentale et son évaluation dans les différents pays et par différents organismes gagne en importance depuis quelques années – par comparaison, dans les autres domaines de la médecine, les indicateurs de la qualité sont utilisés depuis beaucoup plus longtemps (Pincus *et al.*, 2011). Les indicateurs clés les plus souvent proposés dans les stratégies ou politiques nationales en matière de santé mentale sont l'accessibilité, la continuité, l'efficacité et la sécurité des soins (Spaeth-Rublee *et al.*, 2010).

Les résultats du patient en termes d'emploi sont assez peu pris en compte dans les indicateurs utilisés ou proposés. Par exemple, l'indicateur d'efficacité est souvent mesuré en termes d'état clinique, de qualité de vie, de fonctionnement global, de taux de réhospitalisation, de taux de suicide et de logement. Malgré tout, plusieurs initiatives récentes proposent d'utiliser la situation au regard de l'emploi comme indicateur d'efficacité des soins de santé mentale (Spaeth-Rublee *et al.*, 2010). Le tableau 3.3 décrit les principaux indicateurs et leur intérêt potentiel pour les aspects liés à l'emploi – en s'appuyant sur les travaux réalisés dans le cadre de ce rapport de référence. Les indicateurs de qualité liés au travail peuvent avoir une incidence sur les efforts que mettent en œuvre les professionnels pour aider leurs patients à satisfaire leurs besoins dans ce domaine. La réussite d'un traitement peut difficilement être totale si elle ne se traduit pas par des progrès d'ordre social (Shrivastava *et al.*, 2010).

3.5. Conclusion : faire de l'emploi l'un des objectifs du système de santé mentale

Les troubles mentaux revêtent des dimensions multiples, notamment biologiques, psychologiques et sociales. Par conséquent, les traitements individuels et les systèmes de santé mentale se doivent non seulement de satisfaire les besoins cliniques des patients, mais aussi d'apporter des réponses aux problèmes qu'ils peuvent rencontrer sur les plans social et professionnel. L'emploi est l'un des principaux déterminants l'état de santé mentale des individus. Or, il semble que dans bien des cas, les besoins des patients dans ce domaine ne sont pas correctement pris en compte, que ce soit par les spécialistes de la santé mentale ou par le système de soins de santé mentale dans son ensemble. Ce n'est que très récemment que certains pays se sont dotés d'une stratégie nationale de santé mentale prenant en compte les questions d'emploi. Enfin, les mesures liées à l'emploi sont singulièrement absentes dans les initiatives récentes visant à élaborer et mettre en œuvre des indicateurs de qualité des soins de santé mentale.

L'effet délétère des troubles mentaux sur le fonctionnement et l'incapacité ne se limite pas aux formes graves de ces troubles. Les troubles mentaux modérés peuvent eux aussi compromettre gravement le fonctionnement au travail, voire conduire à l'incapacité,

Tableau 3.3. **Indicateurs de performance des services de santé mentale en lien avec les résultats dans le domaine de l'emploi**

Indicateurs, description et liens avec l'emploi

Indicateurs	Description	Liens avec l'emploi (exemples)
Acceptabilité	Examine la qualité du service du point de vue de l'utilisateur, de la collectivité, des autres prestataires et des organismes de financement. L'acceptabilité indique dans quelle mesure le client et ses proches sont satisfaits des services reçus. La participation du client et de sa famille aux décisions de traitement, à la fourniture des services et à la planification est une dimension essentielle de l'acceptabilité du système de santé mentale.	L'emploi devrait figurer parmi les objectifs principaux assignés aux soins de santé mentale. Le système de soins relatifs à la santé mentale devrait être un partenaire pour les organisations patronales. La réadaptation professionnelle devrait être planifiée en tenant compte des préférences des clients ainsi que de leurs expériences intimes. Participation de la famille au bilan de réadaptation et à l'établissement d'un plan de réadaptation.
Accessibilité	Désigne la possibilité pour les individus de recevoir des soins au bon endroit et au bon moment, en fonction de leurs besoins. Ce concept renvoie également à la disponibilité des services locaux. La rapidité d'accès est une autre dimension de l'accessibilité. Elle implique un traitement prompt des urgences, ainsi que des délais d'attente raisonnables dans les cas où le patient doit être orienté vers un autre service. L'attente ou le non-accès aux services sont préjudiciables pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave et leur famille. En outre, un diagnostic et un traitement précoces évitent au patient des souffrances inutiles et préviennent la détérioration de sa situation sociale.	Employeurs et employés devraient avoir la possibilité d'entrer rapidement en contact direct avec les services de santé mentale. Conseil et orientation des adolescents qui rencontrent des problèmes au moment de la transition de l'école vers l'emploi. Amélioration de l'accès aux traitements pour les personnes rencontrant des difficultés au travail. Repérage des patients ayant un potentiel d'emploi établi dans les structures de soins sociaux et médicaux. Établissement d'un diagnostic précoce et précis servant de base à la réadaptation, avec détection des troubles de la personnalité éventuels. Sensibilisation des enseignants et des employeurs aux troubles mentaux potentiels, notamment la dépression, les troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives et les troubles de la personnalité.
Adéquation	Les soins sont adéquats s'ils répondent aux besoins de la personne et se conforment à des normes établies. Les soins dispensés doivent être adaptés aux caractéristiques individuelles et aux exigences du client. En outre, les services doivent être en adéquation avec des lignes directrices basées sur des données factuelles ou reflétant un consensus entre experts sur les « meilleures pratiques ».	Évaluation interdisciplinaire des déficiences fonctionnelles spécifiques, des antécédents professionnels et médicaux, des aménagements nécessaires en milieu de travail, entre autres, basée sur une collaboration entre spécialistes de la réadaptation professionnelle et de la santé mentale. Évaluation précoce de la situation et des besoins en matière d'emploi de l'ensemble des patients hospitalisés et externes d'âge actif. Mise en place d'une politique d'arrêts de travail efficace du point de vue de la réadaptation. Élaboration de lignes directrices interdisciplinaires pour les examens médicaux, traitant des différents aspects des maladies et fonctions.
Continuité	La continuité désigne la capacité d'assurer sans interruption dans le temps la coordination des soins et services entre les différents programmes, stratégies, praticiens, organismes et niveaux. Elle recouvre notamment la continuité entre les différentes structures du système de santé mentale, par exemple entre services hospitaliers et services de proximité, qui doivent veiller à la bonne coordination des soins lorsque le patient change de cadre de traitement. La continuité entre prestataires est également importante pour l'intégration des services dispensés par des prestataires multiples. Enfin, la continuité dans le temps est cruciale, les besoins du patient évoluant au fil des étapes de sa maladie. Le suivi systématique des cas (*case management*) est l'une des approches qui permet d'assurer la coordination au sein des systèmes de soins fragmentés et qui facilite l'accès à des prestataires multiples pour les patients ayant des besoins complexes et changeants. L'existence d'un plan de sortie formel, la présence d'un système de soutien ambulatoire réactif pour les patients hospitalisés en psychiatrie et la planification des soins entre médecins et autres prestataires sont des conditions essentielles de la continuité des soins.	Participation à la planification de l'ensemble des parties importantes concernées y compris, si possible, l'employeur et (pour les patients les plus jeunes) les parents. Établissement d'un plan de réadaptation et adoption d'une « philosophie » commune sur la façon de procéder, et mise en place d'un cadre collaboratif. Création des ressources nécessaires pour assurer un soutien continu (y compris au travail). Établissement de procédures pour apprendre à repérer rapidement les situations problématiques et à réagir aux situations de crise.
Efficacité	Se dit des soins, interventions ou actions qui produisent les résultats souhaités dans des délais adéquats. En règle générale, les mesures d'efficacité sont considérées comme étant les indicateurs les plus importants pour le suivi des services de santé. Elles se subdivisent en trois sous-domaines : premièrement, les résultats du patient, qui mesurent l'impact des soins sur l'état clinique et le fonctionnement du patient ; deuxièmement, les résultats des aidants au sein de la famille, qui renvoient à l'impact des troubles mentaux sur la qualité de vie des membres de la famille et autres soignants qui s'occupent d'une personne atteinte de troubles mentaux ; et troisièmement, la mesure dans laquelle les services de santé mentale parviennent à maintenir le patient dans la société, sans avoir à l'hospitaliser.	Le fonctionnement et les résultats du patient en situation de travail réel devraient avoir un rang de priorité élevé parmi les mesures d'efficacité des traitements psychiatriques. Des mesures de la collaboration systématique avec les organisations patronales et les entreprises devraient figurer parmi les indicateurs d'efficacité des systèmes de soins en matière de santé mentale. Enfin, les mesures d'efficacité devraient comprendre des indicateurs se rapportant à la supervision de l'emploi et au soutien aux médecins généralistes et aux psychiatres et psychologues exerçant en libéral.

Source : Informations compilées par l'OCDE.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932570050

particulièrement lorsqu'ils persistent dans le temps. Compte tenu de la prévalence élevée des troubles mentaux modérés dans la population, la charge qu'ils font peser sur la société au travers de l'incapacité et du non-emploi est beaucoup plus lourde que les coûts induits par les troubles graves, qui concernent une population relativement restreinte. Par conséquent, les individus souffrant de troubles modérés, en tant que groupe, et les problèmes qu'ils rencontrent au travail devraient figurer parmi les cibles prioritaires des politiques publiques et des programmes d'action ainsi que du système de soins de santé mentale, ce qui n'est pour l'instant pas le cas.

Les troubles mentaux plus légers doivent être pris très au sérieux pour plusieurs autres raisons. Premièrement, il arrive souvent qu'ils évoluent vers des troubles plus graves. Deuxièmement, lorsqu'ils deviennent persistants ou récurrents, ces troubles se manifestent par des déficiences et des problèmes au travail très handicapants. Troisièmement, les personnes souffrant de troubles mineurs se maintiennent pour la plupart sur le marché du travail et ont, en général, davantage de chances de trouver et/ou conserver un emploi que les patients atteints des troubles les plus graves. Enfin, la gravité des troubles mentaux n'est pas le seul facteur responsable des problèmes au travail et de l'incapacité. D'autres aspects, tels que la durée et l'évolution de la maladie, la comorbidité avec d'autres troubles mentaux ou physiques et la personnalité sont tout aussi importants pour les résultats du patient sur le plan de l'emploi. Aussi, restreindre l'accès des services de santé mentale et d'assistance professionnelle aux personnes souffrant des troubles les plus graves, comme cela se produit souvent, ne paraît pas judicieux.

Le traitement des problèmes psychiques peut avoir des retombées positives sur le plan du travail. Toutefois, seule la moitié environ des personnes atteintes de troubles graves suit un traitement, et les taux de traitement sont beaucoup plus faibles encore chez les personnes soufrant de troubles plus légers. Parmi les patients traités, la moitié à peu près ne reçoit pas un traitement adéquat, c'est-à-dire un traitement satisfaisant des normes minimales comme la prescription de médicaments adéquats ou d'un nombre minimum de séances de psychothérapie. C'est là un manquement important, car un traitement adéquat ou optimisé peut améliorer les résultats des patients sur le plan de l'emploi. La participation des spécialistes de la santé mentale aux traitements est cruciale. La plupart des personnes qui cherchent à se faire soigner s'adressent à un médecin généraliste, seulement un patient sur quatre étant pris en charge par un spécialiste. Un recours accru aux spécialistes des soins de santé mentale, que ce soit en qualité de thérapeutes ou comme consultants auprès d'autres prestataires de santé, améliorerait les résultats des soins dispensés. Certains pays ont engagé des programmes dans ce sens.

Les systèmes de santé mentale ont connu de profonds bouleversements au cours des cinquante dernières années dans l'ensemble des pays de l'OCDE, marqués en particulier par le transfert des soins de l'hôpital vers les structures de proximité. L'objectif de ces réformes était d'améliorer l'intégration sociale des personnes souffrant de troubles mentaux. Bien que la situation et la qualité de vie actuelles des patients atteints de troubles mentaux graves n'aient absolument rien à voir avec les conditions de vie misérables qui étaient souvent le lot des pensionnaires des asiles psychiatriques il y a quelques décennies, de manière générale, la désinstitutionalisation n'a pas entraîné d'amélioration sur le plan de l'intégration sociale et de l'emploi.

L'une des raisons de cet échec réside dans la focalisation presque exclusive du système sur les patients atteints des troubles les plus graves. Dans la plupart des pays, le système de réadaptation se concentre explicitement sur les personnes souffrant de troubles graves, celles atteintes d'affections plus légères se voyant rarement proposer une aide. Cette orientation fait que l'on manque de données probantes sur la majorité des patients, qui souffrent de problèmes modérés. De plus, parce qu'ils se concentrent sur les problèmes les plus graves, le système de santé mentale n'est pas véritablement un partenaire pour les employeurs et les entreprises. Dans la plupart des pays, il n'adopte pas d'approche systématique vis-à-vis des employeurs, et les praticiens en santé mentale ne sont pas tenus responsables des résultats de leurs patients sur le plan de l'emploi.

Les services de psychiatrie ont mis en place un large éventail de programmes de travail pour leurs patients. Les services d'emploi assisté obtiennent de très bons résultats en matière de placement en emploi rémunéré de patients atteints de troubles graves, et l'on peut se demander pourquoi ces programmes n'ont pas encore été adaptés aux patients souffrant de troubles moins graves. Toutefois, ces placements réussis ne se sont en général pas accompagnés, pour l'instant, de sorties massives des régimes d'invalidité, en partie à cause de la qualité souvent médiocre de ces emplois en termes de rémunération et de perspectives de carrière.

Autre problème majeur, enfin, celui de l'insuffisance du traitement des personnes atteintes de troubles mentaux, du démarrage tardif des traitements et du taux élevé d'abandons de traitement. On observe en particulier une insuffisance généralisée du traitement chez les demandeurs et les allocataires de pensions d'invalidité, qui amène à se demander s'il est logique de verser une pension à une personne sans avoir cherché à corriger le problème motivant sa demande. Il semble, d'après certaines indications, que les taux de traitement des personnes souffrant de troubles mentaux soient en augmentation, en particulier parmi les jeunes, qui affichent les taux de prévalence les plus élevés mais les taux de traitement les plus bas.

Notes

1. Cette forme de mobilité, à savoir l'aggravation de la maladie mentale dans le temps, apparaît plus marquée chez les chômeurs et les personnes à faible revenu, ce qui tendrait à montrer que les problèmes psychiques sont à la fois plus fréquents et plus persistants dans les groupes défavorisés.
2. La présence d'un trouble mental grave est associée à une diminution de l'espérance de vie de dix ans en moyenne.
3. Une étude fait exception : Macias *et al.* (2001) montrent que les clubhouses sont aussi efficaces que l'emploi assisté.
4. Le taux de réussite élevé des programmes d'emploi assisté ne concerne que des modèles intégrant services de santé et services pour l'emploi (*cf.* Cook *et al.*, 2005).
5. La polarisation entre traitement et réadaptation, qui a été cautionnée par un article influent d'Anthony et Jansen (1984) affirmant que les aspects liés à la maladie étaient sans effet sur les résultats professionnels, n'est plus de mise. Le déni des facteurs liés à la maladie a été extrêmement néfaste pour les résultats des clients en termes d'emploi, pour la recherche, et pour la coopération entre l'ensemble des intervenants nécessaires.
6. La définition du caractère adéquat d'un traitement varie selon les études mais également selon les époques, du fait de l'apparition de nouveaux médicaments, de la multiplication des essais cliniques, etc.
7. Dans cette étude, un « traitement adéquat » s'entend comme « un minimum de six séances de psychothérapie ou un traitement à base d'antidépresseur, d'anxiolytique ou de stabilisateur de l'humeur, avec au moins quatre consultations médicales ».

8. Dans cette étude, le « traitement adéquat minimal » a été défini comme « la participation à au moins quatre consultations externes avec tout type de médecin pour une psycho-pharmacothérapie incluant l'utilisation soit d'un antidépresseur soit d'un stabilisateur de l'humeur pendant au moins 30 jours, ou la participation à au moins huit consultations externes avec tout professionnel du secteur spécialisé de la santé mentale pour des séances de psychothérapie d'au moins 30 minutes ».
9. Les stratégies d'hospitalisation des systèmes de santé mentale diffèrent selon les pays. Le système danois se caractérise par des taux de réhospitalisation élevés et des durées de séjour à l'hôpital très courtes.
10. Sur 185 000 patients atteints de troubles mentaux qui ont été soignés dans un établissement psychiatrique ou un hôpital général, quelque 56 % ont effectué plus de deux séjours à l'hôpital au cours de la période d'observation 1998-2006.
11. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) apprennent au patient à comprendre et modifier ses schémas de pensée et ses comportements : le patient s'exerce à reconnaître les situations difficiles qui ont provoqué chez lui des réactions inappropriées ou violentes puis à identifier et mettre en œuvre une réponse acceptable.
12. La section qui suit utilise les données de l'Eurobaromètre 2005 et non 2010, la dernière édition ne comportant pas de question sur l'usage de la psychothérapie.

Références

Adler, D.A., T.J. McLaughlin, W.H. Rogers, H. Chang, L. Lapitsky et D. Lerner (2006), « Job Performance Deficits Due to Depression », *American Journal of Psychiatry*, vol. 163, n° 9, pp. 1569-1576.

Alexandre, P.K., J.Y. Fede et M. Mullings (2004), « Gender Differences in the Labor Market Effects of Serious Mental Illness », in D.E. Marcotte et V. Wilcox-Gok (dir. pub.), *The Economics of Gender and Mental Illness*, Emerald Group Publishing Limited, Bingley, Royaume-Uni.

Alonso, J. et J.P. Lepine (2007), « Overview of Key Data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 68, n° 2 (supplément), pp. 3-9.

Alonso, J., M.C. Angermeyer, S. Bernert *et al.* (2004), « Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, n° 420 (supplément), pp. 21-54.

Andrews, G., S. Henderson et W. Hall (2001), « Prevalence, Comorbidity, Disability and Service Utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey », *British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, vol. 178, pp. 145-153.

Angermeyer, M.C., H. Matschinger et A. Holzinger (1997), « Belastung Angehöriger chronisch psychisch Kranker » (Fardeau des proches des patients souffrant de troubles psychiatriques chroniques), *Psychiatrische Praxis*, vol. 24, n° 5, pp. 215-220.

Anthony, W. et M. Jansen (1984), « Predicting the Vocational Capacity of the Chronically Mentally Ill: Research and Policy Implications », *American Psychologist*, vol. 39, pp. 537-544.

Apfel, T. et A. Richer-Rossler (2008), « Delay of Diagnosis and Treatment in Psychiatric Patients Applying for a Disability Pension – A Challenge for All of Us », *Swiss Medical Weekly*, vol. 138, n° 23-24, pp. 348-354.

Arolt, V. (1997), « Psychische Störungen bei Krankenhauspatienten », Springer, Berlin.

Baer, N. (2002), « Berufliche Rehabilitation bei Menschen mit psychischen Störungen: Wirksamkeit, Prognosefaktoren und Klientenzufriedenheit » (Réadaptation professionnelle des personnes atteintes de troubles mentaux : Efficacité, facteurs de pronostic et satisfaction des clients), Europäische Hochschulschriften 6, Band 677, Peter Lang, Berne.

Baer, N. (2010), « Emotionale Barrieren im Arbeitsumfeld » (Obstacles émotionnels sur le lieu de travail), *Forum für Sozialpsychiatrie*, vol. 28, n° 4, pp. 21-25, Kerbe.

Baer, N. et T. Cahn (2008), « Psychische Gesundheitsprobleme » (Problèmes de santé mentale), in K. Meyer (dir. pub.), *Gesundheit in der Schweiz: Nationaler Gesundheitsbericht* (*La Santé en Suisse : Rapport national sur la santé*), Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé), Verlag Hans Huber, pp. 211-230, Berne.

Baer, N. et T. Fasel (2009), « „Sie wäre so begabt" Die Arbeitssituation von Menschen nach Psychosen » (« Elle était si douée », la situation professionnelle des patients après une psychose), *Familiendynamik*, vol. 34, n° 4, pp. 346-59.

Baer, N., U. Frick et T. Fasel (2009), « Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen: Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen und Berentungsverläufe » (Analyse des dossiers des demandeurs d'allocations d'invalidité justifiant de problèmes de santé mentale : Typologies des personnes, de leurs maladies et des évaluations), FoP-IV Forschungsbericht, Office fédéral des assurances sociales, Berne.

Baer, N., U. Frick et T. Fasel (2011), « „Schwierige" Mitarbeiter: Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche – eine Pilotstudie in Basel-Stadt und Basel-Landschaft » (Employés « difficiles » : Comment les superviseurs identifient-ils et traitent-ils les situations problématiques dues à des problèmes de santé mentale), FoP-IV Forschungsbericht, Office fédéral des assurances sociales, Berne.

Barsky, A.J., E.J. Orav et D.W. Bates (2005), « Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity », *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, pp. 903-910.

Becker, T. et R. Kilian (2006), « Psychiatric Services for People with Severe Mental Illness Across Western Europe: What Can Be Generalized from Current Knowledge About Differences in Provision, Costs and Outcomes of Mental Health Care? », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, n° 429 (supplément), pp. 9-16.

Bell, M.D., P.H. Lysaker et R.M. Milstein (1996), « Clinical Benefits of Paid Work Activity in Schizophrenia », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 22, n° 1, pp. 51-67.

Bergh, H., A. Baigi, J. Mansson *et al.* (2007), « Predictive Factors for Long-term Sick Leave and Disability Pension Among Frequent and Normal Attenders in Primary Health Care Over 5 years », *Public Health*, vol. 121, n° 1, pp. 25-33.

Bhugra, D. et J. Leff (1993), *Principles of Social Psychiatry*, Blackwell Scientific Publications, Oxford.

Bio, D.S. et W.F. Gattaz (2011), « Vocational Rehabilitation Improves Cognition and Negative Symptoms in Schizophrenia », *Schizophrenia Research*, vol. 126, n° 1-3, pp. 265-269.

Birnbaum, H.G., R.C. Kessler, D. Kelley *et al.* (2010), « Employer Burden of Mild, Moderate and Severe Major Depressive Disorder: Mental Health Services Utilization and Costs, and Work Performance », *Depression and Anxiety*, vol. 27, n° 1, pp. 78-89.

Bond, G.R., D.R. Becker, R.E. Drake *et al.* (2001a), « Implementing Supported Employment as an Evidence-based Practice », *Psychiatric Services*, vol. 52, n° 3, pp. 313-322.

Bond, G.R., S.G. Resnick, R.E. Drake *et al.* (2001b), « Does Competitive Employment Improve Nonvocational Outcomes for People with Severe Mental Illness? », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 69, n° 3, pp. 489-501.

Brieger, P., R. Bloink, S. Rottig *et al.* (2004), « Disability Payments Due to Unipolar Depressive and Bipolar Affective Disorders », *Psychiatrische Praxis*, vol. 31, n° 4, pp. 203-206.

Broadhead, W.E., D.G. Blazer, L.K. George *et al.* (1990), « Depression, Disability Days, and Days Lost from Work in a Prospective Epidemiologic Survey », *Journal of American Medical Association*, vol. 264, n° 19, pp. 2524-2528.

Bronheim, H.E., G. Fulop, E.J. Kunkel, P.R. Muskin, B.A. Schindler, W.R. Yates, R. Shaw, H. Steiner, T.A. Stern et A. Stoudemire (1998), « The Academy of Psychosomatic Medicine Practice Guidelines for Psychiatric Consultation in the General Medical Setting », *Psychosomatics*, vol. 39, n° 4, pp. S8-30, Academy of Psychosomatic Medicine.

Bush, P., R. Drake, H. Xie *et al.* (2009), « The Long-term Impact of Employment on Mental Health Service Use and Costs for Persons with Severe Mental Illness », *Psychiatric Services*, vol. 60, pp. 1024-1031.

Capdevielle, D. et K. Ritchie (2008), « The Long and the Short of It: Are Shorter Periods of Hospitalisation Beneficial? », *British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, vol. 192, n° 3, pp. 164-165.

Cook, J.A., H.S. Leff, C.R. Blyler *et al.* (2005), « Results of a Multisite Randomized trial of Supported Employment Interventions for Individuals with Severe Mental Illness », *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, n° 5, pp. 505-512.

Corrigan, P.W., K.T. Mueser, G.R. Bond *et al.* (2008), « Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation: An Empirical Approach », The Guilford Press, New York.

Crowther, R.E., M. Marshall, G.R. Bond *et al.* (2001), « Helping People with Severe Mental Illness to Obtain Work: Systematic Review », *British Medical Journal*, vol. 322, n° 7280, pp. 204-208.

de Maat, S., F. Philipszoon, R. Schoevers *et al.* (2007), « Costs and Benefits of Long-term Psychoanalytic Therapy: Changes in Health Care Use and Work Impairment », *Harvard Review of Psychiatry*, vol. 15, n° 6, pp. 289-300.

Dewa, C.S., J.S. Hoch, E. Lin, M. Paterson *et al.* (2003), « Pattern of Antidepressant Use and Duration of Depression-related Absence from Work », *British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, vol. 183, pp. 507-513.

Dezetter, A., X. Briffault, J. Alonso *et al.* (2011), « Factors Associated with Use of Psychiatrists and Nonpsychiatrist Providers by ESEMeD Respondents in Six European Countries », *Psychiatric Services*, vol. 62, n° 2, pp. 143-151.

Drake, R.E., D.R. Becker, J.C. Biesanz, W.C. Torrey, G.J. McHugo et P.F. Wyzik (1994), « Rehabilitative Day Treatment vs. Supported Employment: I. Vocational Outcomes », *Community Mental Health Journal*, vol. 30, n° 5, pp. 519-532.

Eibner, C., R. Sturn et C.R. Gresenz (2004), « Does Relative Deprivation Predict the Need for Mental Health Services? », *Journal of Mental Health Policy and Economics*, vol. 4, pp. 167-175.

Eikelmann, B., T. Reker et D. Richter (2005), « Zur sozialen Exklusion psychisch Kranker – Kritische Bilanz und Ausblick der Gemeindepsychiatrie zu Beginn des 21. Jahrhunderts » (Exclusion sociale des personnes atteintes de troubles mentaux. Bilan et perspectives de la psychiatrie de proximité au début du XXIe siècle), *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, vol. 73, n° 11, pp. 664-673.

Engel, G. (1980), « The Clinical Application of the Biopsychosocial Model », *American Journal of Psychiatry*, vol. 137, pp. 535-544.

Evans, J. et J. Repper (2000), « Employment, Social Inclusion and Mental Health », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 7, n° 1, pp. 15-24.

Fasel, T., N. Baer et U. Frick (2010), « Dynamik der Inanspruchnahme bei psychischen Problemen » (Dynamique du recours aux soins chez les personnes atteintes de problèmes psychiques), OBSAN Dossier n° 13, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.

Frank, R. et C. Koss (2005), « Mental Health and Labour Markets Productivity Loss and Restoration », Disease Control Priorities Project, Organisation mondiale de la santé, Genève.

Frick, U. et H. Frick (2010), « „Drehtüre" in der stationären Psychiatrie in der Schweiz? Mythos oder empirische Realität? » (L'effet « porte tournante » dans la psychiatrie *intra-muros* en Suisse : Mythe ou réalité empirique ?), Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.

Fryers, T., D. Melzer, R. Jenkins *et al.* (2005), « The Distribution of the Common Mental Disorders: Social Inequalities in Europe », *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP and EMH*, vol. 1, n° 14.

Glied, S. et R. Frank (2009), « Better But Not Best: Recent Trends in the Well-being of the Mentally Ill », *Health Affairs*, vol. 28, pp. 637-648.

Grove, B., J. Secker et P. Seebohm (dir. pub.) (2005), *New Thinking About Mental Health and Employment*, Radcliffe Press, Oxford.

Guy, W. (dir. pub.) (1976), *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*, *Clinical Global Impressions*, National Institute of Mental Health, Rockville, Madisson.

Harris, M.F., U.W. Jayasinghe, J.R. Taggart, B. Christl, J.G. Proudfoot, P.A. Crookes, J.J. Beilby et G.P. Davies (2011), « Multidisciplinary Team Care Arrangements in the Management of Patients with Chronic Disease in Australian General Practice », *Medical Journal of Australia*, vol. 194, n° 5, pp. 236-239.

Härter, M., H. Baumeister, K. Reuter *et al.* (2007), « Increased 12-month Prevalence Rates of Mental Disorders in Patients with Chronic Somatic Diseases », *Psychother Psychosom*, vol. 76, pp. 354-360.

Hauck, K. et N. Rice (2004), « A Longitudinal Analysis of Mental Health Mobility in Britain », *Health Economics*, vol. 13, n° 10, pp. 981-1001.

Honkonen, T.I., T.A. Aro, E.T. Isometsa, E.M. Virtanen et H.O. Katila (2007), « Quality of Treatment and Disability Compensation in Depression: Comparison of Two Nationally Representative Samples with a 10-year Interval in Finland », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 68, n° 12, pp. 1886-1893.

Hughes, S. et D. Cohen (2009), « A Systematic Review of Long-term Studies of Drug Treated and Non-drug Treated Depression », *Journal of Affective Disorders*, vol. 118, n° 1-3, pp. 9-18.

Jenkins, R. (2001), « Making Psychiatric Epidemiology Useful: The Contribution of Epidemiology to Government Policy », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 103, n° 1, pp. 2-14.

Johnstone, P. et G. Zolese (2000), « Length of Hospitalisation for People with Severe Mental Illness », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 2, CD000384.

Judd, L.L., H.S. Akiskal, P.J. Zeller *et al.* (2000), « Psychosocial Disability During the Long-term Course of Unipolar Major Depressive Disorder », *Archives of General Psychiatry,* vol. 57, n° 4, pp. 375-380.

Kessler, R.C. (2007), « The Global Burden of Anxiety and Mood Disorders: Putting the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Findings into Perspective », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 68, n° 2 (supplément), pp. 10-19.

Kessler, R.C. et P.S. Wang (2008), « The Descriptive Epidemiology of Commonly Occurring Mental Disorders in the United States », *Annual Review of Public Health*, vol. 29, pp. 115-129.

Kessler, R.C., C. Barber, H.G. Birnbaum *et al.* (1999), « Depression in the Workplace: Effects on Short-term Disability », *Health Affairs*, vol. 18, n° 5, pp. 163-171.

Kessler, R.C., G.P. Amminger, S. Aguilar-Gaxiola *et al.* (2007), « Age of Onset of Mental Disorders: A Review of Recent Literature », *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 20, n° 4, pp. 359-364.

Kessler, R.C., O. Demler, R.G. Frank *et al.* (2005b), « Age of Onset of Mental Disorders: A Review of Recent Literature », *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 20, n° 4, pp. 359-364.

Kessler, R.C., W.T. Chiu, O. Demler *et al.* (2005a), « Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication », *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, n° 6, pp. 617-627.

Knekt, P., O. Lindfors, M.A. Laaksonen *et al.* (2011), « Quasi-experimental Study on the Effectiveness of Psychoanalysis, Long-term and Short-term Psychotherapy on Psychiatric Symptoms, Work Ability and Functional Capacity During a 5-year Follow-up », *Journal of Affective Disorders*, vol. 132, n° 1-2, pp. 37-47.

Kuhl, H.C. et J. Herdt (2007), « Stationäre psychiatrische Inanspruchnahme in der Schweiz – eine epidemiologische Auswertung der Medizinischen Statistik » (Recours aux services psychiatriques hospitaliers en Suisse. Une analyse épidémiologique de la Statistique médicale), Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.

Lamb, H.R. et L.L. Bachrach (2001), « Some Perspectives on Deinstitutionalization », *Psychiatric Services*, vol. 52, n° 8, pp. 1039-1045.

Lecrubier, Y. (2007), « Widespread Underrecognition and Undertreatment of Anxiety and Mood Disorders: Results from 3 European Studies », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 68, n° 2 (supplément), pp. 36-41.

Lehtinen, V., H. Katschnig, V. Kovess-Masfety et D. Goldberg (2007), « Developments in the Treatment of Mental Disorders », in M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos et G. Thornicroft (dir. pub.), *Mental Health Policy and Practice Across Europe*, Open University Press, McGraw-Hill, Berkshire.

Lerner, D., D.A. Adler, H. Chang *et al.* (2004), « Unemployment, Job retention, and Productivity Loss Among Employees with Depression », *Psychiatric Services*, vol. 55, n° 12, pp. 1371-1378.

Lewis, C.C. et A.D. Simons (2011), « A Pilot Study Disseminating Cognitive Behavioral Therapy for Depression: Therapist Factors and Perceptions of Barriers to Implementation », *Administration and Policy in Mental Health*, vol. 38, n° 4, pp. 324-334.

Lo Sasso, A.T., K. Rost et A. Beck (2006), « Modeling the Impact of Enhanced Depression Treatment on Workplace Functioning and Costs: A Cost-benefit Approach », *Medical Care*, vol. 44, n° 4, pp. 352-358.

Macias, C., L.T. DeCarlo, Q. Wang, J. Frey et P. Barreira (2001), « Work Interest as a Predictor of Competitive Employment: Policy Implications for Psychiatric Rehabilitation », *Administration and Policy in Mental Health*, vol. 28, n° 4, pp. 279-297.

McGurk, S.R. et H.Y. Meltzer (2000), « The Role of Cognition in Vocational Functioning in Schizophrenia », *Schizophrenia Research*, vol. 45, n° 3, pp. 175-184.

Mechanic, D. (2003), « Is the Prevalence of Mental Disorders a Good Measure of the Need for Services? », *Health Affairs*, vol. 22, n° 5, pp. 8-20.

Michon, H.W., M. ten Have, H. Kroon *et al.* (2008), « Mental Disorders and Personality Traits as Determinants of Impaired Work Functioning », *Psychological Medicine*, vol. 38, n° 11, pp. 1627-1637.

Miller, B.J., C.B. Paschall et D.P. Svendsen (2006), « Mortality and Medical Comorbidity Among Patients with Serious Mental Illness », *Psychiatric Services*, vol. 57, n° 10, pp. 1482-1487.

Mintz, J., L.I. Mintz et M.J. Arruda *et al.* (1992), « Treatments of Depression and the Functional Capacity to Work », *Archives of General Psychiatry*, vol. 49, n° 10, pp. 761-768.

Möller, H. J., A. Deister, A. Schaub et M. Riedel (dir. pub.) (2008), « Schizophrene Psychosen », *Psychiatrie und Psychotherapie*, Springer, Heidelberg.

Mueser, K.T., M.P. Salyers et P.R. Mueser (2001), « A Prospective Analysis of Work in Schizophrenia », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 27, n° 2, pp. 281-296.

Mueser, K.T., D.R. Becker, W.C. Torrey *et al.* (1997), « Work and Nonvocational Domains of Functioning in Persons with Severe Mental Illness: A Longitudinal Analysis », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 185, n° 7, pp. 419-426.

Narrow, W.E., D.A. Regier, G. Norquist, D.S. Rae, C. Kennedy et B. Arons (2000), « Mental Health Service Use by Americans with Severe Mental Illness », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 35, n° 4, pp. 147-155.

Nordentoft, M., J. Ohlenschlaeger et A. Thorup *et al.* (2010) « Deinstitutionalization Revisited: A 5-year Follow-up of a Randomized Clinical Trial of Hospital-based Rehabilitation Versus Specialized Assertive Intervention (OPUS) Versus Standard Treatment for Patients with First-episode Schizophrenia Spectrum Disorders », *Psychological Medicine*, vol. 40, n° 10, pp. 1619-1626.

OMS (2003), *Organization of Services for Mental Health. Mental Health Policy and Service Guidance Package*, Organisation mondiale de la santé, Genève.

Ormel, J., A.J. Oldehinkel, W.A. Nolen *et al.* (2004), « Psychosocial Disability Before, During, and After a Major Depressive Episode: A 3-wave Population-based Study of State, Scar, and Trait effects », *Archives of General Psychiatry*, vol. 61, n° 4, pp. 387-392.

Øverland, S., N. Glozier, S. Krokstad et A. Mykletun (2007), « Undertreatment Before the Award of a Disability Pension for Mental Illness: The HUNT Study », *Psychiatric Services*, vol. 58, n° 11, pp. 1479-1482.

Pincus, H.A., B. Spaeth-Rublee et K.E. Watkins (2011), « The Case for Measuring Quality in Mental Health and Substance Abuse Care », *Health Affairs*, vol. 30, n° 4, pp. 730-736.

Priebe, S., P. Frottier, A. Gaddini *et al.* (2008), « Mental Health Care Institutions in Nine European Countries, 2002 to 2006 », *Psychiatric Services*, vol. 59, n° 5, pp. 570-573.

Prince, J.D. (2006), « Practices Preventing Rehospitalization of Individuals with Schizophrenia », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 194, n° 6, pp. 397-403.

Reker, T. et B. Eikelmann (2004), « Berufliche Eingliederung als Ziel psychiatrischer Therapie » (Vocational integration as a goal of psychiatric therapy), *Psychiatrische Praxis*, vol. 31, n° 2 (supplément), pp. S251-S255.

Rhebergen, D., A.T. Beekman, R. de Graaf *et al.* (2010), « Trajectories of Recovery of Social and Physical Functioning in Major Depression, Dysthymic Disorder and Double Depression: A 3-year Follow-up », *Journal of Affective Disorders*, vol. 124, n° 1-2, pp. 148-156.

Rose, N. (2007), « Psychopharmaceuticals in Europe », in M. Knapp, D. McDaid, E. Mossialos et G. Thornicroft (dir. pub.), *Mental Health Policy and Practice Across Europe*, Open University Press, McGraw-Hill, Berkshire.

Rosen, A.C. et K. Barfoot (2001), « Day Care and Occupation: Structured Rehabilitation and Recovery Programmes and Work », in G. Thornicroft et G. Szmukler (dir. pub.), *Textbook of Community Psychiatry*, Oxford University Press, New York.

Schoenbaum, M., J. Unutzer, D. McCaffrey *et al.* (2002), « The Effects of Primary Care Depression Treatment on Patients' Clinical Status and Employment », *Health Services Research*, vol. 37, n° 5, pp. 1145-1158.

Shrivastava, A., M. Johnston, N. Shah *et al.* (2010), « Redefining Outcome Measures in Schizophrenia: Integrating Social and Clinical Parameters », *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 23, n° 2, pp. 120-126.

Silver, E., E.P. Mulvey et J.W. Swanson (2002), « Neighborhood Structural Characteristics and Mental Disorder: Faris and Dunham Revisited », *Social Science and Medicine*, vol. 55, n° 8, pp. 1457-1470.

Smith, E., A. Henry, J. Zhang *et al.* (2009), « Antidepressant Adequacy and Work Status Among Medicaid Enrollees with Disabilities: A Restriction-based, Propensity Score-adjusted Analysis », *Community Mental Health Journal*, vol. 45, pp. 333-340.

Spaeth-Rublee, B., H.A. Pincus et P.T. Huynh (2010), « Measuring Quality of Mental Health Care: A Review of Initiatives and Programs in Selected Countries » (Mesurer la qualité des soins en santé mentale : Une revue de programmes et d'initiatives dans différents pays), *Canadian Journal of Psychiatry* (*Revue canadienne de psychiatrie*), vol. 55, n° 9, pp. 539-548.

Spijker, J., R. Graaf, R.V. Bijl *et al.* (2004), « Functional Disability and Depression in the General Population », Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS), *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 110, n° 3, pp. 208-214.

Thornicroft, G. (1991), « Social Deprivation and Rates of Treated Mental Disorder. Developing Statistical Models to Predict Psychiatric Service Utilisation », *British Journal of Psychiatry*, vol. 158, pp. 475-484.

Thornicroft, G. et P. Bebbington (1989), « Deinstitutionalisation – From Hospital Closure to Service Development », *British Journal of Psychiatry*, vol. 155, pp. 739-753.

Thornicroft, G. et M. Tansella (2004), « Components of a Modern Mental Health Service: A Pragmatic Balance of Community and Hospital Care: Overview of Systematic Evidence », *British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, vol. 185, pp. 283-290.

Tiihonen, J., J. Lonnqvist, K. Wahlbeck, T. Klaukka, L. Niskanen, A. Tanskanen et J. Haukka (2009), « 11-Year Follow-up of Mortality in Patients with Schizophrenia: A Population-based Cohort Study », FIN11 Study, *The Lancet*, vol. 374, n° 9690, pp. 620-627.

Tsang, H.W., A.Y. Leung, R.C. Chung, M. Bell et W.M. Cheung (2010), « Review on Vocational Predictors: A Systematic Review of Predictors of Vocational Outcomes Among Individuals with Schizophrenia: An Update since 1998 », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 44, n° 6, pp. 495-504.

van der Feltz-Cornelis, C.M., R. Hoedeman, F.J. de Jong *et al.* (2010a), « Faster Return to Work After Psychiatric Consultation for Sicklisted Employees with Common Mental Disorders Compared to Care as Usual. A Randomized Clinical Trial », *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, vol. 6, pp. 375-385.

van der Feltz-Cornelis, C.M., T.W. Van Os, H.W. Van Marwijk *et al.* (2010b), « Effect of Psychiatric Consultation Models in Primary Care. A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials », *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 68, n° 6, pp. 521-533.

van Doorslaer, E. et A. Jones (2004), « Income-related Inequality in Health and Health Care in the European Union », *Health Economics*, vol. 13, n° 7, pp. 605-608.

Wancata, J., J. Windhaber, M. Bach et U. Meise (2000), « Recognition of Psychiatric Disorders in Nonpsychiatric Hospital Wards », *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 48, n° 2, pp. 149-155.

Wang, P.S., G.E. Simon et R.C. Kessler (2008), « Making the Business Case for Enhanced Depression Care: The National Institute of Mental Health-Harvard Work Outcomes Research and Cost-effectiveness Study », *Journal of Occupational and Environmental Medicine/American College of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 50, n° 4, pp. 468-475.

Wang, P.S., P.A. Berglund, M. Olfson *et al.* (2004), « Delays in Initial Treatment Contact After First Onset of a Mental Disorder », *Health Services Research*, vol. 39, n° 2, pp. 393-415.

Wang, P.S., O. Demler, M. Olfson *et al.* (2006), « Changing Profiles of Service Sectors Used for Mental Health Care in the United States », *American Journal of Psychiatry*, vol. 163, n° 7, pp. 1187-1198.

Watzke, S. et A. Galvao (2008), « The Feasibility of Vocational Rehabilitation in Subjects with Severe Mental Illness », *Salud Pública de México*, vol. 50, n° 2 (supplément), pp. 260-272.

Weich, S., L. Twigg, G. Holt, G. Lewis et K. Jones (2003), « Contextual Risk Factors for the Common Mental Disorders in Britain: A Multilevel Investigation of the Effects of Place », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 57, pp. 616-621.

Weis, J. (1990), « Die berufliche Wiedereingliederung psychisch Kranker – ein Literaturüberblick zur Erforschung und Evaluation der beruflichen Rehabilitation », *Psychiatrische Praxis*, vol. 17, pp. 59-65.

Wewiorski, N. et E. Fabian (2004), « Association between Demographic and Diagnostic Factors and Employment Outcomes for People with Psychiatric Disabilities: A Synthesis of Recent Research », *Mental Health Services Research*, vol. 6, n° 1, pp. 9-21.

Wittchen, H.U. et F. Jacobi (2005), « Size and Burden of Mental Disorders in Europe – A Critical Review and Appraisal of 27 Studies », *European neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, vol. 15, n° 4, pp. 357-376.

Wonca (2008), « Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective », World Health Organization and World Organization of Family Doctors, WHO Press, Genève.

Zubin, J. et B. Spring (1977), « Vulnerability – A New View of Schizophrenia », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 86, pp. 103-126.

Chapitre 4

Régimes de prestations et services du marché du travail

Ce chapitre examine le rôle et les évolutions récentes des différentes composantes des régimes de prestations, ainsi que le niveau d'utilisation et l'efficacité des services du marché du travail. Il constate que les prestations autres que d'invalidité – allocations de chômage et aide sociale, principalement – jouent un rôle important, en particulier auprès des personnes qui souffrent de troubles mentaux courants. Le fonctionnement de ces régimes, et en particulier leur capacité à déterminer les problèmes de santé mentale du client et l'aide dont il a besoin, sont donc déterminants pour les résultats d'ensemble. S'agissant du régime de pension d'invalidité, les résultats indiquent que la part croissante des demandes de pension motivées par des troubles mentaux résulte dans une large mesure du fait que : i) *les troubles mentaux sont considérés comme un frein à l'emploi ; et que* ii) *parmi les personnes souffrant d'affections comorbides, la composante psychique des problèmes de santé est de plus en plus fréquemment considérée comme la cause première d'incapacité. Quant à l'efficacité des services de l'emploi, il est fait observer en conclusion que les systèmes ne parviennent pas à assurer la prestation des services aux personnes atteintes de troubles mentaux en temps opportun.*

4.1. Introduction : faire face à la hausse des demandes de pensions d'invalidité

Depuis deux décennies, la plupart des pays de l'OCDE connaissent une forte augmentation du nombre et de la part des demandes de pensions d'invalidité motivées par des problèmes de santé mentale (OCDE, 2010). Cette tendance pourrait avoir des implications majeures pour le fonctionnement des régimes d'invalidité – lesquels ont été créés il y a de nombreuses décennies, à une époque où la plupart des demandeurs d'indemnités souffraient d'affections physiques et où certains régimes n'indemnisaient même pas les personnes en butte à des problèmes mentaux. Malgré l'ampleur et le caractère universel de cette hausse tendancielle, on connaît mal les facteurs qui en sont à l'origine.

Ce phénomène s'inscrit dans une évolution sociale plus générale observée dans de nombreux pays de l'OCDE, qui voit le nombre de bénéficiaires de pensions d'invalidité augmenter en même temps que diminue le nombre de dossiers pour d'autres prestations accessibles aux personnes d'âge actif. Dans ce contexte, les pensions d'invalidité sont *de facto* devenues la principale garantie de revenu de dernier recours pour les personnes d'âge actif[1]. D'un autre côté, des études antérieures (OCDE, 2003 et OCDE, 2010) ont montré que de nombreuses personnes qui se déclarent invalides, y compris en raison d'un problème de santé mentale, reçoivent des prestations *autres* que d'invalidité. Par conséquent, le fonctionnement des autres régimes de prestations est tout aussi important pour l'amélioration de la participation à l'emploi des personnes souffrant de troubles mentaux.

Ce chapitre commence par présenter des données comparatives récentes sur les tendances du nombre de demandeurs et de bénéficiaires de pensions d'invalidité justifiant de problèmes de santé mentale, pour tenter d'identifier certains des éléments moteurs de ces tendances. Vient ensuite une synthèse des données disponibles sur les déterminants de l'accès aux pensions d'invalidité et l'impact des troubles mentaux sur les demandes et l'octroi futurs de pensions d'invalidité. La section suivante examine le rôle des autres prestations dont peuvent bénéficier les personnes souffrant de troubles mentaux, pour autant qu'elles soient d'âge actif, et les conséquences qui en découlent pour l'élaboration des politiques. Une autre section présente des données relatives aux mesures mises en place sur le marché du travail pour éviter à cette catégorie de personnes d'entrer en invalidité. Le chapitre conclut qu'il est nécessaire d'adopter une stratégie large englobant tous les régimes de prestations pour pouvoir améliorer l'intégration sur le marché du travail des individus atteints de troubles mentaux.

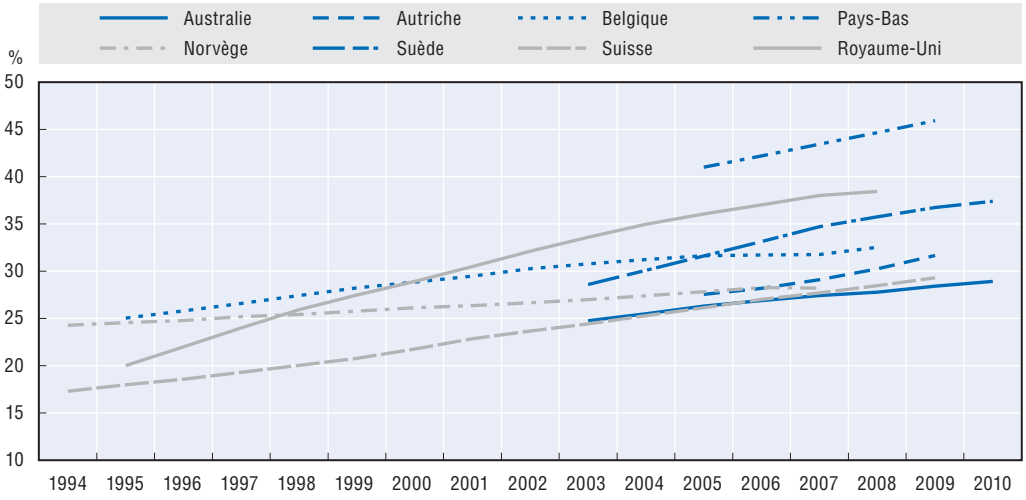
4.2. Pensions d'invalidité : comprendre les tendances, bousculer les idées reçues

La part des diagnostics relatifs aux troubles mentaux est en train d'exploser

Au cours des dernières décennies, la *part* de l'ensemble des bénéficiaires de pensions d'invalidité qui perçoivent une allocation au titre d'un problème de santé mentale a augmenté dans de nombreux pays de l'OCDE : de 15 à 25 % environ au milieu des années 90, elle est passée à environ 30 à 50 % en 2009/10 (graphique 4.1). La progression a

Graphique 4.1. **Hausse tendancielle rapide de la part des bénéficiaires de pension d'invalidité atteints d'un trouble mental**

Part de l'ensemble des bénéficiaires de pension d'invalidité chez qui un problème de santé mentale[a] a été diagnostiqué



a) Les données tiennent compte des cas de retard mental/de déficience intellectuelle, des troubles mentaux d'origine organique et des troubles mentaux non spécifiés pour ce qui concerne la Belgique, les Pays-Bas et la Suède ; des troubles organiques et des troubles non spécifiés pour la Norvège ; et des cas de retard mental pour la Suisse.

Source : Questionnaire de l'OCDE sur la santé mentale.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568454

été très rapide dans la plupart des pays, avec, par exemple, une hausse de 20 points de pourcentage en 15 ans au Royaume-Uni. La Norvège, qui affichait l'une des proportions les plus élevées au milieu des années 90, est le seul pays où l'augmentation a été modeste.

Les données montrent par ailleurs que l'incidence des pensions d'invalidité liées à des troubles mentaux (c'est-à-dire la proportion de bénéficiaires de pensions d'invalidité souffrant de troubles mentaux dans la population d'âge actif totale) a augmenté dans tous les pays, quoique dans une faible mesure (graphique 4.2). Le fait est que cette augmentation s'observe dans tous les groupes d'âge, même si le taux de bénéficiaires total – c'est-à-dire de bénéficiaires souffrant de tout type de problème de santé – a diminué dans certains pays au cours des dernières années.

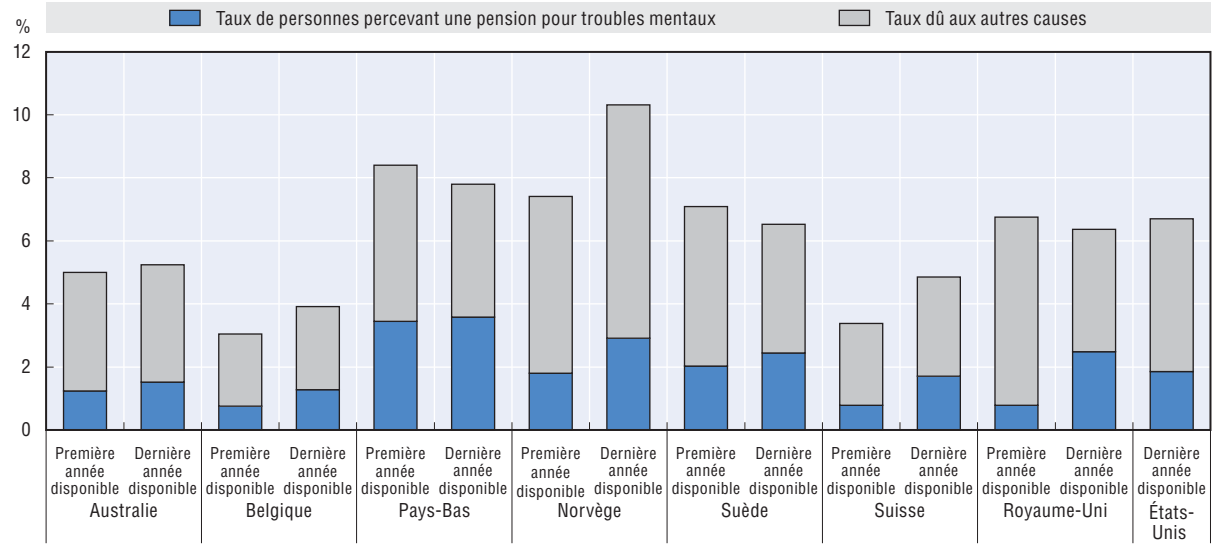
Les tendances concernant les nouvelles demandes composent un tableau multiforme

Le graphique 4.3 décrit les tendances concernant les nouvelles demandes de pensions d'invalidité. À l'instar de l'évolution observée pour les bénéficiaires de pensions, la part des nouvelles demandes associées à des troubles mentaux sur l'ensemble des nouvelles demandes progresse (partie A). Cependant, dans la plupart des cas, cette hausse est moins marquée que celle du pourcentage de bénéficiaires justifiant d'un problème de santé mentale. L'augmentation plus marquée de la proportion de bénéficiaires pourrait s'expliquer en partie par le fait que les nouveaux demandeurs atteints de troubles mentaux sont plus jeunes que les autres catégories de nouveaux demandeurs et donc qu'ils perçoivent des pensions d'invalidité sur une période plus longue.

Le nombre absolu de nouvelles demandes de pensions d'invalidité associées à des problèmes de santé mentale a néanmoins diminué dans la moitié des pays, parfois de manière substantielle, par exemple aux Pays-Bas, en Suède, en Suisse et au Royaume-Uni

Graphique 4.2. **La probabilité de percevoir une pension d'invalidité au titre d'un trouble mental a également augmenté**

Nombre de bénéficiaires de pensions d'invalidité en proportion de l'ensemble de la population d'âge actif, pensions motivées par des troubles mentaux et par d'autres problèmes de santé[a]



a) Les données relatives à la Belgique n'incluent pas l'allocation de remplacement de revenus non contributive (qui représente environ un tiers de l'ensemble des dossiers de pensions d'invalidité).

Source : Questionnaire de l'OCDE sur la santé mentale.

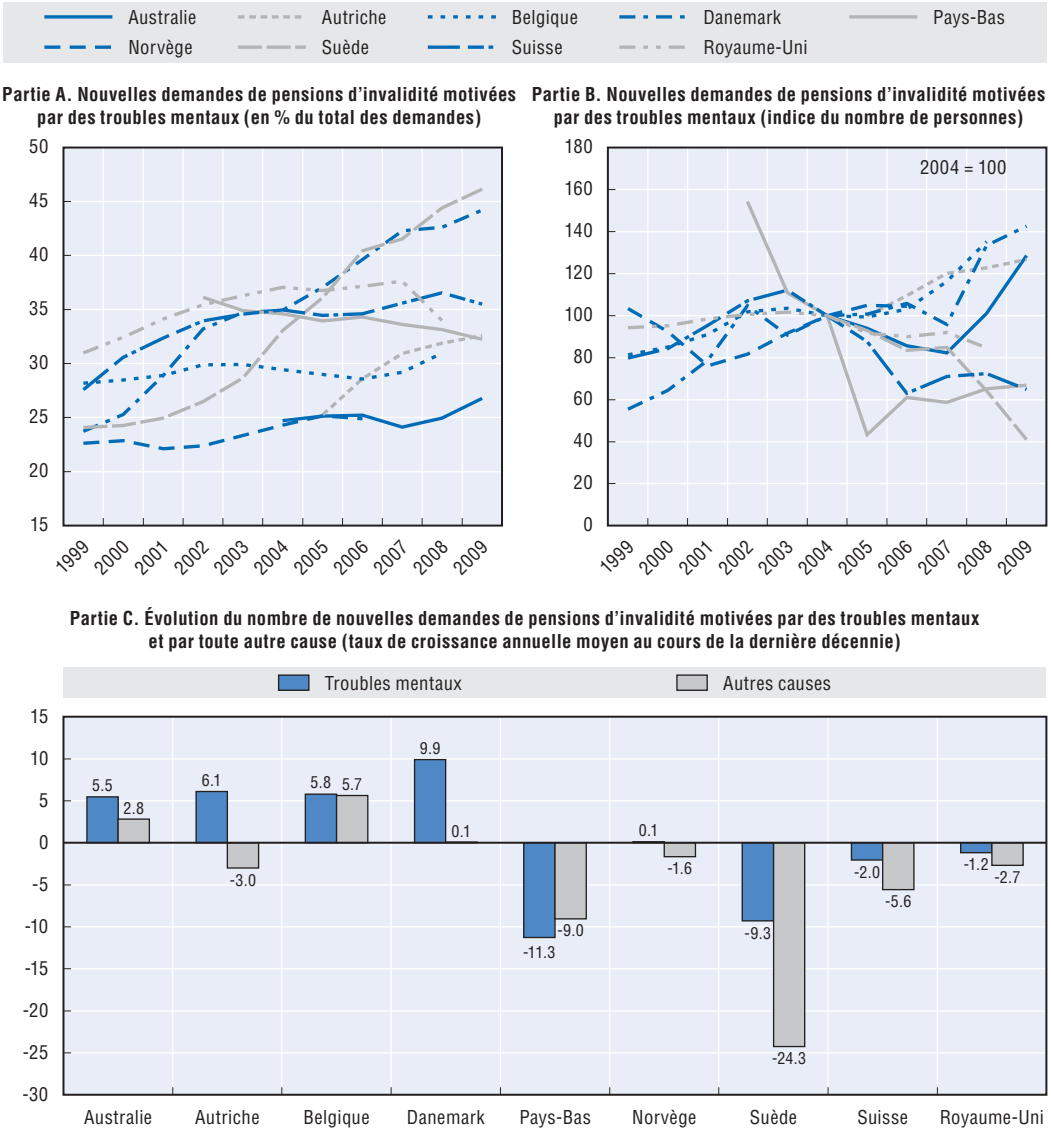
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568473

(graphique 4.3, partie B). Cependant, dans la majorité des pays, le nombre de nouvelles demandes motivées par des troubles mentaux a augmenté plus vite que le nombre de nouvelles demandes motivées par d'autres causes (Australie, Autriche, Danemark), ou diminué plus lentement (Suède, Suisse, Royaume-Uni) (graphique 4.3, partie C). Cette évolution appelle deux constats : premièrement, les problèmes de santé mentale ont gagné du terrain sur les autres problèmes de santé en tant que cause majeure de *nouvelles* demandes de pension. Deuxièmement, les pays qui ont vu le nombre total des nouvelles demandes de pension diminuer suite à la mise en œuvre de réformes structurelles de fond (*cf.* OCDE, 2010) ont également enregistré une baisse sensible du nombre de nouvelles demandes liées à des troubles mentaux.

La progression des troubles d'ordre mental, et le recul corrélatif des problèmes de santé physique, en tant que cause majeure des nouvelles demandes de pensions d'invalidité peuvent s'expliquer par différents facteurs. Tout d'abord, il est possible que les causes *retenues* de l'invalidité (mesurée en termes de réduction de la capacité de travail) aient évolué sans qu'il y ait de changement des causes *réelles*, en raison d'une meilleure reconnaissance et d'une moindre stigmatisation de la maladie mentale. Compte tenu du taux élevé de comorbidité entre troubles mentaux et troubles somatiques (chapitre 3), il est possible que les médecins évaluateurs et les administrateurs des régimes de prestations soient de plus en plus fréquemment amenés à établir que la maladie mentale est la cause principale de l'incapacité de travail du demandeur. Les données disponibles ne permettent pas de tirer cette question parfaitement au clair, mais quelques pays recueillent des statistiques sur les problèmes de santé primaires et secondaires des demandeurs de pensions d'invalidité. Les résultats varient selon les pays mais donnent à penser que la coexistence de plusieurs problèmes est fréquente. De 20 à 45 % des demandeurs chez qui un trouble *mental* (primaire)

Graphique 4.3. **Les nouvelles demandes de pensions d'invalidité motivées par des troubles mentaux n'augmentent pas dans tous les cas**

Nouvelles demandes de pensions d'invalidité motivées par des troubles mentaux[a] : part de l'ensemble des nouvelles demandes (partie A), nombre absolu (partie B, 2004 = 100)[b], et taux de croissance annuelle[c] au cours de la dernière décennie (partie C)



a) Les données tiennent compte des cas de retard mental/de déficience intellectuelle, des troubles mentaux d'origine organique et des troubles mentaux non spécifiés pour ce qui concerne la Belgique, les Pays-Bas et la Suède ; des troubles organiques et des troubles non spécifiés pour la Norvège ; et des cas de retard mental pour la Suisse.

b) Les données de l'Autriche portent sur l'année de référence 2005.

c) Les taux de croissance portent sur la période 1999-2009 ou la période la plus proche pour laquelle des données sont disponibles pour le pays considéré (comme dans les parties A et B).

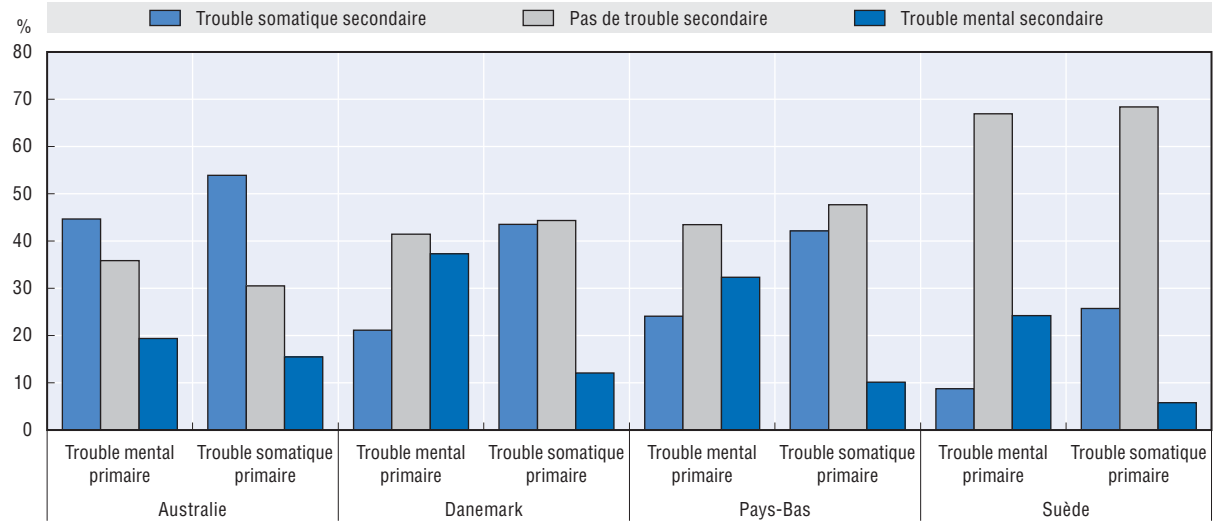
Source : Questionnaire de l'OCDE sur la santé mentale.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568492

a été diagnostiqué ont un problème de santé somatique secondaire (seulement 10 % en Suède), et de 20 à 35 % ont un problème de santé mentale secondaire (graphique 4.4). Inversement, parmi les personnes qui souffrent d'un problème primaire *somatique*, 10 à 15 % présentent un trouble secondaire d'ordre mental (la proportion est ici encore plus faible en Suède) et 25 à 50 % un trouble secondaire somatique.

Graphique 4.4. **La comorbidité entre troubles mentaux et troubles somatiques est fréquente chez les nouveaux demandeurs de pension**

Nouvelles demandes de pensions d'invalidité selon le diagnostic primaire et secondaire : proportions de demandeurs souffrant d'un trouble unique et proportions souffrant d'un trouble mental ou somatique concomitants



Note : Le trouble primaire est représenté sur l'axe des abscisses, et le trouble secondaire sous forme de colonnes. Les données relatives à l'Australie font état d'un seul trouble secondaire (principal), ce qui revient à sous-estimer l'ampleur globale de la comorbidité.

Source : Questionnaire de l'OCDE sur la santé mentale.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568511

Les analyses approfondies effectuées sur un échantillon de dossiers en Suisse confirment ces résultats mais révèlent également d'autres tendances. Premièrement, le nombre moyen de problèmes de santé diagnostiqués chez les demandeurs à qui des pensions d'invalidité ont été servies entre 1999 et 2005 était de 3.5, contre 2.5 pour les pensions accordées avant 1991 (Baer *et al.*, 2009), une évolution qui s'explique largement par l'augmentation du nombre de demandeurs déclarant souffrir de troubles somatoformes (troubles douloureux sans cause physique). Deuxièmement, les dossiers médicaux individuels d'environ un demandeur sur trois révèlent des changements sur la période précédant l'entrée en invalidité, avec une substitution des troubles mentaux aux troubles somatiques en tant que cause principale de l'incapacité de travail.

Ces résultats laissent supposer que la progression des maladies mentales comme cause majeure des nouvelles demandes de pensions d'invalidité résulte en partie de changements au niveau des causes d'invalidité retenues. Cependant, la persistance de taux de comorbidité élevés permet de penser que la part des troubles mentaux sur l'ensemble des problèmes de santé primaires motivant les demandes de pension pourrait encore augmenter, même sans changement de l'état de santé général, surtout en Australie et dans une moindre mesure en Suède[2].

Que révèlent les données spécifiques à chaque type de trouble ?

Une autre façon d'appréhender les tendances des demandes de pensions d'invalidité motivées par des troubles mentaux consiste à décomposer les demandes par *type* de trouble mental. Encore une fois, les données disponibles sont limitées mais quelques pays collectent des statistiques basées sur les codes de la CIM-10 (ou une de ses variantes). Le fait que les pays n'utilisent pas exactement les mêmes catégories restreint également quelque peu les possibilités de comparaison. Ces réserves étant faites, plusieurs constats émergent (graphique 4.5) :

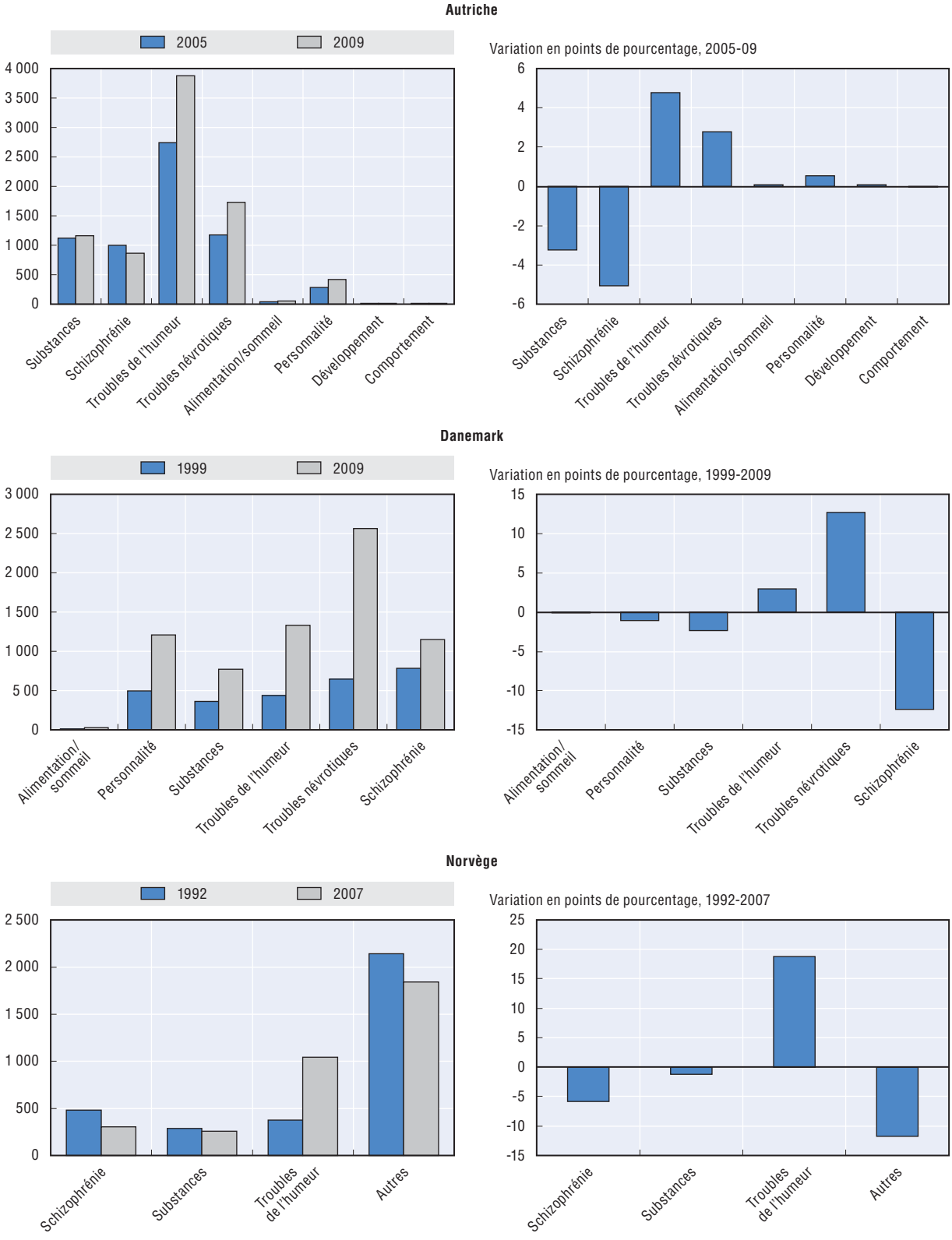
- Les troubles affectifs et névrotiques représentent, ensemble, la cause principale des demandes de pensions d'invalidité : de plus de 80 % de l'ensemble des cas en Norvège et au Royaume-Uni à 70 % en Autriche et en Suisse et 55 % au Danemark. Les troubles de l'humeur (affectifs) – qui recouvrent différents syndromes dépressifs et troubles de l'humeur – sont prépondérants en Autriche et au Royaume-Uni, tandis que les troubles névrotiques dominent au Danemark et en Norvège.
- Les troubles de l'humeur (affectifs) ont gagné du terrain dans tous les pays, à la fois en termes absolus et en termes relatifs. C'est également la catégorie qui a connu la progression la plus rapide dans tous les pays (18 points de pourcentage de hausse en Norvège par exemple).
- La part des troubles névrotiques est, elle aussi, nettement à la hausse dans certains pays, à savoir l'Autriche, le Danemark et, dans une moindre mesure, la Suisse, mais elle recule en Norvège et au Royaume-Uni[3].
- L'utilisation de substances psychoactives, qui est acceptée comme motif de demande de pensions d'invalidité dans les cinq pays pour lesquels des données sont disponibles, compte pour environ 10 % du total des demandes associées à des troubles mentaux, et la tendance est à la baisse dans tous les pays, en particulier en Suisse.
- La schizophrénie représente également environ 10 % de ces demandes en moyenne. La tendance est à la baisse dans tous les pays (uniquement par rapport aux autres troubles mentaux au Danemark).
- Les autres types de trouble mental, y compris les troubles de la personnalité (sauf, ici encore, au Danemark), ne représentent que quelques points de pourcentage sur l'ensemble des demandes.

Ces différences sont probablement associées à la prévalence élevée de la comorbidité, dont il a été fait état plus haut. Il y a tout lieu de penser que la détermination du problème de santé primaire, ou du trouble mental primaire en cas de coexistence de plusieurs problèmes de santé mentale, varie selon les médecins, à la fois dans un même pays et entre les pays, et que les facteurs culturels ne sont pas étrangers à ces différences.

Baer *et al.* (2009) ont examiné plus en détail les diagnostics de santé mentale posés sur des demandeurs de pensions d'invalidité suisses, en établissant une distinction entre les diagnostics identifiés dans les documents et ceux qui, suivant une réinterprétation systématique des dossiers par les médecins, semblaient avoir joué un rôle décisif dans la détermination de l'incapacité de travail et la décision d'octroi d'une pension d'invalidité. Ils ont constaté que les troubles de la personnalité étaient le diagnostic de santé mentale générateur d'incapacité de travail de loin le plus important, alors que les problèmes de santé primaires les plus fréquemment mentionnés dans les dossiers étaient les troubles de l'humeur (troubles dépressifs récurrents et dépression épisodique).

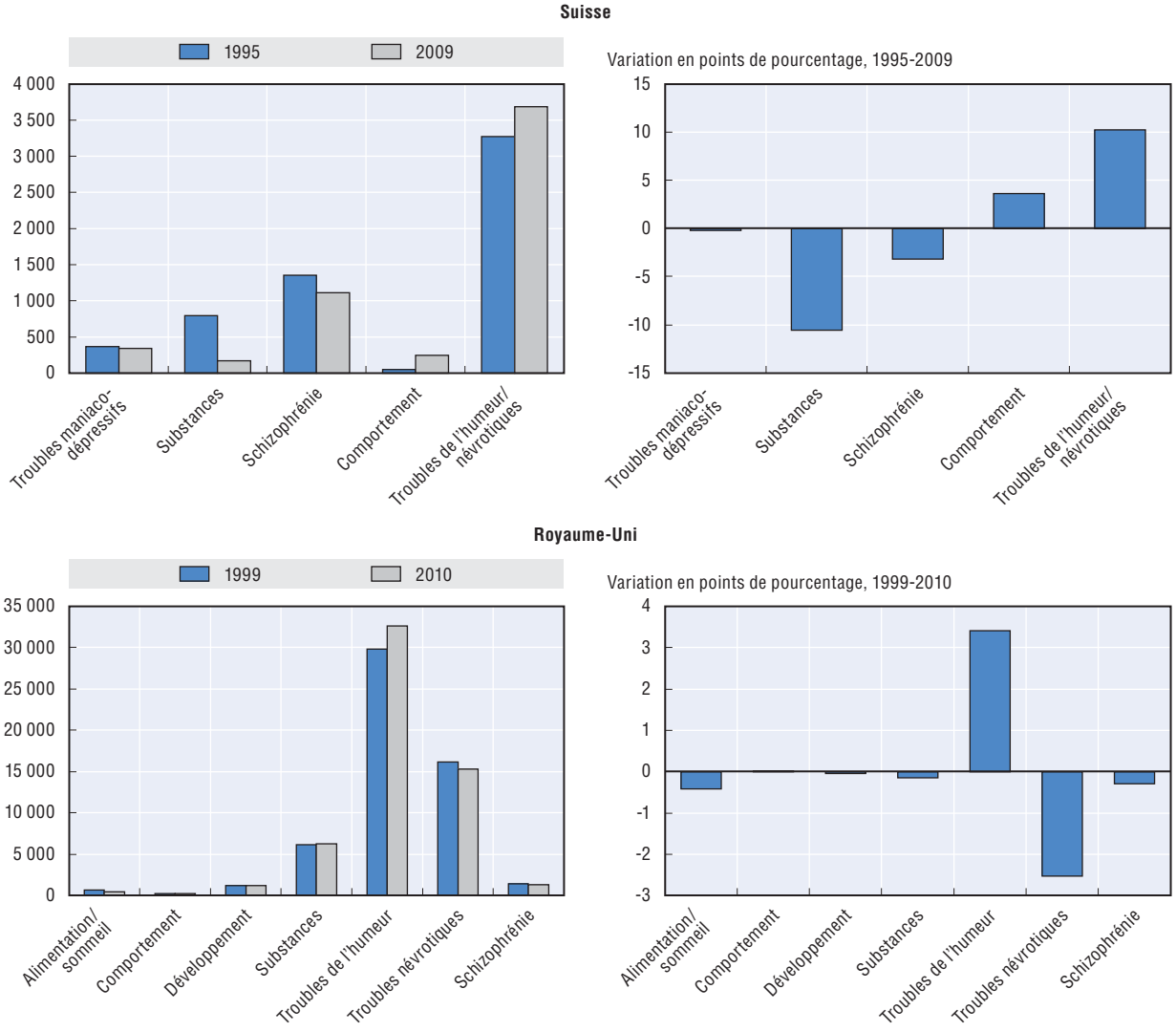
Graphique 4.5. **Les troubles de l'humeur et les troubles névrotiques sont surreprésentés dans les problèmes de santé mentale diagnostiqués**

Nouvelles demandes de pensions d'invalidité motivées par des problèmes de santé mentale, par type de trouble mental[a, b] : effectifs et tendances



Graphique 4.5. **Les troubles de l'humeur et les troubles névrotiques sont surreprésentés dans les problèmes de santé mentale diagnostiqués** *(suite)*

Nouvelles demandes de pensions d'invalidité motivées par des problèmes de santé mentale, par type de trouble mental[a, b] : effectifs et tendances



a) En Norvège, la catégorie « Autres » recouvre les troubles névrotiques, les troubles de l'alimentation/du sommeil, les troubles de la personnalité, les troubles du développement, les troubles émotionnels/du comportement et les troubles non spécifiés.

b) En Suisse, la catégorie « Troubles de l'humeur/névrotiques » concerne l'ensemble des troubles de l'humeur, des troubles névrotiques et des troubles de la personnalité.

Source : Questionnaire de l'OCDE sur la santé mentale.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568530

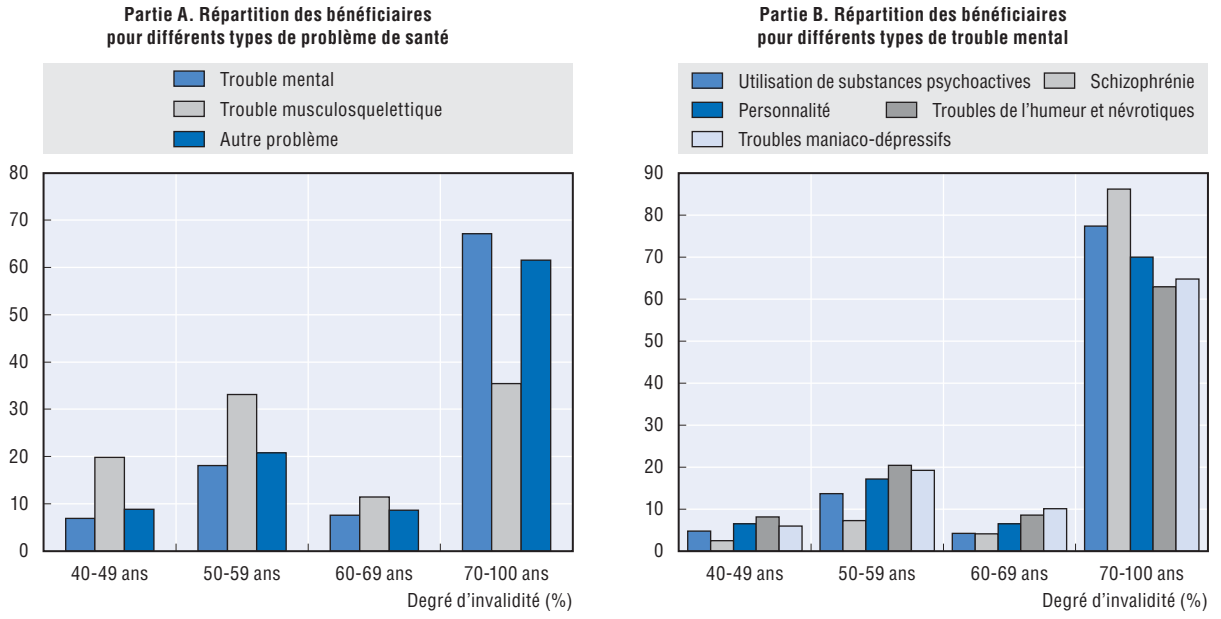
Pension intégrale ou partielle, temporaire ou permanente

L'une des questions sur lesquelles on ne dispose que d'informations limitées est celle du recours aux pensions partielles pour les personnes atteintes de problèmes de santé mentale. Plusieurs pays de l'OCDE allouent des pensions partielles aux individus dont la capacité de travail est partiellement réduite, et récemment, de nombreux pays ont révisé leur approche vis-à-vis de ces personnes, rehaussant leur niveau d'exigence à leur égard en leur imposant de chercher un emploi adapté à leur capacité de travail résiduelle (OCDE, 2007 et OCDE, 2010). Les données suisses indiquent que les demandeurs atteints de

troubles mentaux sont beaucoup plus susceptibles de se voir allouer une pension intégrale que les demandeurs souffrant de troubles musculosquelettiques (TMS) : près de 70 % d'entre eux perçoivent une pension intégrale, accordée dès lors que la capacité de revenus est réduite d'au moins 70 %, contre seulement 35 % des demandeurs souffrant de lombalgie ou d'autres troubles associés (graphique 4.6, partie A). Parmi les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, celles qui présentent des troubles névrotiques ou de l'humeur (anxiété, dépression) sont les moins susceptibles de percevoir une pension intégrale, même si, à 60 %, la proportion de bénéficiaires dans cette catégorie reste relativement élevée (partie B).

Graphique 4.6. **En Suisse, les bénéficiaires atteints d'un trouble mental perçoivent généralement une pension d'invalidité intégrale**

Proportion de bénéficiaires de pensions d'invalidité en Suisse, par degré d'invalidité et type de problème de santé, 2009



Source : Questionnaire de l'OCDE sur la santé mentale.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568549

La maladie mentale présente de nombreuses caractéristiques qui font que l'octroi d'une pension intégrale et permanente n'est peut-être pas la meilleure solution pour les personnes qui en sont atteintes. Les données suisses semblent indiquer que la capacité de travail résiduelle des personnes souffrant de troubles mentaux n'est pas toujours exploitée à sa pleine mesure. Il est difficile de confirmer la validité de ces résultats, car l'on manque de données sur les autres pays – notamment des pays tels que les Pays-Bas et le Royaume-Uni, qui s'efforcent depuis peu d'identifier plus clairement, dans les processus d'évaluation, les personnes totalement invalides et jugées inaptes au travail, qui se voient accorder une pension plus élevée et à caractère permanent.

L'une des tendances importantes observées dans de nombreux pays de l'OCDE depuis deux décennies est l'abandon de la pratique qui consistait à accorder (trop) rapidement au demandeur une pension permanente. Actuellement, dans quantité de pays, la pension d'invalidité est d'abord accordée pour une période temporaire, généralement de l'ordre de trois ans, à la suite de quoi le bénéficiaire est soumis à une nouvelle évaluation déterminant

le maintien éventuel de ses droits à pension (OCDE, 2010). Ce changement d'approche, qui a sans doute partie liée à la hausse tendancielle du nombre de demandes de pension motivées par des troubles mentaux, est particulièrement prometteuse au regard des possibilités de traitement qui existent pour la plupart des troubles mentaux. Malheureusement, on dispose de peu de données combinant statistiques sur la répartition des pensions temporaires et permanentes d'une part, et informations sur les problèmes de santé des bénéficiaires, d'autre part.

Les données relatives à l'Autriche, l'un des pays qui est allé très loin dans le recours aux pensions temporaires, indiquent que les demandeurs souffrant d'un problème de santé mentale ont une probabilité particulièrement élevée de se voir allouer une pension temporaire dans un premier temps : 70 % d'entre eux sont dans ce cas, la proportion ne variant guère selon le type de trouble mental, contre seulement 25 à 40 % des demandeurs souffrant d'un autre problème de santé (graphique 4.7, partie A). Ce contraste s'explique en partie par les différences de la structure d'âge des nouveaux demandeurs : les personnes souffrant de problèmes autres que de santé mentale sont beaucoup plus nombreuses dans la tranche des 55-64 ans, raison pour laquelle la plupart d'entre elles bénéficient d'une pension permanente. Les jeunes demandeurs, pour qui le problème de santé diagnostiqué est le plus souvent de nature psychique (*cf.* chapitre 5), se voient presque toujours accorder une pension d'invalidité temporaire dans un premier temps.

Les données sur le nombre total de bénéficiaires (par opposition au nombre de nouvelles demandes) en Norvège indiquent également que les individus atteints de troubles mentaux sont plus susceptibles de percevoir une pension temporaire que ceux souffrant d'un autre problème – 14 % contre 8 % (graphique 4.7, partie B)[4]. Les personnes souffrant de troubles de l'humeur sont les plus susceptibles de recevoir une pension temporaire (20 %), mais l'on notera que les schizophrènes affichent une probabilité aussi élevée de percevoir ce type de pension que les personnes atteintes des troubles somatiques les plus fréquents.

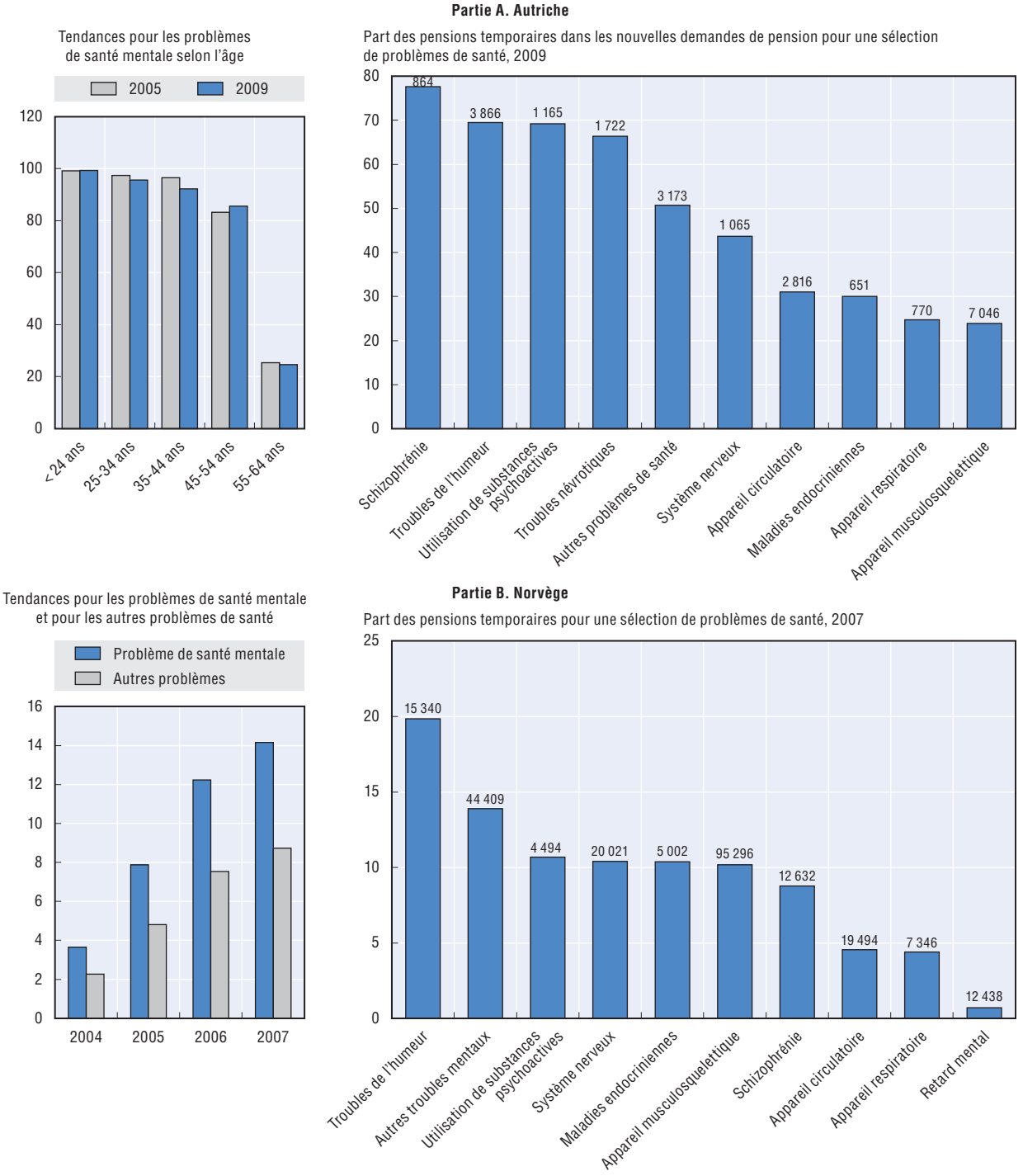
Cette réorientation des modalités d'indemnisation au titre des pensions temporaires devrait conduire à une diminution du nombre de demandes global, mais dans la pratique, au niveau de la zone OCDE, les pensions temporaires deviennent souvent permanentes au bout du compte (OCDE, 2010). De manière générale, les données sur cette question sont extrêmement lacunaires et l'on ne sait rien sur la fréquence de réévaluation des droits à pension pour les personnes atteintes de troubles mentaux par rapport à celles souffrant d'un autre problème de santé, ni – ce qui est plus important – sur les résultats de ces réévaluations, la probabilité qu'une pension soit réduite ou supprimée et la probabilité qu'une personne renoue avec l'emploi suite à la perte ou la réduction de ses droits à pension.

Refus, réévaluations et sorties d'invalidité

Autre indicateur utile pour mieux comprendre les tendances récentes et les défis qu'elles soulèvent, la probabilité qu'une personne qui demande à bénéficier d'une pension d'invalidité obtienne gain de cause. Les données relatives au Danemark et aux Pays-Bas – deux pays ayant des taux de refus très différents – indiquent que les personnes souffrant de troubles mentaux se soient beaucoup plus rarement refuser une demande de pension que celles souffrant de TMS, dans toutes les tranches d'âge (graphique 4.8, partie A). L'écart avec les autres problèmes de santé est faible. En Australie également, les taux de refus sont plus bas pour les cas de trouble psychique que pour la plupart des autres problèmes de santé (partie B).

Graphique 4.7. **Les personnes atteintes d'un trouble mental sont plus susceptibles de se voir accorder une pension d'invalidité temporaire**

Part des demandes/bénéficiaires de pensions temporaires sur l'ensemble des nouvelles demandes de pensions d'invalidité (Autriche) et sur l'ensemble de pensions d'invalidité servies (Norvège), par type de problème de santé

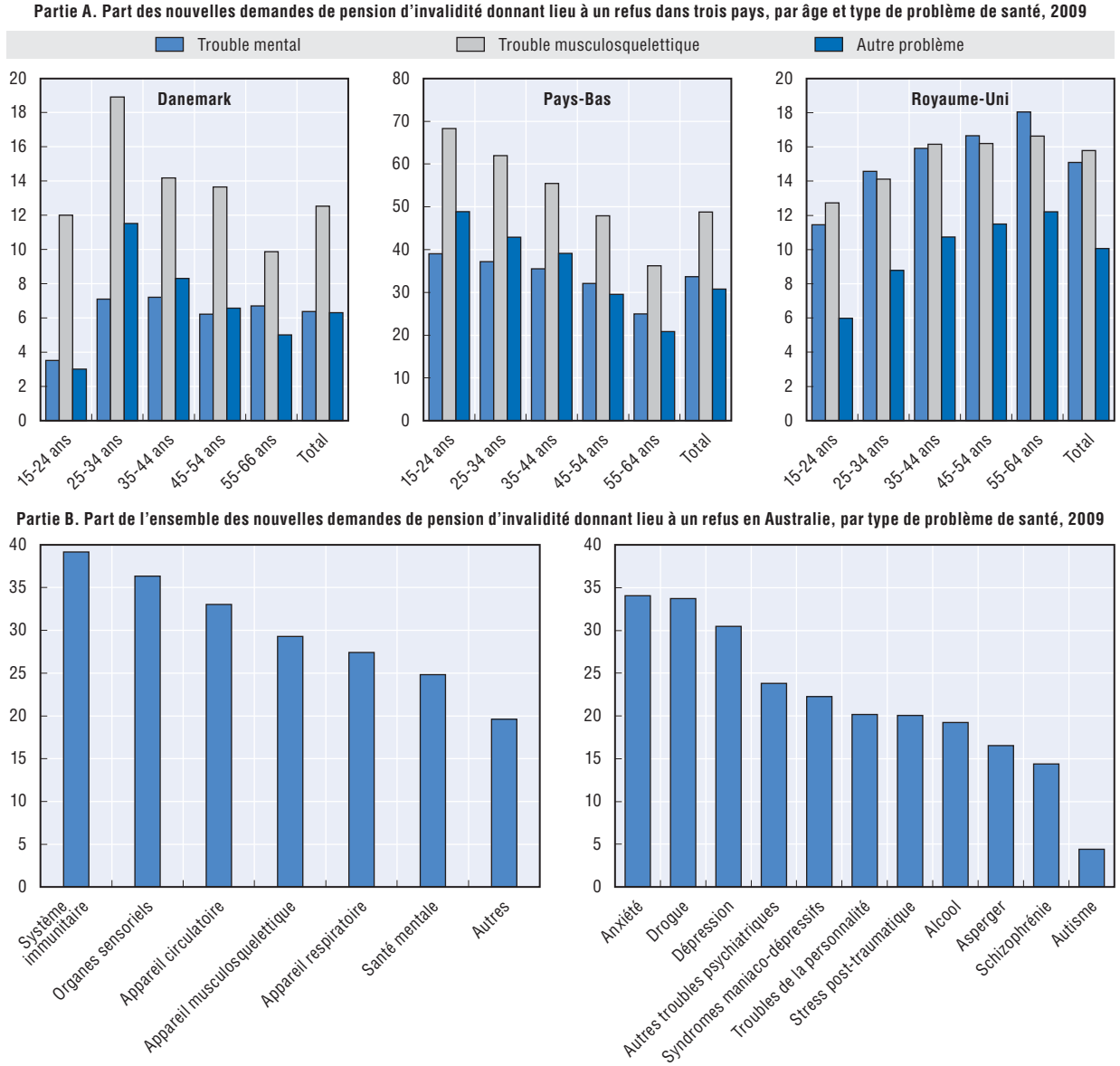


Note : En Norvège, la catégorie « Autres troubles mentaux » recouvre les troubles névrotiques, les troubles de la personnalité et les syndromes et troubles émotionnels et du comportement.

Source : Questionnaire de l'OCDE sur la santé mentale.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568568

Graphique 4.8. **Les personnes atteintes d'un trouble mental sont moins susceptibles de se voir refuser une pension d'invalidité**



Note : Les données du Royaume-Uni se réfèrent à novembre 2009.

Source : Questionnaire de l'OCDE sur la santé mentale.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568587

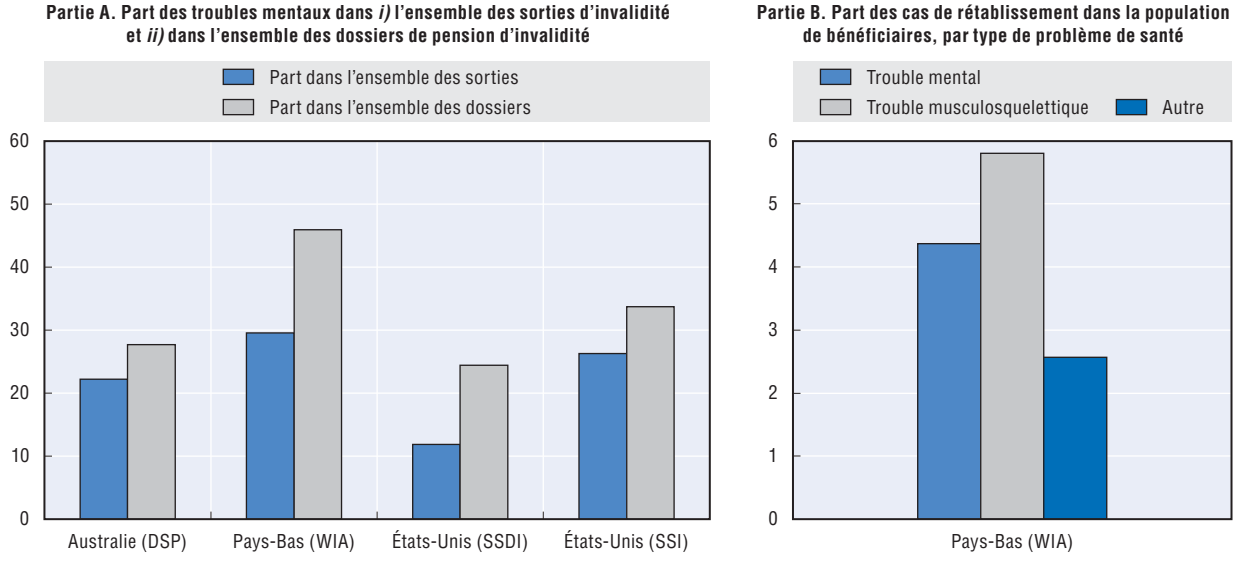
Les données du Royaume-Uni ne corroborent pas cette conclusion : dans ce pays, la probabilité d'essuyer un refus est à peu près identique pour les demandeurs atteints de TMS et ceux ayant un problème de santé mentale, le taux de refus le plus faible étant relevé dans la catégorie des autres problèmes de santé, et le plus élevé parmi les demandeurs les plus âgés (résultat qui va l'encontre de celui des autres pays). En Australie également, les demandeurs atteints de troubles mentaux *courants*, comme l'anxiété ou la dépression, ont la même probabilité d'être éconduits que les personnes souffrant de TMS par exemple ; les demandeurs souffrant de troubles mentaux plus graves, mais aussi ceux qui ont un problème de dépendance à l'alcool, ont davantage de chances de voir leur démarche

aboutir. Le refus d'allocation de pension et le suivi des demandes refusées représentent un enjeu majeur, car les renouvellements de demande consécutifs à un refus sont fréquents. Les données relatives au Royaume-Uni montrent par exemple qu'un tiers de l'ensemble des demandeurs de pensions d'invalidité n'en sont pas à leur première demande (Kemp et Davidson, 2007).

Autre question liée, celle de la fréquence des sorties d'invalidité, qu'elles soient volontaires (cas rare) ou qu'elles résultent d'une réévaluation et d'une perte d'admissibilité. S'inscrivant dans le droit-fil de plusieurs des résultats précédents, les données sur l'Australie, les Pays-Bas et les États-Unis indiquent que les bénéficiaires atteints de troubles mentaux sont *sous-représentés* dans les sorties des régimes d'indemnité (graphique 4.9, partie A). Aux Pays-Bas, la probabilité du sortir du régime d'invalidité à la faveur d'un rétablissement est également plus faible pour les bénéficiaires ayant un problème de santé mentale que pour ceux souffrant de TMS (partie B ; pas de données disponibles pour les autres pays).

Graphique 4.9. **Les personnes atteintes d'un trouble mental sont moins susceptibles de sortir du régime d'invalidité**

Part des troubles mentaux[a] dans les sorties d'invalidité dans trois pays et part des cas de rétablissement par type de problème de santé, 2009



a) Les données incluent des troubles organiques pour l'Australie.

Source : Questionnaire de l'OCDE sur la santé mentale.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568606

En conclusion, cette section a identifié un certain nombre de facteurs qui contribuent à expliquer l'augmentation rapide de la part des pensions d'invalidité accordées pour problème de santé mentale dans la plupart des pays de l'OCDE : changements dans la détermination de la cause primaire pour les demandes sous-tendues par plusieurs problèmes de santé coexistants ; octroi plus probable d'une pension intégrale en cas de troubles mentaux ; réévaluation insuffisante de l'admissibilité aux pensions temporaires, qui, par ailleurs, sont plus fréquemment accordées aux personnes souffrant de problèmes mentaux ; taux de refus plus faible ; et sorties d'invalidité plus rares.

Il y a peu de raisons de penser que la part croissante des demandes de pension motivées par des troubles mentaux soit due à un changement sous-jacent de l'état de santé de la population. Il semblerait plutôt que les troubles mentaux soient moins négligés que par le passé[5]. Les données disponibles portent aussi à croire que ce mouvement de rééquilibrage n'a probablement pas atteint sa limite et qu'il faut donc s'attendre à ce que la tendance observée depuis 15 ans se poursuive. En outre, si les réformes structurelles ont entraîné une diminution des demandes de pension de tous types, les demandes associées à des troubles mentaux sont celles qui ont le moins reculé. Cela pourrait signifier que les situations les plus difficiles, associées à des problèmes de santé et d'autres difficultés complexes et souvent multiples, sont de plus en plus fréquemment mises au compte des problèmes de santé mentale de la personne.

4.3. Les troubles mentaux, facteur prédictif de l'entrée future en invalidité

Les voies d'accès aux pensions d'invalidité

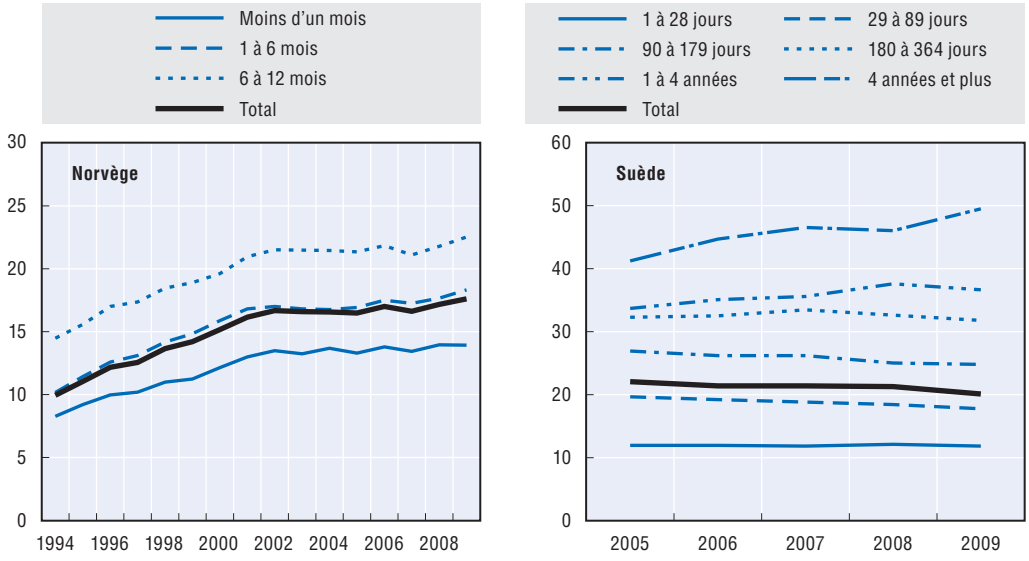
Pour mieux comprendre l'étendue des besoins d'aide des personnes qui perçoivent des pensions d'invalidité ou qui en font la demande, il est particulièrement instructif d'examiner les parcours qui mènent à l'invalidité. Les données sur les voies d'accès à l'invalidité sont rares dans l'ensemble, et celles permettant d'établir des distinctions entre différents groupes de demandeurs de pension sont pratiquement inexistantes. OCDE (2010) identifie deux groupes de pays : *i)* les pays où presque tous les nouveaux demandeurs de pensions d'invalidité passent par une phase de maladie et de réadaptation (par exemple les Pays-Bas et la Norvège, et dans une moindre mesure la Suède) ; et *ii)* les pays où les parcours sont plus diversifiés. Dans ce deuxième groupe, quelque 60 % de l'ensemble des nouveaux demandeurs proviennent de l'emploi ou de la maladie et environ un tiers sont sans emploi au moment ils accèdent au régime d'invalidité ; parmi eux, la plupart ont, à ce stade, connu de longues périodes de chômage et beaucoup sont tributaires de l'aide sociale. Dans ce groupe, on trouve notamment l'Australie, l'Autriche, le Danemark et le Royaume-Uni.

On ne peut estimer la mesure dans laquelle les arrêts maladie motivés par des problèmes de santé mentale ont augmenté que pour la Norvège et la Suède – deux pays où les prestations de maladie sont le principal élément annonciateur d'une demande future de pension d'invalidité. Les données administratives des deux pays amènent au constat suivant : *i)* les maladies mentales sont à l'origine d'une proportion croissante de l'ensemble des demandes de prestations de maladie en Norvège – leur part ayant grimpé de 10 à 18 % en 15 ans (à environ 20-22 %, le poids des maladies mentales en Suède est plus élevé, mais il est stable depuis cinq ans) ; et *ii)* la part des maladies mentales augmente avec la durée de l'arrêt maladie ou la durée de versement des prestations de maladie, allant de 10-15 % de l'ensemble des arrêts de moins d'un mois à 22-33 % des arrêts compris entre 6 et 12 mois et à presque 50 % en Suède[6] pour les arrêts de plus de quatre ans (graphique 4.10). Cela tendrait à montrer que les tendances des demandes de prestations de maladie expliquent partiellement les tendances récentes des demandes de pensions d'invalidité[7].

Pour l'Australie, le Danemark et le Royaume-Uni, on dispose d'informations sur les différences de parcours entre les nouveaux demandeurs qui sont atteints de troubles mentaux et ceux qui souffrent d'un autre type de problème. Dans les trois pays, les demandeurs qui ont des problèmes mentaux sont plus éloignés du marché du travail (tableau 4.1). Au Royaume-Uni, ils sont quelque peu moins susceptibles d'avoir occupé un emploi immédiatement avant de demander à entrer en invalidité ou au cours des deux

Graphique 4.10. **La part des arrêts maladie de longue durée associés à un problème de santé psychique est élevée et va en augmentant**

Part des personnes atteintes de troubles mentaux sur l'ensemble des bénéficiaires de prestations de maladie, selon la durée de l'arrêt, Norvège et Suède



Source : Questionnaire de l'OCDE sur la santé mentale.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568625

années précédentes, et la plupart de ceux qui travaillaient occupaient un emploi temporaire. En Australie et au Danemark, les demandeurs souffrant d'un problème psychique ont un profil très différent par rapport aux personnes ayant d'autres problèmes de santé : ils sont beaucoup plus susceptibles d'être au chômage au moment de leur demande (Australie), et affichent des taux d'emploi beaucoup faibles sur les cinq dernières années écoulées (Australie) et des taux de chômage ou d'inactivité plus élevés (Danemark). Cette différence est cruciale au regard de résultats antérieurs montrant que les épisodes de chômage et d'inactivité augmentent la probabilité d'entrer en invalidité (OCDE, 2009).

Les troubles mentaux sont-ils un facteur déterminant de l'accès aux pensions d'invalidité ?

Diverses études ont montré que les caractéristiques socio-démographiques et les facteurs sanitaires sont des déterminants clés de l'accès d'une personne aux pensions d'invalidité (voir par exemple OCDE, 2009). Cependant, ces études n'examinent pas le rôle de la mauvaise santé mentale telle que définie dans le cadre de ce rapport, ni l'impact des changements de l'état de santé mentale. Cette section se propose de corriger cette lacune, en s'appuyant sur l'Enquête SHARE sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (Survey of Health, Ageing and Retirement)[8].

S'appuyant sur un modèle de régression logit (dont les détails techniques sont exposés dans l'encadré 4.1), le tableau 4.2 montre que la santé mentale est un déterminant majeur du fait d'être bénéficiaire d'une pension d'invalidité, au même titre qu'un certain nombre d'autres facteurs : un individu a une probabilité d'autant plus élevée de percevoir une pension d'invalidité qu'il est âgé, de sexe masculin, peu instruit, et que sa santé mentale est dégradée. Lorsque l'on ajoute au modèle la situation au regard de l'incapacité, on constate

Tableau 4.1. **Les demandeurs qui souffrent d'un trouble mental sont plus éloignés du marché du travail**

Royaume-Uni : Principale catégorie de problème de santé du demandeur, selon la situation au regard de l'emploi, 2007

Catégorie	Trouble mental	Trouble musculosquelettique	Autres	*Base*
	Pourcentages			
Occupait un emploi juste avant de demander à bénéficier d'une pension ?				
Oui	22.0	47.0	31.0	*401*
Non	28.0	36.0	36.0	*1 337*
Part dans chaque catégorie	*19.1*	*28.1*	*20.5*	
A occupé un emploi au cours des deux dernières années ?				
Oui	25.0	41.0	34.0	*1 330*
Non	31.0	30.0	40.0	*399*
Part dans chaque catégorie	*72.9*	*82.0*	*73.9*	
Emploi le plus récent (pour ceux qui ont travaillé durant les deux dernières années)				
Permanent	24.0	42.0	34.0	*1 105*
Temporaire	31.0	37.0	32.0	*271*
Part dans chaque catégorie	*75.9*	*82.2*	*81.2*	

Danemark : Nouveaux demandeurs par type de problème de santé et selon la situation sur le marché du travail au cours des cinq dernières années, 2009

Catégorie	Trouble mental	Trouble musculosquelettique	Autres	*Base*
	Pourcentages			
Occupait un emploi juste avant de demander à bénéficier d'une pension ?				
Emploi	37.5	27.9	34.5	*8 373*
Chômeur ou inactif	68.6	15.9	15.5	*8 942*
Part dans chaque catégorie				
Emploi	33.9	62.2	67.6	
Chômeur ou inactif	66.1	37.8	32.4	

Australie : Nouveaux demandeurs par type de problème de santé et selon la situation antérieure au regard des allocations, 2009-10

Catégorie	Trouble mental	Trouble musculosquelettique	Autres	*Base*
	Pourcentages			
Situation antérieure au regard des prestations				
Bénéficiaire d'une allocation de chômage	35.6	28.0	36.4	*42 497*
Bénéficiaire d'une allocation de remplacement du revenu	28.1	29.4	42.5	*12 935*
Aucune allocation	17.7	29.2	53.1	*34 148*
Part dans chaque catégorie				
Bénéficiaire d'une allocation de chômage	61.0	46.3	39.5	
Bénéficiaire d'une allocation de remplacement du revenu	14.6	14.8	14.1	
Aucune allocation	24.3	38.8	46.4	

Source : Questionnaire de l'OCDE sur la santé mentale pour l'Australie et le Danemark ; et « DWP Research Report », n° 469, pour le Royaume-Uni.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932569100

que l'incapacité et la santé mentale sont deux variables différentes et indépendamment significatives (tableau 4.2, colonne 2 ; les signes et les niveaux de significativité des autres coefficients demeurent inchangés)[9].

Encadré 4.1. **Estimation des déterminants du fait d'être bénéficiaire d'une pension d'invalidité (données transversales) et de la transition vers le régime d'invalidité (données longitudinales)**

L'analyse empirique présentée dans ce chapitre utilise un modèle logit comme spécification principale. Les modèles de régression logistique sont fréquemment utilisés pour analyser la relation entre une réponse binaire et un ensemble de variables explicatives du type de celles examinées dans ce chapitre.

Un modèle de régression linéaire multiple se présente généralement comme suit :

$$Y_i = \beta_0 + \sum_{j=1}^{k} \beta_j X_{ij} + u_i, \;\; i = 1, \cdots, n, \qquad Y_i \in \{0,1\} \tag{1}$$

où Y_i désigne la variable à expliquer, X_2, …, X_k un ensemble de variables explicatives, β_0 la constante et β_k les autres coefficients de régression. Dans l'analyse économétrique, toutefois, la variable dépendante est qualitative (variable muette pouvant prendre deux valeurs). Par exemple, comme c'est le cas dans certaines des équations présentées dans ce chapitre, il s'agit de la probabilité qu'un individu ith perçoive une pension d'invalidité.

Cela nécessite l'utilisation d'un modèle plus complexe, en raison des limites qu'impose un modèle de probabilité linéaire. Le modèle défini sous la forme d'une variable latente Y_i^* se présente comme suit :

$$Y_i^* = \beta_0 + \sum_{j=1}^{k} \beta_j X_{ij} + u_i, \;\; i = 1, \cdots, n, \tag{2}$$

Ce que l'on constate dans la pratique est la concrétisation de la variable latente (par exemple, le fait que la personne concernée perçoive une pension d'invalidité) de sorte que :

$$Y_i = \begin{cases} 0 & Y_i^* \leq 0 \\ 1 & Y_i^* > 0 \end{cases}$$

La probabilité que $Y_i = 1$ peut donc s'exprimer de la façon suivante :

$$\Pr(Y_i = 1) = \Pr(Y_i^* > 0) = \Pr\left(u_i > -(\beta_0 + \sum_{j=1}^{k} \beta_j X_{ij}\right) =$$

$$= 1\text{-}G_u\left(-(\beta_0 + \sum_{j=1}^{k} \beta_j X_{ij})\right) = G_u\left(\beta_0 + \sum_{j=1}^{k} \beta_j X_{ij}\right)$$

Si G représente la fonction logistique, $Pr(Y_i = 1)$ devient :

$$\Pr(Y_i = 1) = \frac{\exp\left(\beta_0 + \sum_{j=1}^{k} \beta_j X_{ij}\right)}{1+\exp\left(\beta_0 + \sum_{j=1}^{k} \beta_j X_{ij}\right)} = \frac{1}{1+\exp\left(-\beta_0 - \sum_{j=1}^{k} \beta_j X_{ij}\right)} = \Lambda(\beta' x)$$

L'augmentation de la variable X_j d'une unité conduit à une augmentation de la probabilité de réponse $\beta_j \Pr(Y_i = 1)(1 - \Pr(Y_i = 1))$.

Par manipulation algébrique, l'équation de régression logistique peut s'écrire sous la forme d'un rapport.

$$\frac{\Pr(Y = 1 \mid X)}{1 - \Pr(Y = 1 \mid X)} = \frac{\hat{\pi}}{1 - \hat{\pi}} = \exp(\beta_0 + \sum_{j=1}^{k} \beta_j X_{ij})$$

On peut aussi, à partir du logarithme naturel des deux membres, écrire l'équation sous forme de logit :

$$\log \frac{\hat{\pi}}{1 - \hat{\pi}} = (\beta_0 + \sum_{j=1}^{k} \beta_j X_{ij})$$

Cette transformation est très commode pour l'interprétation des paramètres, car le logit est une fonction linéaire des facteurs prédictifs et exprime la variation qu'il subit à partir d'une variation d'une unité de X.

Tableau 4.2. **La mauvaise santé mentale est en elle-même un déterminant majeur du fait d'être bénéficiaire d'une pension d'invalidité**

Coefficients et niveaux de significativité obtenus avec un modèle logit

	Modèle de base	Modèle de base *plus* situation au regard de l'incapacité	Modèle de base *plus* variables d'emploi	Modèle complet
Âge (50 à 54 ans)				
55 à 59 ans	0.307***	0.241***	–0.309**	–0.334**
60 à 64 ans	0.308***	0.243***	–0.667***	–0.629***
Sexe (hommes)				
Femmes	–0.356***	–0.281***	–1.026***	–0.846***
Niveau d'études (CITE 0 à 2)				
CITE 3 et 4	–0.602***	–0.486***	–0.289**	–0.207
CITE 5 et 6	–1.221***	–1.051***	–0.683***	–0.489**
Santé mentale (trouble grave)				
Trouble modéré	–0.640***	–0.288**	–0.066	0.169
Aucun trouble	–1.637***	–0.839***	–0.951***	–0.343
Santé mentale – simplifiée (aucun trouble)				
Trouble grave ou modéré	1.174***	0.634***	0.901***	0.473***
Situation au regard de l'incapacité (aucune incapacité)				
Incapacité		2.180***		1.908***
*Conditions de travail dans l'emploi principal (*versus *en continu)*			–0.106***	–0.093***
Années d'emploi (*versus* en continu)			–0.051***	–0.045***
Nombre d'emplois (*versus* en continu)			0.035	0.019
Constante	–1.972***	–3.261***	1.815***	0.502
Nombre d'observations	*17 854*	*17 854*	*3 468*	*3 468*

, * statistiquement significatifs aux seuils de 5 % et 1 % respectivement ; le modèle comporte également des variables muettes par pays, dont la plupart sont significatives à 1 % dans le modèle de base mais dont seul un petit nombre sont significatives dans le modèle complet.

Note : Les « conditions de travail dans l'emploi principal » représentent une variable quasi continue, définie sous la forme d'un indice composite basé sur sept questions individuelles qui comportent chacune cinq catégories de réponse, de « bon » à « mauvais ». La valeur de l'indice est donc comprise entre 7 et 35. Les résultats du modèle sont fondés sur l'ensemble des pays couverts par l'enquête.

Source : Calculs effectués par l'OCDE à partir des données de l'Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932569119

Par ailleurs, grâce aux informations collectées rétrospectivement sur les parcours de vie des participants, l'Enquête SHARE permet d'analyser l'impact des conditions de travail et d'autres caractéristiques de l'emploi principal des déclarants tout au long de leur vie professionnelle. Les résultats de la modélisation (présentés dans les deux dernières colonnes du tableau 4.2) montrent que certaines variables liées à l'emploi sont des déterminants importants de l'accès aux pensions d'invalidité : plus les conditions de travail (mesurées à l'aide d'un indice composite regroupant sept facteurs différents) sont mauvaises et plus le nombre d'années passées à travailler est réduit, plus la probabilité d'être bénéficiaire d'une pension d'invalidité est élevée. Le nombre d'emplois précédemment occupés n'a en revanche aucun effet. Certaines variables deviennent non significatives dans le modèle complet : les différences entre troubles mentaux graves et modérés et entre niveau d'études faible et moyen deviennent non significatives lorsque l'on introduit les variables d'emploi dans le modèle[10].

Non seulement la mauvaise santé mentale est un déterminant clé du fait d'être bénéficiaire d'une pension d'invalidité, mais le *changement* de l'état de santé mentale influence la probabilité qu'une personne entre en invalidité. Selon les résultats d'un modèle de régression logit basé sur les données longitudinales de SHARE (*cf.* encadré 4.1 de nouveau)[11], l'impact de la dégradation de la santé mentale entre 2004 et 2006 sur les flux d'entrées en invalidité enregistrés au cours de la période d'observation apparaît hautement significatif. Le tableau 4.3 indique les résultats obtenus avec trois variables différentes de la santé mentale : le modèle *standard* utilise trois états de santé mentale (pour mesurer le changement entre une bonne santé mentale et un trouble mental modéré, et entre un trouble modéré et un trouble grave) ; le modèle *simplifié* n'utilise que deux états de santé mentale (et mesure le changement entre une bonne santé mentale et tout type de trouble mental) ; quant au modèle *continu*, il utilise une variable quasi continue unique de la santé mentale. Les facteurs de contrôle importants pour l'entrée en invalidité sont l'âge (plus une personne est âgée, plus elle est susceptible d'entrer dans le régime d'invalidité) ; le niveau d'études (plus elle est instruite, moins elle est susceptible d'entrer en invalidité) ; et les conditions de travail dans l'emploi principal (plus la qualité de l'emploi est médiocre, plus l'entrée en invalidité est probable).

Tableau 4.3. **La dégradation de la santé mentale a une influence significative sur la probabilité d'entrer en invalidité**

Coefficients et niveaux de significativité obtenus avec un modèle logit

	Modèle standard (trois états de santé mentale)	Modèle simplifié (deux états de santé mentale)	Modèle continu (variable de santé mentale continue)
Âge (50 à 54 ans)			
55 à 59 ans	0.419	0.407	0.451
60 à 64 ans	0.951***	0.916***	1.015***
Sexe (hommes)			
Femmes	–0.267	–0.249	–0.296
Niveau d'études (CITE 0 à 2)			
CITE 3 et 4	–0.106	–0.100	–0.058
CITE 5 et 6	–0.724**	–0.716**	–0.638**
Dégradation de la santé mentale	0.669***	0.565**	0.201***
Conditions de travail dans l'emploi principal (*versus* en continu)	–0.103***	–0.104***	–0.108***
Constante	–1.349*	–1.302*	–1.391*
Nombre d'observations	*3 710*	*3 726*	*3 672*

*, **, *** statistiquement significatif aux seuils de 10 %, 5 % et 1 % respectivement ; le modèle comporte également des variables muettes par pays, dont certaines sont non significatives à 5 %.

Note : Les résultats du modèle sont basés sur l'ensemble des pays couverts par l'enquête.

Source : Calculs effectués par l'OCDE à partir des données de l'Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932569138

Compte tenu de la relation logistique qui existe, dans un modèle logit, entre le coefficient et le risque relatif approché, les résultats du modèle permettent de conclure que le passage d'une bonne santé mentale à un état de trouble mental (modèle simplifié) accroît la probabilité d'entrer en invalidité de 76 %. En revanche, une dégradation de la santé mentale d'une unité sur l'échelle de santé mentale quasi continue de 12 unités (modèle continu) augmente le risque relatif approché d'entrer en invalidité de 22 %.

Ce résultat rejoint celui d'études antérieures ayant montré que les chocs de santé influencent les transitions de l'emploi ou d'autres statuts d'activité vers l'invalidité (OCDE, 2009). Cependant, la période d'observation de deux ans utilisée ici n'est pas suffisante pour permettre de bien comprendre l'impact des antécédents de santé mentale et de mauvaise santé mentale sur la situation future au regard des pensions d'invalidité. Cette question est examinée plus en détail dans la section suivante, qui passe en revue les articles existants.

Résultats des recherches menées à l'échelle de l'OCDE

La question de savoir dans quelle mesure la mauvaise santé mentale favorise l'entrée future en invalidité a fait l'objet de travaux de recherche foisonnants et rigoureux, portant notamment sur le Danemark, la Finlande, la Norvège et la Suède[12]. Ces études utilisent différentes mesures de la mauvaise santé mentale ou de la détresse psychologique ; elles examinent l'impact de différents types de troubles – troubles graves, troubles modérés ou les deux degrés de trouble conjointement ; certaines mesurent l'incidence des troubles sur l'accès aux pensions d'invalidité motivées par un problème de santé mentale, d'autres l'impact sur l'accès aux pensions d'invalidité motivées par d'autres causes, et d'autres encore l'impact sur l'accès aux prestations en général ; enfin, certaines analysent l'incidence de troubles spécifiques plutôt que des troubles mentaux en général. Les principaux résultats qui s'en dégagent peuvent être résumés comme suit (les détails des différentes études sont présentés dans le tableau 4.4) :

- Les troubles mentaux graves sont un facteur prédictif très puissant de l'accès futur aux pensions d'invalidité, mais les troubles mentaux courants tels que la dépression constituent également un facteur prédictif important dans la plupart des cas.
- Même les symptômes « infracliniques » – c'est-à-dire les symptômes n'atteignant pas le seuil clinique utilisé pour définir un trouble mental – contribuent largement aux entrées futures en régime d'invalidité[13].
- Les problèmes de santé mentale ou la détresse psychologique prédisent non seulement l'entrée future en invalidité pour problème de santé mentale, mais aussi l'entrée future en invalidité pour tout type de cause.
- Certaines études observent même qu'il existe un risque relatif plus grand pour qu'une pension d'invalidité soit accordée ultérieurement pour cause de troubles cardiovasculaires ou de TMS par exemple, que pour cause de troubles mentaux. Cependant, la situation varie selon les pays : en Suède où, de nos jours, une part beaucoup plus élevée des nouvelles demandes de pension (en comparaison d'un pays comme la Norvège par exemple) est associée à un diagnostic de trouble mental, il semble plus rare qu'une demande de pension soit traitée « à tort » comme cas somatique.
- Certains auteurs tels que Mykletun *et al.* (2006), qui ont étudié la situation en Norvège, en concluent que les diagnostics physiques continuent d'être surutilisés comme motifs d'octroi d'une pension d'invalidité.
- En général, plus la santé mentale est défaillante ou plus la détresse psychologique est profonde au départ, plus la probabilité de percevoir ultérieurement une pension d'invalidité est élevée. De ce fait, les risques relatifs sont beaucoup plus élevés pour les personnes qui présentent des troubles comorbides (par exemple, anxiété *et* dépression) que pour celles qui souffrent uniquement de troubles mentaux.

Tableau 4.4. **Les troubles mentaux courants et graves comme facteurs prédictifs de l'octroi futur d'une pension d'invalidité : que nous apprend la littérature ?**

Auteur(s)	Couverture pays	Population concernée par l'étude	Année initiale	Période de suivi	Mesure de la mauvaise santé mentale	Gravité/type de trouble mental	Risque relatif rapproché ou risque de demande de pension d'invalidité pour les personnes atteintes d'un trouble mental par rapport aux personnes sans trouble mental		
							Ensemble des demandeurs	Demandeurs atteints d'un trouble mental	Demandeurs sans trouble mental
Ahola *et al.* (2008)	Finlande	Tout le pays, 30 à 60 ans	2000-01	4 ans	Test de Maslach sur l'épuisement (plus entretien diagnostique sur le trouble mental)	Epuisement	1.70	n.d.	n.d.
						Epuisement ; corrigé du trouble mental	1.49	n.d.	n.d.
Bültman *et al.* (2008)	Danemark	Tout le pays, 18 à 59 ans	1995	10 ans	Mental Health Inventory (MHI-5)	Symptômes dépressifs graves	2.88	n.d.	n.d.
Kivimäki *et al.* (2007)	Suède	Un comté, 16 à 49 ans	1985	11 ans	Arrêt maladie de plus de sept jours avec diagnostic de trouble mental	Tous arrêts maladies	1 à 5 ans plus tard : 4.18 6 à 11 ans plus tard : 3.00	n.d.	n.d.
						Arrêts maladies avec diagnostic de TMS	1 à 5 ans plus tard : 6.94 6 à 11 ans plus tard : 4.10	n.d.	Octroi 6 à 11 ans plus tard : 5.70
						Arrêts maladies avec diagnostic de TM	1 à 5 ans plus tard : 8.68 6 à 11 ans plus tard : 4.99	Octroi 6 à 11 ans plus tard : 14.05	n.d.
Knudsen *et al.* (2010)	Norvège	Un comté, 40 à 46 ans	1997-99	7 ans	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-14)	Anxiété	1.64	n.d.	1.31
						Dépression	1.95	n.d.	1.66
						Anxiété dépression comorbides	3.59	n.d.	2.38
Manninen *et al.* (1997)	Finlande	Agriculteurs, 18 à 64 ans	1979	10 ans	Score de détresse psychologique (SCL-90)	Détresse modérée	n.d.	Tous TM : 0.84 (n.s.) Dépression : 0.51 (n.s.)	Cardiovasc. : 1.40 TMS : 1.20 (n.s.)
						Détresse élevée	n.d.	Tous TM : 1.29 (n.s.) Dépression: 0.92 (n.s.)	Cardiovasc. : 1.60 TMS : 1.20 (n.s.)
						Détresse très élevée	n.d.	Tous TM : 2.48 Dépression: 2.57	Cardiovasc. : 2.12 TMS : 1.62
Mykletun *et al.* (2006)	Norvège	Un comté, 20 à 66 ans	1995-97	30 mois	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-14)	Anxiété	1.5	n.d.	1.02
						Dépression	1.71	n.d.	1.49
						Anxiété et dépression comorbides	2.70	n.d.	1.51
Mykletun *et al.* (2009)	Norvège	Un comté, 40 à 46 ans	1997-99	7 ans	Whiteley Health Anxiety Index	Tous degrés d'anxiété par rapport à la santé	1.55	n.d.	1.65
						Anxiété grave par rapport à la santé	3.05	n.d.	3.13
Øverland *et al.* (2008)	Norvège	Un comté, 20 à 66 ans	1995-97	48 mois	Deux questions sur les troubles du sommeil ; HADS-D pour la dépression	Insomnie	1.66	n.d.	n.d.
						Dépression	1.56	n.d.	n.d.
						Insomnie et dépression comorbides	2.76	n.d.	n.d.
Rai *et al.* (2011)	Suède	Un comté, 18 à 64 ans	2002	5 ans	General Health Questionnaire (GHQ-12)	Détresse légère	n.d.	2.2	1.7
						Détresse modérée	n.d.	4.3	1.8
						Détresse grave	n.d.	10.9	2.5

TM : Trouble mental ; TMS : Trouble musculosquelettique.
n.d. : Non disponible.
n.s. : Non significatif.
Source : Informations compilées par l'OCDE.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932569157

Certaines études se sont également intéressées à l'impact à long terme de maladies mentales spécifiques. Par exemple, les plaintes d'insomnie (Øverland *et al.*, 2008), l'hypochondrie et l'anxiété à l'égard de la santé (Mykletun *et al.*, 2009) et l'épuisement professionnel (Ahola *et al.*, 2009) apparaissent comme des facteurs prédictifs particulièrement

solides de l'allocation future de pensions d'invalidité[14]. Pour les auteurs, ces résultats s'expliquent en partie par l'incidence élevée de troubles somatiques et d'autres troubles mentaux coexistant chez les patients souffrant d'hypochondrie et d'insomnie.

Quelques études se sont intéressées de manière plus détaillée aux liens entre les diagnostics retenus comme motifs d'octroi d'une pension d'invalidité et l'état de santé mentale des bénéficiaires plusieurs années auparavant. Selon Øverland *et al.* (2008), parmi les personnes qui souffraient de dépression clinique à l'origine, un tiers environ se sont vu octroyer une pension d'invalidité pour cause, respectivement, de troubles mentaux, un autre tiers pour cause de TMS et le dernier tiers pour une autre raison. De même, un cinquième seulement des bénéficiaires qui souffraient initialement d'anxiété modérée se sont vu accorder ultérieurement une pension pour troubles mentaux, et 50 % une pension pour TMS (Mykletun *et al.*, 2009). Ahola *et al.* (2009) constatent que, bien souvent, les cas d'épuisement professionnel grave entraînent l'octroi d'une pension d'invalidité pour troubles mentaux, tandis que dans les cas d'épuisement professionnel modéré, la pension d'invalidité repose plus généralement sur un diagnostic musculosquelettique.

Toutes ces études démontrent qu'il est crucial d'identifier rapidement les problèmes de santé mentale dont font état les patients et d'intervenir au plus vite pour leur éviter de tomber dans le cycle inexorable de la dépendance à l'égard des pensions d'invalidité de longue durée. Pour montrer l'utilité des interventions préventives précoces sur le lieu de travail, d'autres études prospectives ont examiné l'impact des variables liées à l'emploi et des conditions de travail sur la probabilité d'entrée future en invalidité. Ces travaux, qui ne couvrent encore une fois que les pays nordiques, décèlent un certain nombre de relations entre le travail et les prestations, qui donnent à penser que les facteurs psychologiques en milieu de travail revêtent une importance cruciale :

- au Danemark, une faible satisfaction à l'égard de l'emploi élève le risque de percevoir une pension d'invalidité au cours des 15 années suivantes de 40 % pour les femmes et de plus de 20 % pour les hommes (Labriola *et al.*, 2009) ;
- en Finlande, un soutien social faible de la part des supérieurs hiérarchiques est associé à une probabilité accrue de versement d'une pension d'invalidité six ans plus tard, avec un risque relatif approché de 1.7 (Sinokki *et al.*, 2010) ;
- les travailleurs finlandais ayant été confrontés à une réduction d'effectif *majeure* dans leur entreprise ont une probabilité accrue de 80 % de percevoir une pension d'invalidité quatre ans plus tard par rapport aux travailleurs n'ayant pas connu de compression d'effectif ; une réduction d'effectif mineure n'a pas d'impact significatif (Vahtera *et al.*, 2005) ; et
- au Danemark, le fait d'avoir un pouvoir de décision faible et d'effectuer des tâches peu variées (risque relatif approché de 1.4 à 1.8 selon les sexes) augmente le risque de percevoir une pension d'invalidité dans les 15 années qui suivent (Christensen *et al.*, 2008).

4.4. Rôle des prestations pour les personnes atteintes de troubles mentaux

Les pensions d'invalidité ne sont qu'un des types de prestation dont peuvent bénéficier les personnes d'âge actif souffrant de problèmes mentaux. Tous les travailleurs qui sont sans emploi ou sur le point de perdre leur emploi ne sont pas admissibles au bénéfice d'une pension d'invalidité, notamment parce que beaucoup d'entre eux ne satisfont pas aux critères d'incapacité, souvent stricts, auxquels sont subordonnées ces prestations. D'autres personnes ne déposent même pas de demande, de peur d'être

stigmatisées ou de perdre contact avec le marché du travail. Il est important de comprendre le rôle des prestations autres que d'invalidité pour les personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Et pour les administrateurs des différents régimes et dispositifs d'aide, il important de pouvoir identifier les personnes qui ont besoin d'être aidées et la nature de leurs besoins.

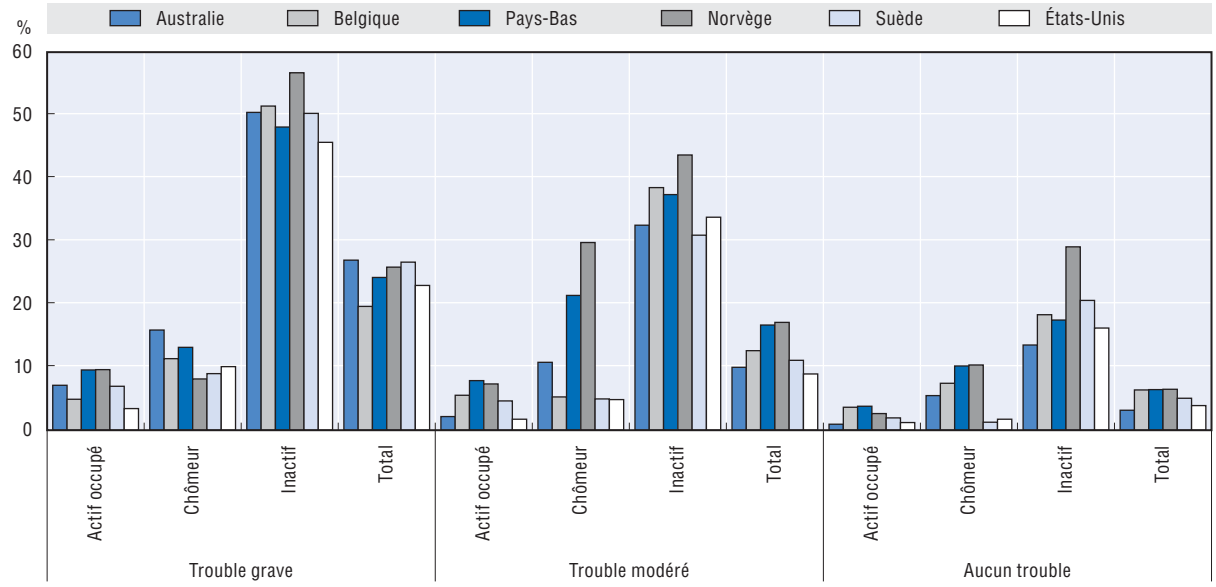
Quelles prestations pour quelles catégories de personnes ?

Le graphique 4.11 indique la répartition des individus qui perçoivent une pension d'invalidité selon leur état de santé mentale et leur statut au regard du marché du travail dans cinq pays – deux pays nordiques où les taux de bénéficiaires sont très élevés, deux pays non européens où les taux sont moyens, et la Belgique, où le taux de bénéficiaires est inférieur à la moyenne. Les résultats sont très cohérents sur l'ensemble des pays : parmi les personnes qui souffrent de troubles mentaux graves, une sur quatre dans l'ensemble perçoit une pension d'invalidité, et même une sur deux chez les inactifs. Chez les individus atteints d'un trouble modéré, les proportions correspondantes s'élèvent à environ 10 % au total et 30 % parmi les inactifs. Enfin, quelque 15 à 20 % des inactifs n'ayant pas de trouble mental perçoivent une pension d'invalidité (graphique 4.11). Les différences de taux de bénéficiaires globaux entre les pays s'expliquent très largement par le fait que, dans les pays nordiques et particulièrement en Norvège, le pourcentage de bénéficiaires chez les personnes souffrant de troubles modérés ou n'ayant aucun trouble est plus élevé.

Ces résultats indiquent également que la majorité écrasante des personnes souffrant de troubles mentaux modérés et les trois quarts de celles atteintes de troubles graves *ne perçoivent pas* de pensions d'invalidité. Un grand nombre d'entre elles exerce un emploi,

Graphique 4.11. **Une personne sur quatre atteintes d'un trouble mental grave perçoit une pension d'invalidité**

Proportions d'individus qui perçoivent une pension d'invalidité, selon leur état de santé mentale et leur situation au regard de l'emploi, dans cinq pays de l'OCDE, dernière année disponible



Note : Dans le cas de la Belgique, les statistiques incluent les allocations de maladie, ce qui entraîne une légère surestimation du taux de bénéficiaires, en particulier chez les travailleurs souffrant d'un trouble mental modéré ou n'ayant aucun trouble.

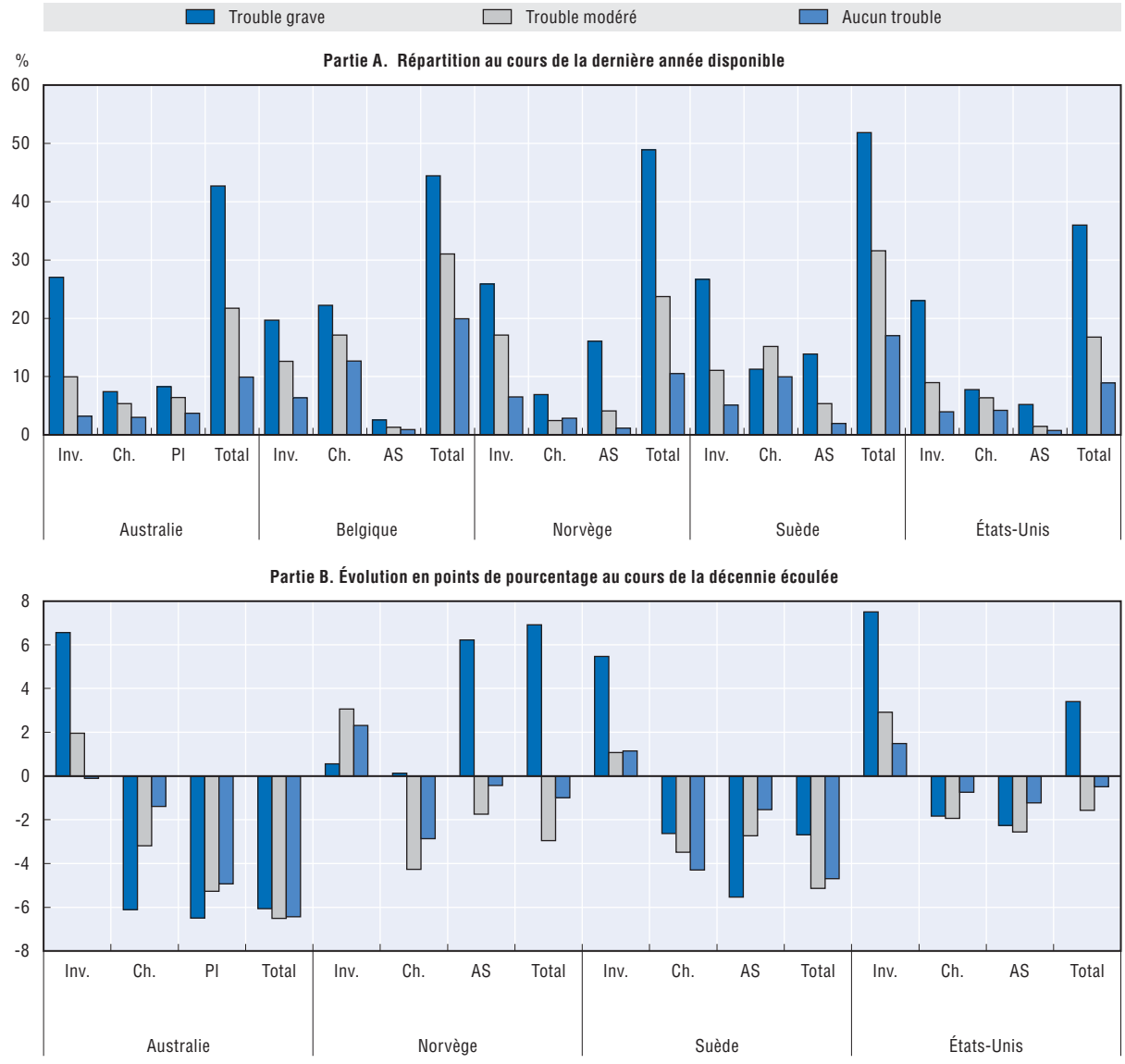
Source : Enquêtes nationales sur la santé (voir le graphique 1.3).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568644

ainsi qu'on l'a vu précédemment (chapitres 1 et 2). Cependant, beaucoup d'autres ne travaillent pas et perçoivent une allocation de chômage ou un autre type de prestation dont peuvent bénéficier les inactifs. D'après les données disponibles, il semble que le nombre de personnes souffrant de problèmes de santé mentale qui bénéficient d'une allocation de chômage ou de l'aide sociale (ou, dans le cas de l'Australie, d'une allocation de parent isolé) soit à peu près égal au nombre de bénéficiaires de pensions d'invalidité (graphique 4.12, partie A). Chez les personnes ayant des troubles mentaux modérés, et également celles ayant des troubles graves en Belgique, on trouve davantage de bénéficiaires de prestations autres que d'invalidité que de bénéficiaires de pension d'invalidité[15].

Graphique 4.12. **Nombre de personnes atteintes d'un trouble mental perçoivent une allocation de chômage ou l'aide sociale**

Proportions d'individus qui perçoivent une pension d'invalidité (Inv.), une allocation de chômage (Ch.) ou une prestation d'aide sociale (AS) ou allocation de parent isolé (PI), selon l'état de santé mentale, dans cinq pays de l'OCDE



Source : Enquêtes nationales sur la santé (voir le graphique 1.3).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568663

L'évolution dans le temps des parts des différentes catégories est également riche d'enseignements. Le taux de bénéficiaires de pensions d'invalidité a augmenté partout au cours de la dernière décennie. À l'heure actuelle, dans trois des quatre pays pour lesquels on dispose de données sur au moins deux points dans le temps (Australie, Suède et États-Unis), les personnes atteintes de troubles mentaux et, en particulier, celles qui ont des troubles graves, sont beaucoup plus susceptibles de percevoir une pension d'invalidité que tout autre type de prestation (graphique 4.12, partie B). Ce constat s'inscrit en droite ligne du mouvement de rééquilibrage mentionné plus haut, qui a vu les pensions d'invalidité devenir la principale prestation accordée aux personnes d'âge actif. Dans l'ensemble, au cours de la dernière décennie, le taux de bénéficiaires (des trois types de prestations confondus) a baissé en Australie (dans tous les groupes) et en Suède (dans une moindre mesure chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves), tandis qu'en Norvège et aux États-Unis, il a augmenté chez les patients souffrant de troubles graves et baissé dans les autres cas[16]. La Norvège a enregistré une forte augmentation de la proportion d'individus atteints de troubles graves qui bénéficient de l'aide sociale – ce qui explique en partie pourquoi ils sont aujourd'hui relativement moins nombreux à toucher des pensions d'invalidité.

Pour les autres pays, les seules données disponibles de ce type sont celles de SHARE. Ces données ne sont pas strictement comparables et ne couvrent que la population âgée de 50 ans et plus, une catégorie qui se caractérise par des taux d'emploi relativement bas dans certains pays et dans laquelle les départs en retraite anticipée sont très fréquents. En outre, étant donné que la prévalence de l'incapacité augmente avec l'âge, on peut s'attendre à ce que la répartition entre bénéficiaires de pensions d'invalidité et bénéficiaires d'allocations de chômage ne soit pas la même que dans la population générale.

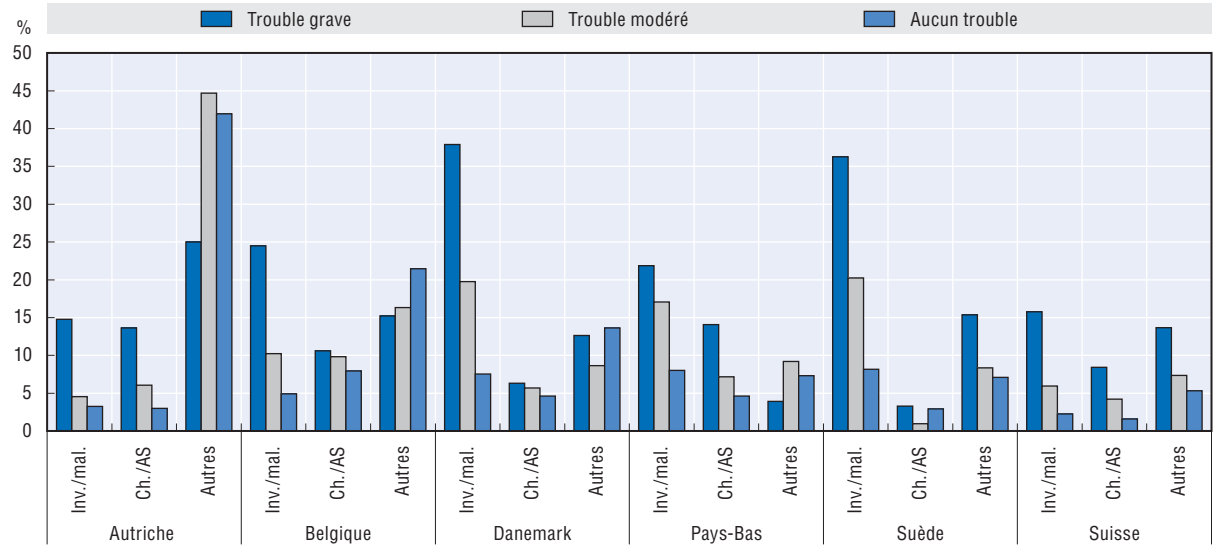
En Autriche, où les départs en retraite anticipée sont très fréquents, les prestations autres que d'invalidité (essentiellement les pensions de retraite anticipée) dominent, particulièrement chez les personnes souffrant de troubles mentaux modérés ou n'ayant aucun trouble (graphique 4.13). C'est également le cas, dans une moindre mesure, en Belgique. S'agissant des autres pays, les données confirment l'importance des autres types de prestation – à savoir les allocations de chômage et d'aide sociale – tout particulièrement pour les personnes affectées de troubles mentaux modérés. Sans surprise, chez les plus de 50 ans, les pensions d'invalidité jouent un rôle prépondérant par rapport aux allocations de chômage et d'aide sociale, notamment chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves, mais aussi, dans certains pays (Danemark, Pays-Bas, Suède), chez celles atteintes de troubles modérés.

Couverture des prestations et sécurité de revenu

La politique sociale a pour principaux objectifs d'encourager et faciliter l'emploi et de sécuriser le revenu des personnes qui sont en incapacité de travail temporaire ou permanente. Les différents régimes d'indemnisation n'attribuent pas nécessairement la même importance relative aux deux objectifs et n'utilisent pas les mêmes moyens pour les atteindre, mais globalement, ils visent le même résultat et tous cherchent à renforcer les mesures d'activation destinées aux personnes qui peuvent travailler. Cependant, la composante « sécurité de revenu » demeure essentielle ; il est important de savoir si les différents régimes tiennent leurs engagements dans ce domaine, et auprès de quels publics. Pour les personnes atteintes de troubles mentaux, qui sont confrontées à des

Graphique 4.13. **Les seniors souffrant d'un trouble mental dépendent d'un éventail de prestations versées aux personnes d'âge actif**

Proportions d'individus âgés de 50 à 64 ans qui perçoivent une pension d'invalidité/maladie (Inv./mal.), une allocation de chômage ou d'aide sociale (Ch./AS) ou une autre prestation destinée aux personnes d'âge actif, selon l'état de santé mentale, dans six pays de l'OCDE, 2006



Source : Informations compilées par l'OCDE à partir des données de l'Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE).

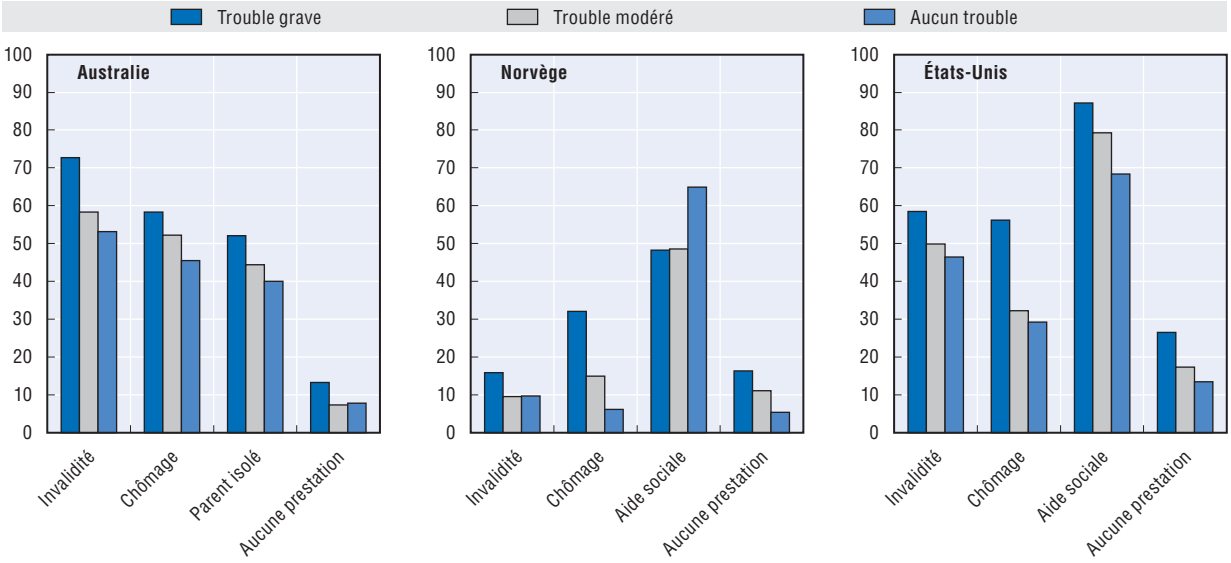
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568682

difficultés considérables sur le marché du travail mais peuvent, en parallèle, compter sur différents types de prestation en période de non-emploi, la capacité des différents régimes à leur assurer une sécurité de revenu est primordiale.

Rares sont les données disponibles sur la situation des personnes souffrant de troubles mentaux à cet égard. Comme cela a été indiqué dans le premier chapitre, les niveaux de pauvreté globaux sont beaucoup plus élevés parmi les personnes souffrant de troubles mentaux graves par rapport à celles qui ne présentent aucun trouble, et ils se situent dans une plage intermédiaire pour les personnes affectées de troubles modérés. Au vu des données disponibles pour l'Australie, la Norvège et les États-Unis, il semble que ces différences s'expliquent très largement par la part beaucoup plus élevée des bénéficiaires de prestations dans ces groupes. Le risque de pauvreté s'éloigne à mesure que le degré de troubles mentaux diminue, quel que soit le type de prestation octroyé, mais à l'intérieur d'une même catégorie de prestation, ces différences ne sont pas très importantes (graphique 4.14). Cependant, les personnes qui souffrent de problèmes mentaux sont plus tributaires des différentes prestations existantes. En Norvège et aux États-Unis, les bénéficiaires d'allocations d'aide sociale sous condition de ressources sont les plus exposés au risque de pauvreté, quel que soit leur état de santé mentale. En Australie, où toutes les prestations sont soumises au contrôle des ressources, les différences entre types de prestation sont faibles et les risques de pauvreté élevés pour tous les allocataires. Le fait de ne recevoir aucune prestation – c'est-à-dire de travailler – est la meilleure stratégie pour échapper à la pauvreté, même si en Norvège, les bénéficiaires de pensions d'invalidité sont également bien protégés contre la pauvreté, quel que soit leur état de santé mentale.

Graphique 4.14. **Le risque plus élevé de pauvreté chez les personnes atteintes d'un trouble mental est lié au fait qu'elles sont davantage tributaires des prestations sociales**

Risque de pauvreté des personnes souffrant ou non d'un trouble mental grave ou modéré, selon le type de prestation perçue



Note : Le risque de pauvreté est défini comme la proportion de personnes dont le revenu équivalent est inférieur à 60 % du revenu médian.
Source : Enquêtes nationales sur la santé (voir le graphique 1.3).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568701

Identification des personnes souffrant de mauvaise santé mentale

Le taux élevé de personnes souffrant de troubles mentaux qui entrent dans les régimes de prestations et leur grande dépendance à l'égard de ces revenus nécessitent que l'on trouve de meilleurs moyens d'évaluer les demandes de prestations. Trois aspects revêtent une importance fondamentale. Premièrement, les personnes doivent être identifiées rapidement, lorsque leur motivation à travailler est encore intacte. Cette identification doit donc intervenir lorsque l'individu exerce encore un emploi, qu'il est mis en arrêt maladie, ou même plus en amont (chapitre 2). Deuxièmement, dans la mesure où de nombreux troubles mentaux se déclarent tôt dans l'existence, une identification encore plus précoce des problèmes, intervenant à l'école ou à d'autres échelons du système éducatif, est également essentielle (chapitre 5). Troisièmement, les personnes doivent être identifiées correctement au moment où elles demandent à bénéficier d'une prestation, et un soutien adéquat doit leur être fourni pour éviter le versement de prestations de longue durée. Ce dernier point fait l'objet de cette sous-section.

Lorsqu'une personne demande à bénéficier d'une pension d'*invalidité*, il y a de fortes chances pour que ses besoins de réadaptation psychiatrique – qui comprennent des éléments médicaux et professionnels – soient identifiés. La hausse rapide, dans la plupart des pays, de la part des demandes de prestations motivées par des troubles mentaux donne à penser que les problèmes de santé mentale d'une part croissante des nouveaux demandeurs se voient reconnaître une place centrale (même si, pour certains demandeurs souffrant de problèmes concomitants, ce n'est toujours pas le cas). Le tableau 4.5 récapitule certaines des principales caractéristiques des procédures d'identification et d'évaluation auxquelles sont soumis les

demandeurs de pensions d'invalidité dans les pays examinés. S'agissant des demandeurs atteints de troubles mentaux, un certain nombre de conclusions s'imposent :

- Le premier critère d'admission au bénéfice de la pension d'invalidité est la réduction (partielle) de la capacité de travail du demandeur ou son inaptitude à gagner sa vie par le travail. Dans la plupart des cas, l'incapacité de travail, la limitation de la capacité de travail ou les problèmes au travail doivent être *causés* par un problème de santé.
- Le rôle du diagnostic est très variable. L'admissibilité au bénéfice de la pension d'invalidité est rarement déterminée sur la base du diagnostic seul. Dans certains pays, le diagnostic spécifique est important car les régimes d'indemnisation utilisent des listes de déficiences reliées à des diagnostics particuliers. Dans d'autres pays, le diagnostic n'a qu'un rôle indirect, consistant à étayer l'évaluation de la capacité de travail résiduelle (Pays-Bas, Suède et Royaume-Uni). Seuls quelques pays excluent explicitement certains diagnostics (par exemple : troubles liés à l'absorption de substances psychoactives).
- Certains pays se montrent relativement stricts au sens où ils exigent que le demandeur ait suivi un traitement de pointe avant d'envisager l'octroi d'une pension (Australie, Norvège, Suisse et, dans une moindre mesure, États-Unis). D'autres pays conditionnent l'octroi d'une pension à des obligations de réadaptation professionnelle relativement strictes (Autriche, Norvège, Suède, Suisse et, *via* l'employeur, également les Pays-Bas).
- La plupart des pays ont recours à des instruments d'évaluation qui prennent directement en compte la santé mentale ou le fonctionnement mental. Certains se servent de listes de déficiences ou de limitations (Australie, Pays-Bas et États-Unis), tandis que d'autres effectuent des tests psychologiques (Autriche, Suisse). Le Danemark et le Royaume-Uni déterminent le fonctionnement mental au moyen, respectivement, d'un profil de ressources et d'une évaluation des capacités. En Norvège et en Suède, les outils d'évaluation n'ont pas de composante spécifiquement liée à la santé mentale.
- La nature particulière de la mauvaise santé mentale n'est pas souvent prise en considération. Certains pays privilégient l'octroi d'une pension, au moins dans un premier temps, et procèdent à des réévaluations régulières (par exemple l'Autriche et les Pays-Bas) ou réexaminent périodiquement l'admissibilité de la personne (États-Unis). L'Australie tient compte de la nature fluctuante de certains troubles mentaux dans son interprétation de la capacité de travail, définie comme l'aptitude à travailler de façon fiable pendant 26 semaines sans absences excessives.

De manière générale, ces observations laissent à penser que la plupart des pays gagneraient à accorder une place plus grande aux troubles mentaux dans les critères d'admission au bénéfice de la pension, à prêter davantage attention aux caractéristiques particulières de ces troubles et à se préoccuper de l'absence fréquente de traitement et/ou de réadaptation professionnelle. Ces aspects sont importants, car pour augmenter les chances qu'une personne échappe à l'entrée en invalidité, il est nécessaire de déterminer globalement et rapidement l'aide dont elle a besoin.

La demande de pension d'invalidité est souvent la dernière ou l'une des dernières étapes, pour des personnes qui ont du mal à trouver et à garder un emploi ou qui risquent d'être évincées du marché du travail. Cela signifie que les outils d'identification, aussi performants soient-ils, ne peuvent avoir qu'un impact limité. Dans bien des cas, il faudrait que l'identification des besoins intervienne beaucoup plus en amont dans le processus de détérioration de la santé mentale. On en trouve confirmation dans le fait qu'un nombre élevé de personnes souffrant de troubles mentaux perçoivent *d'autres* types de prestations

Tableau 4.5. **Détermination de l'admissibilité au bénéfice de la pension d'invalidité des demandeurs souffrant d'un trouble mental : conditions exigées et déroulement du processus**

	Définition retenue pour l'admissibilité	Exigences en termes de traitement	Instrument d'évaluation	Attention portée aux caractéristiques de la maladie mentale
Australie	Déficience résultant d'un problème de santé diagnostiqué, entraînant une incapacité de travailler au moins 15 heures par semaine (et d'être réadapté à l'emploi) pendant les deux prochaines années.	En l'absence de traitement raisonnable (nature et efficacité des traitements passés, adéquation du traitement actuel, projets de traitement futur), un problème de santé n'est pas considéré comme permanent.	Tableaux de valeurs, y compris les tableaux sur les troubles psychiatriques et liés à la toxicomanie (nouvel accent sur le fonctionnement) ; *Job Capacity Assessment* pour identifier les obstacles au travail (la plupart des évaluateurs sont des psychologues et travailleurs sociaux) ; *Employment Services Assessment* pour identifier le type d'assistance nécessaire.	Pas d'évaluation des déficiences pour les problèmes temporaires, y compris les troubles psychiatriques aigus de courte durée (par exemple dépression réactive) ; pour les maladies fluctuantes, aptitude à travailler de façon fiable pendant 26 semaines sans absences excessives.
Autriche	Maladie diagnostiquée (CIM-10) entraînant une réduction des capacités ; les chances d'obtenir un emploi ne sont pas prises en compte.	Pas d'exigences en termes de traitement, mais la réadaptation psychiatrique ou professionnelle est systématiquement envisagée et peut être obligatoire.	Entretien psychiatrique ; au besoin, tests psychologiques.	La pension est généralement accordée à titre temporaire ; (ré)évaluations effectuées par un médecin au fait de la nature de la maladie mentale en question.
Belgique	Perte de capacité de fonctionnement de plus de 66 %.	La réadaptation professionnelle peut être proposée afin de rétablir la capacité de fonctionnement. Après la formation, le bénéficiaire perd le droit aux prestations dans les six mois.	Évaluation des capacités de travail fondée sur l'opinion du médecin de l'assurance.	Pas particulièrement.
Danemark	Réduction permanente de la capacité de travail, qui fait que la personne est incapable de gagner sa vie par le travail.	La personne doit essayer de se faire soigner et/ou de suivre une réadaptation psychiatrique et/ou professionnelle (formation sur le lieu de travail ou mentorat par exemple) s'il y a lieu.	Profil de ressources comportant 12 rubriques, dont la santé, les aptitudes sociales, la capacité de changement et les réseaux sociaux.	Le profil de ressources est modulable, mais le fait qu'une maladie puisse s'améliorer avec le temps n'est pas toujours pris en compte.
États-Unis	Preuves médicales attestant que la personne présente une déficience qui l'empêche de gagner sa vie par le travail pour une période ininterrompue d'au moins 12 mois ; la toxicomanie n'est pas un critère d'admission au bénéfice de la pension.	Pas d'exigence en termes de traitement, mais tout traitement suivi est examiné attentivement, parallèlement au diagnostic, sous l'angle de l'efficacité et des effets secondaires ; pas d'exigence en matière de réadaptation psychiatrique ou professionnelle.	Pas d'outil d'évaluation de la capacité de travail ; utilisation de listes de déficiences (y compris troubles mentaux), afin de déterminer si les déficiences apparaissent suffisamment graves pour empêcher une personne d'exercer une activité rémunératrice.	La durée attendue de l'incapacité doit être d'au moins 12 mois ; réévaluations à intervalles prédéterminés (un, trois, cinq ou sept ans) afin d'établir si l'état de santé de la personne s'est amélioré depuis l'octroi de prestations.
Norvège	Maladie permanente diagnostiquée (CIM-10) entraînant une perte de fonction permanente, elle-même responsable d'une réduction de la capacité de travail.	La personne doit avoir suivi (ou fait un effort pour essayer de suivre) un traitement médical et une réadaptation professionnelle adéquats pour améliorer sa capacité de travail.	Outil d'appréciation de l'aptitude au travail (avec documentation médicale), mais pas d'exigence spéciale concernant la santé mentale.	Pas particulièrement.
Pays-Bas	Limitation de la capacité de travail résultant d'une maladie ou d'une infirmité (lien causal).	L'employeur et l'employé doivent essayer toutes les solutions possibles pendant la phase de maladie de deux ans ; l'employé doit tout mettre en œuvre pour se rétablir.	Le degré de limitation est évalué à l'aune d'une liste de 70 points portant sur des aspects physiques et psychologiques.	La nature fluctuante de certaines maladies et la comorbidité sont prises en compte (réévaluations fréquentes).
Royaume-Uni	Incapacité à travailler à cause d'une maladie ou d'une infirmité ; le problème de santé spécifique dont souffre la personne est moins important.	Pas d'exigences particulières.	L'évaluation de la capacité de travail comporte une appréciation du fonctionnement mental – par exemple, capacité à faire face au changement, à établir des relations et à communiquer de manière appropriée ; résilience émotionnelle ; niveau de peur et d'anxiété.	L'évaluation de la capacité de travail saisit certains des aspects clés ; généralement, l'entretien est mené en face à face par des évaluateurs expérimentés.

Tableau 4.5. **Détermination de l'admissibilité au bénéfice de la pension d'invalidité des demandeurs souffrant d'un trouble mental : conditions exigées et déroulement du processus** *(suite)*

	Définition retenue pour l'admissibilité	Exigences en termes de traitement	Instrument d'évaluation	Attention portée aux caractéristiques de la maladie mentale
Suède	Le diagnostic n'est pas obligatoire mais il est souvent nécessaire pour établir que la personne sera dans l'incapacité de travailler dans l'avenir prévisible.	Toute forme de réadaptation susceptible de créer des capacités de travail ou de les rétablir doit être expérimentée ou envisagée (dans la plupart des cas, une réadaptation médicale et professionnelle est *de facto* imposée avant l'octroi de la pension).	Pas d'instrument d'évaluation (en cours de développement) ; les évaluations reposent sur le jugement des médecins et des travailleurs sociaux du service de l'emploi (et celui de spécialistes au besoin).	Pas de règles relatives aux diagnostics, mais tous les aspects de la maladie doivent être pris en compte.
Suisse	Les difficultés dans le travail revêtent un caractère plus important que les critères diagnostiqués ; certains diagnostics (par exemple anxiété, toxicomanie, trouble douloureux somatoforme seul) sont explicitement exclus.	La personne doit avoir suivi un traitement de pointe et satisfaire certaines exigences en matière de réadaptation professionnelle.	L'évaluation comporte un volet lié à la santé mentale, avec tests psychologiques et examen clinique.	L'examen des personnes atteintes de troubles mentaux relève de la compétence d'organismes spécifiques (entretiens exhaustifs, observation sur une période plus longue) ; à l'avenir, les réévaluations seront plus fréquentes.

Source : Informations compilées par l'OCDE sur la base du questionnaire sur les politiques de santé mentale.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932569176

destinées à la population d'âge actif. En conséquence, il est également important de recenser les personnes souffrant de troubles mentaux qui perçoivent ces autres prestations – allocations de chômage (de longue durée) et aide sociale en particulier – ainsi que leurs besoins d'aide spécifiques.

Grosso modo, la sensibilisation à l'importance de cette question reste limitée. En témoigne clairement le fait que pratiquement aucun pays de l'OCDE ne collecte de statistiques sur le nombre de personnes souffrant de problèmes mentaux qui perçoivent des allocations de chômage ou d'aide sociale. Dans certains pays, les registres des régimes d'assurance-chômage et d'aide sociale contiennent des informations sur le nombre de personnes souffrant de handicap. En Allemagne, par exemple, 10 % des chômeurs de longue durée souffrent d'un handicap officiellement déclaré, et la proportion atteint 20 % chez les 50 ans et plus (Brussig et Knuth, 2010) ; cependant, il s'agit de personnes très lourdement handicapées. En Israël, 30 % des chômeurs et 60 % des chômeurs de longue durée souffrent de handicap.

Il est regrettable de ne pas avoir plus d'informations sur le nombre d'individus atteints de troubles mentaux qui sont inscrits auprès des régimes d'assurance-chômage et d'aide sociale. Des recherches menées en Suède sont parvenues à la conclusion que 58 % de l'ensemble des bénéficiaires de l'aide sociale avaient des problèmes psychiatriques et un tiers des problèmes de drogue. De même, 80 % des participants à l'ensemble des programmes du marché du travail ont une capacité de travail variable ou réduite, et parmi eux, 23 % sont affectés de troubles mentaux (Van der Wel *et al.*, 2006). Aux États-Unis, une étude a estimé que 35 % de l'ensemble des bénéficiaires de la *Temporary Assistance to Needy Families* (l'équivalent de l'aide sociale) souffraient de symptômes de détresse psychologique, la dépression étant la forme de trouble la plus fréquemment citée (Montoya et Brown, 2007).

Dans la plupart des pays, les régimes d'assurance-chômage sont mal préparés pour identifier les besoins supplémentaires spécifiques des demandeurs d'emploi atteints de troubles mentaux. Il est rare qu'une approche systématique soit utilisée pour identifier ces

problèmes et besoins particuliers, et les travailleurs sociaux des services de l'emploi n'ont pas toutes les compétences requises pour s'acquitter de cette tâche (tableau 4.6). Certains pays proposent des formations spéciales aux travailleurs sociaux, mais elles sont souvent insuffisantes et ne sont pas accessibles à tous les agents. Dans certains pays comme l'Autriche, les agences pour l'emploi ont des conseillers spéciaux ; dans d'autres comme la Suède, il existe des psychologues et des travailleurs sociaux spécialement affectés à ces cas. En Australie, les demandeurs d'emploi souffrant de troubles mentaux ont probablement plus de chances qu'ailleurs d'être rapidement orientés vers l'expert compétent, grâce à l'utilisation d'un outil de profilage complet lors de la phase d'admission, associée à un aiguillage immédiat vers une évaluation de la capacité d'emploi plus exhaustive (*Job Capacity Assessment*) et/ou une évaluation par les services de l'emploi (*Employment Services Assessment*), également utilisées par le régime d'invalidité, en cas d'obstacles particulièrement complexes à l'emploi.

Tableau 4.6. **Moyens mis en œuvre par les régimes d'assurance-chômage et les services de l'emploi pour identifier et aider les personnes souffrant d'un trouble mental**

	Identification au sein du régime d'assurance-chômage	Offre de conseils spécialisés au sein du service de l'emploi
Australie	L'instrument de classification des demandeurs d'emploi (JSCI) permet d'identifier les obstacles à l'emploi, y compris les problèmes de santé mentale (à condition que la personne divulgue ses problèmes de son propre chef) ; les personnes confrontées à des obstacles complexes peuvent être aiguillées vers une évaluation de la capacité d'emploi (JCA).	Grâce au profilage (JSCI) et au lien étroit avec le régime d'assurance-invalidité (doté de ses deux outils d'évaluation), les gens seraient rapidement renvoyés à l'expert adéquat ; des professionnels de la santé peuvent évaluer toute exemption temporaire de conditions de participation.
Autriche	Les personnes souffrant de maladie mentale ne sont pas identifiées, mais celles qui ont un handicap le sont.	Conseillers spéciaux bénéficiant de créneaux horaires supplémentaires et ayant des connaissances et une formation adaptées ; éléments de formation pour les travailleurs sociaux.
Belgique	L'identification repose sur l'autodivulgation dans un premier temps, puis sur une vérification administrative ; des évaluations psychologiques et médicales sont également possibles.	En Flandre, les travailleurs sociaux peuvent se procurer des outils d'évaluation spéciaux auprès du personnel médical ; en Wallonie, les travailleurs sociaux reçoivent une formation sur la démarche à adopter vis-à-vis des demandeurs souffrant de troubles mentaux.
Danemark	Succession d'activités de dialogue et d'assistance active permettant d'identifier ces problèmes.	On s'en remet à la formation et à l'expérience des travailleurs sociaux ; possibilité d'orientation vers une aide psychologique.
États-Unis	Pas d'outil d'admission, et pas d'identification des troubles médicaux aux fins d'octroi d'allocations de chômage.	Des formations spécialisées existent mais elles ne sont pas suffisantes, et la charge de dossiers à traiter est très lourde.
Norvège	Le même outil d'appréciation de l'employabilité est utilisé comme instrument de profilage pour toutes les prestations destinées aux personnes d'âge actif.	Un plan individuel permet d'offrir une aide concertée aux personnes qui ont besoin d'un éventail de services coordonnés.
Pays-Bas	Pas d'identification mais obligation d'offrir (acheter) des services de réintégration adéquats.	Des professionnels médicaux et des experts spécialisés examinent les possibilités de travail et d'emploi.
Royaume-Uni	Pas d'outil d'admission pour identifier les troubles médicaux aux fins d'octroi d'allocations de chômage. L'identification repose sur l'autodivulgation à l'appui de la recherche d'emploi.	Tous les conseillers ont accès à une formation initiale et peuvent en permanence obtenir des conseils ; ils peuvent fournir un soutien sur les questions liées à la santé et au bien-être, ou orienter les personnes vers des conseillers spécialistes de l'emploi des personnes handicapées et des psychologues du travail, capables de répondre à des besoins plus complexes.
Suède	Le risque de chômage de longue durée est évalué au moyen de différents outils de profilage, tels que le profil de prédisposition au travail, et, si besoin, de tests et d'évaluations psychologiques.	Il existe des psychologues, des ergothérapeutes et des travailleurs sociaux spécialement affectés, qui peuvent réaliser un bilan en complément de l'évaluation médicale existante.
Suisse	Il n'existe pas d'outil de profilage uniforme pour détecter les problèmes de santé mentale.	Il est fait appel aux travailleurs sociaux du service de l'emploi.

Source : Informations compilées par l'OCDE sur la base du questionnaire sur les politiques de santé mentale.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932569195

4.5. Services du marché du travail accessibles aux personnes atteintes de troubles mentaux

Une fois leurs problèmes identifiés, tout l'enjeu est d'aider les personnes souffrant de troubles mentaux à se maintenir ou à retourner sur le marché du travail, voire à conserver leur emploi. Sachant que la probabilité de sortir d'un régime d'invalidité est très faible (OCDE, 2010), il est nécessaire d'investir davantage pour prévenir d'emblée l'entrée en invalidité. Cette section examine : *i)* les possibilités, pour les demandeurs de prestations souffrant de troubles mentaux, de participer aux mesures orientées sur l'emploi et d'en tirer profit ; *ii)* les déterminants d'un retour réussi à l'emploi après un arrêt maladie de longue durée, tels qu'ils ressortent des articles publiés ; et *iii)* les enseignements éventuels à retirer des évaluations de certains programmes conçus pour des personnes souffrant de troubles autres que mentaux.

Participation aux programmes orientés sur l'emploi

Les informations sur la proportion de personnes atteintes de troubles mentaux qui participent aux différentes mesures du marché du travail dans les pays de l'OCDE sont limitées, sans parler des données sur l'efficacité de ces mesures pour ce groupe particulier. Seulement la moitié des dix pays étudiés sont en mesure de fournir des informations – de nature variable – sur le nombre des participants aux programmes actifs du marché du travail (PAMT), ainsi que le montre le graphique 4.15.

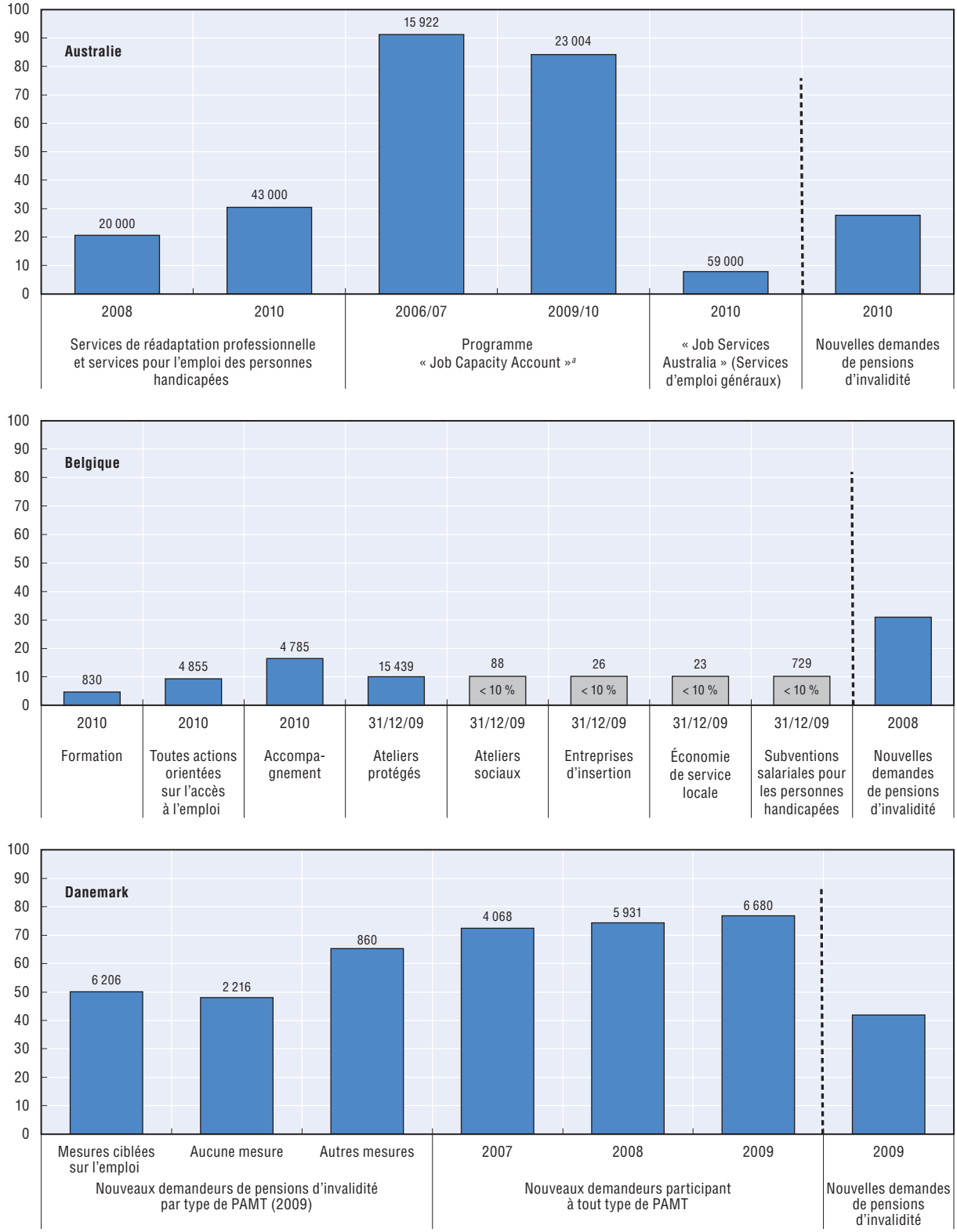
Les données de la Belgique et aussi, dans une large mesure, celles du Royaume-Uni, semblent indiquer que les personnes atteintes de troubles mentaux sont fortement sous-représentées parmi les participants aux PAMT. Alors que celles-ci comptent pour 30 à 35 % de l'ensemble des nouvelles demandes de pensions d'invalidité, leur part dans les différents programmes est de l'ordre de 10 % si ce n'est moins. Cet écart très important pourrait s'expliquer par le fait que certaines de ces personnes sont moins motivées pour travailler et/ou que les travailleurs sociaux les jugent plus inaptes et donc moins susceptibles de tirer profit d'une mesure pour l'emploi[17].

Cependant, les données pour l'Australie, le Danemark et la Norvège – trois pays qui, récemment, ont accordé une très grande attention aux politiques articulant santé mentale et travail – dessinent un tableau différent[18]. Dans ces trois pays, la part des participants aux PAMT atteints de troubles mentaux est à peu près équivalente – voire partiellement supérieure – à la part de ce groupe dans les nouvelles demandes de pensions d'invalidité. On observe la même situation pour le programme *Pathways to Work* au Royaume-Uni, lancé en 2003-04 sous la forme d'une initiative pilote et mis en œuvre en tant que programme national jusqu'en avril 2011 (voir OCDE, 2008). Certains dispositifs, tels que le *Job Capacity Account* en Australie, sont utilisés majoritairement par des personnes souffrant de troubles mentaux[19].

Les données australiennes font apparaître une hausse rapide du nombre de participants souffrant de problèmes mentaux dans les programmes proposés par le réseau des services spécialisés (Services de réadaptation professionnelle et Services pour l'emploi des personnes handicapées). Elles montrent aussi l'importance des services généraux du marché du travail (assurés par *Job Services Australia*) pour les personnes atteintes de troubles mentaux : celles-ci sont plus nombreuses encore à utiliser ces services qu'à participer aux programmes des services spécialisés (environ 48 000 participants dans le premier cas et environ 35 000 dans le second, voir graphique 4.15) – même si, naturellement, la part des participants aux services

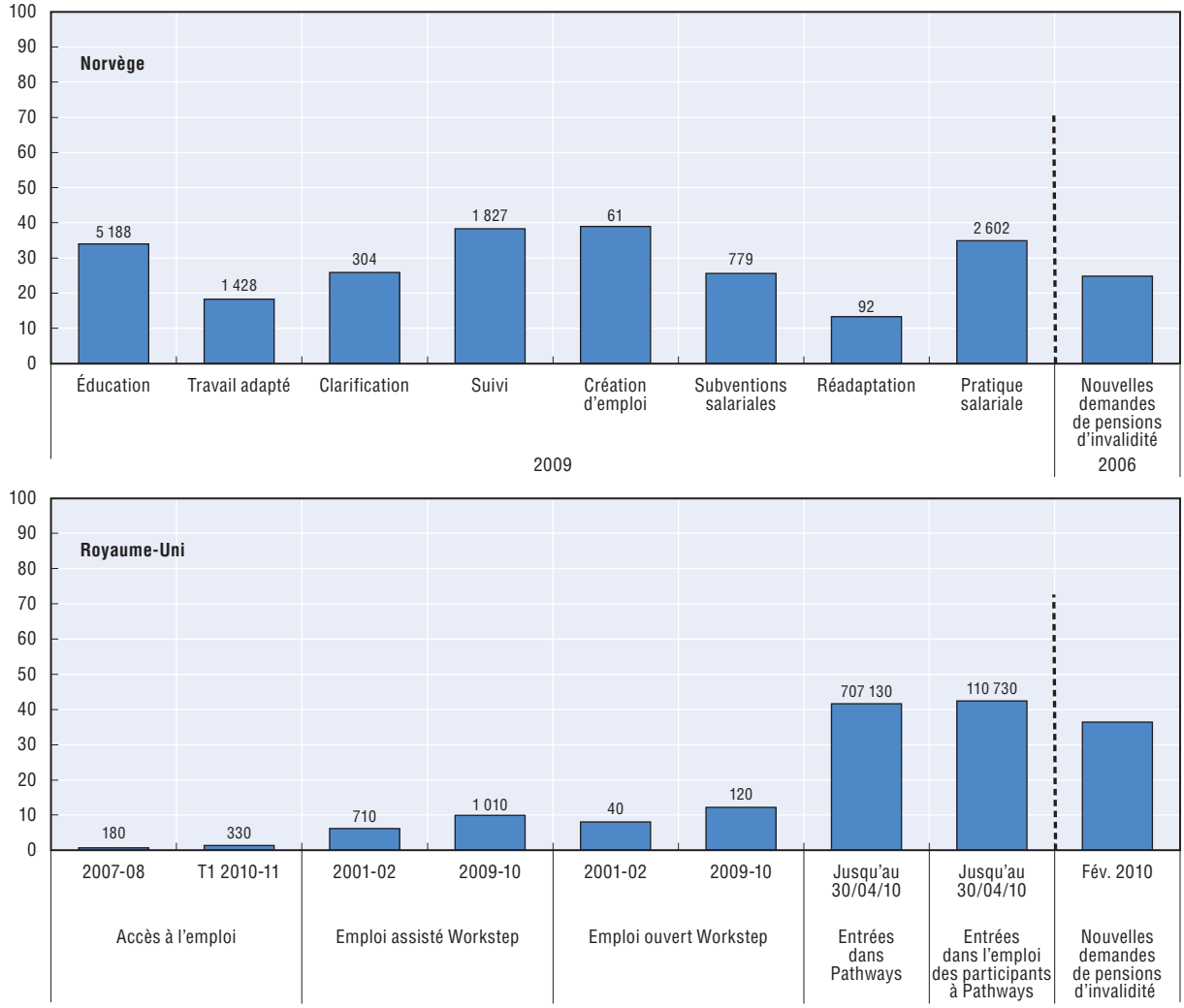
Graphique 4.15. **La part des participants aux programmes actifs du marché du travail (PAMT) qui souffrent de troubles mentaux varie selon les pays et les programmes**

Part des participants ou demandeurs atteints d'un trouble mental (en pourcentage), certaines années et certains pays



Graphique 4.15. **La part des participants aux programmes actifs du marché du travail (PAMT) qui souffrent de troubles mentaux varie selon les pays et les programmes** *(suite)*

Part des participants ou demandeurs atteints d'un trouble mental (en pourcentage), certaines années et certains pays



a) Le programme *Job Capacity Account* a pris fin le 31 décembre 2010.

Source : Informations compilées par l'OCDE sur la base du questionnaire de l'OCDE sur la santé mentale.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568720

généraux qui souffrent de troubles mentaux est beaucoup plus réduite. Il est probable que la situation soit à peu près identique dans la plupart des pays de l'OCDE. Les données danoises indiquent que trois nouveaux demandeurs de pensions d'invalidité souffrant de troubles mentaux sur quatre ont participé à une mesure quelconque en faveur de l'emploi avant de se voir accorder une pension. Ce chiffre doit être mis en regard de la règle danoise exigeant qu'une pension ne soit accordée que si le demandeur a préalablement essayé toutes les mesures de réadaptation potentiellement adaptées à son cas.

Évaluation des programmes

Les informations sur l'efficacité des programmes destinés aux personnes atteintes de troubles mentaux sont encore plus rares. Les données du graphique 4.15 pour le Royaume-Uni laissent penser que le dispositif *Pathways* est aussi efficace, dans un premier

temps, pour ces personnes que pour celles qui souffrent d'un autre problème de santé (avec des nombres analogues d'*entrées* dans le programme et d'*insertions professionnelles* consécutives à la participation au programme). Cependant, l'évaluation approfondie de *Pathways*, comprenant une série d'entretiens axés sur le travail avec un conseiller personnel et l'accès à différents programmes de soutien (*Choices Package*), dont des programmes de gestion de l'état de santé (*Condition management*) semble indiquer que les clients ayant des problèmes de santé mentale s'en sortent considérablement moins bien. Dorsett (2008) a constaté que l'incidence du programme sur l'emploi était sensiblement plus élevée parmi les participants ne faisant pas état de problèmes de santé mentale et que les conseillers personnels éprouvaient les plus grandes difficultés avec les clients atteints de troubles mentaux et jugeaient qu'il était particulièrement difficile de leur venir en aide. Hayllar *et al.* (2010) concluent que les clients souffrant de troubles mentaux (diagnostiqués comme problème primaire ou secondaire) ont deux fois moins de chances d'occuper un emploi rémunéré 13 mois après leur entrée dans le programme que ceux qui n'ont pas ce type de problème (17 % contre 34 %), et ils sont également moins susceptibles de chercher activement du travail (18 % contre 23 %). Pourtant, le degré d'investissement des participants dans le processus et les entretiens axés sur le travail puis dans les services *Work Choices*, puis les programmes de soutien vers lesquels ils ont été orientés par la suite, est identique dans les deux groupes.

À l'inverse, une évaluation de l'assistance offerte sur le marché du travail en Australie relève des effets comparables, en termes de sorties des régimes de prestations, chez les personnes atteintes de troubles mentaux et celles souffrant d'une incapacité physique (*Evaluation and Program Performance Branch*, 2010). Plus précisément, les résultats sont très similaires pour la plupart des dispositifs et ne varient pas selon que le participant ait ou non bénéficié d'une prestation auparavant ni selon la nature de cette prestation – pension d'invalidité ou l'une des allocations de chômage existantes (*Youth Allowance* ou *Newstart Allowance*).

Arrêts maladie partiels

Depuis quelques temps, les pays nordiques encouragent clairement le recours aux arrêts maladie partiels ou à temps partiel dans le souci d'accélérer le retour à l'emploi, notamment après une absence de longue durée. Les règles varient selon les pays, mais l'objectif est fondamentalement le même. En Norvège, par exemple, les médecins qui délivrent les certificats d'arrêt de travail ont l'obligation d'envisager, en première intention, l'octroi d'un arrêt partiel avant d'accorder éventuellement un arrêt complet. En Finlande, à l'inverse, l'arrêt de travail partiel (ou le temps partiel thérapeutique) ne peut être envisagé qu'au terme d'une absence de 60 jours. Les systèmes danois et suédois sont plus souples. En principe, les troubles mentaux sont, *par nature*, particulièrement adaptés à ce système parce qu'ils laissent à la personne la possibilité de travailler un tant soit peu, notamment pendant la phase de récupération. En ce sens, cette nouvelle approche, qui mise sur une réduction des absences permettant de limiter les retraits durables du marché du travail, présente un potentiel considérable.

Les congés de maladie à temps partiel peuvent être définis de différentes manières selon les systèmes des pays. Andrén (2011) a examiné cette question pour la Suède, le pays qui dispose du système le plus souple et le plus ancien (les arrêts maladie à temps partiel y sont utilisés depuis le début des années 60). Certaines personnes sont en arrêt partiel dès le départ, tandis que d'autres passent d'un arrêt à temps plein à un arrêt à temps partiel. La

question la plus intéressante du point de vue des politiques est probablement de savoir si l'arrêt à temps partiel peut accélérer le rétablissement complet de la capacité de travail d'une personne qui était précédemment en arrêt à temps plein, ou augmenter la probabilité que cette personne reprenne son emploi parfaitement rétablie. En Suède, sur l'ensemble des cas d'arrêt maladie réunis, les arrêts partiels ont un effet positif sur la probabilité de rétablissement complet après une année dans 48 % de l'ensemble des cas, et un effet négatif dans 6 % des cas (Andrén, 2011). L'étude constate en outre que, de manière générale, les arrêts maladie à temps partiel augmentent la probabilité de rétablissement après une absence de longue durée, mais la réduisent après une absence de moins de 120 jours (Andrén et Andrén, 2009). Adoptant une approche de modélisation très différente basée sur les dossiers d'arrêts de travail des médecins en Norvège, Markussen *et al.* (2010) parviennent également à une conclusion positive : les personnes qui se voient prescrire un arrêt de travail partiel sont absentes moins longtemps en moyenne (150 jours contre 200 jours), ont moins d'absences récurrentes et affichent des taux d'emploi plus élevés deux années plus tard (92 % contre 78 %) que ce ne serait le cas si elles étaient en arrêt complet.

S'agissant de l'impact des arrêts maladie à temps partiel sur les personnes souffrant de problèmes mentaux, les données sont mitigées. Dans le cas de la Suède, Andrén (2010) conclut que les salariés en arrêt de travail à temps plein pour cause de troubles mentaux qui passent en arrêt à temps partiel à un moment quelconque après le 60ème jour d'arrêt voient leurs résultats s'améliorer de manière statistiquement significative. Plus précisément, 40 % d'entre eux tirent profit de l'arrêt partiel – au sens où ils sont plus susceptibles de reprendre leur emploi parfaitement rétablis, alors que seuls 4 % en pâtissent. Le fait d'être placé en arrêt à temps partiel plus tôt n'a pas d'effet significatif, avec un nombre identique de gagnants et de perdants. Pour leur part, Høgelund et Holm (2011) observent qu'au Danemark, une bonne partie des effets, également positifs, des arrêts maladie à temps partiel disparaissaient lorsqu'on tient compte des différences non observées entre absents à temps plein et absents à temps partiel. Pour les personnes souffrant de maladie mentale, cet ajustement annihile tous les effets de l'arrêt à temps partiel, tandis que pour celles qui ont d'autres problèmes de santé, l'effet positif de l'arrêt à temps partiel sur la probabilité de reprendre le travail parfaitement rétabli diminue mais reste significatif.

Facteurs prédictifs du retour à l'emploi des personnes souffrant d'une mauvaise santé mentale

Les données issues de sources administratives et d'évaluations de programmes sont beaucoup trop restreintes pour que l'on puisse en tirer des conclusions fiables quant à l'efficacité, pour les personnes souffrant de problèmes mentaux, des programmes qui visent à ramener les bénéficiaires des régimes de prestations sur le marché du travail ou à empêcher les nouvelles demandes de pension. Même les données sur les programmes destinés aux chômeurs en général sont limitées et partielles (Forslund *et al.*, 2011) ; on en sait très peu, en particulier, sur les programmes réservés aux chômeurs de longue durée, encore moins sur les mesures à l'attention des personnes handicapées, et quant aux interventions destinées aux individus souffrant de mauvaise santé mentale, dont beaucoup sont chômeurs (de longue durée), c'est sans doute là que les lacunes sont les plus criantes. Devant l'augmentation rapide de la part des arrêts maladie et des demandes de pensions d'invalidité attribuables à des problèmes mentaux, des travaux de recherche de plus en plus nombreux se sont attachés ces dernières années à identifier les déterminants d'un retour réussi à l'emploi pour les personnes souffrant de troubles mentaux, généralement en examinant le

parcours de travailleurs qui sont restés longtemps en arrêt maladie. Le corpus de données s'étoffe peu à peu mais reste limité :

- Premièrement, les facteurs liés au comportement et à la mentalité jouent un rôle primordial. Ces facteurs incluent, par exemple, l'attitude vis-à-vis du travail (Brouwer *et al.*, 2009), l'anticipation d'un retour réussi (Nielsen *et al.*, 2010) et, plus généralement, l'estime de soi et la vision de l'avenir (par exemple, Rytsala *et al.*, 2007). Cela signifie que la motivation à reprendre le travail est tout à fait essentielle et qu'il est nécessaire de mettre le patient en condition de se focaliser sur son retour à l'emploi dès le début du processus de réadaptation, tâche dont peut se charger, par exemple, le médecin généraliste, qui est souvent la première personne consultée au cours d'un épisode de troubles mentaux (voir le chapitre 3)[20].
- Deuxièmement, les personnes qui ne se sont jamais absentées du travail pour une longue période à cause d'un problème de santé mentale par le passé sont plus susceptibles de reprendre le travail (par exemple, Nielsen *et al.*, 2010 ; Rytsala *et al.*, 2007). Par ailleurs, plus l'arrêt de travail est long, moins le retour à l'emploi est probable (St-Arnaud *et al.*, 2007), c'est pourquoi il est essentiel de définir les problèmes de la personne et d'intervenir dès sa ou ses premières absences du travail. Par exemple, Koopmans *et al.* (2011), qui ont suivi une cohorte de salariés aux Pays-Bas, ont constaté qu'un travailleur sur cinq repartait en arrêt de longue durée dans un délai de sept ans, ce congé intervenant dans 90 % des cas dans les trois premières années, généralement après dix mois. En Suède, Vaez *et al.* (2007) ont observé qu'un tiers seulement des travailleurs qui avaient été placés en arrêt de longue durée pour des troubles psychiatriques en 1999/2000 comptaient moins de 17 jours d'absence quelque trois années plus tard, alors que plus de 50 % avaient accumulé plus de 90 jours d'absence.
- Troisièmement, les caractéristiques de l'entreprise et de l'employeur ont leur importance. Les déterminants d'un retour réussi ou plus rapide à l'emploi liés à l'employeur comprennent, en particulier, une communication de meilleure qualité entre l'employé et son supérieur hiérarchique (Nieuwenhuijsen *et al.*, 2004) et la mise en place par les employeurs et les services de santé au travail d'aménagements et d'activités de réadaptation, qui sont utiles même pour les employés en arrêt maladie de longue durée (Everhardt et de Jong, 2011). Les personnes qui expliquent leur absence du travail par des raisons professionnelles sont moins susceptibles de reprendre leur emploi que celles qui invoquent des raisons personnelles, les employés arguant de motifs à la fois professionnels et personnels ayant le pronostic de retour à l'emploi le plus faible (St-Arnaud *et al.*, 2007). La surcharge de travail, la non-reconnaissance des efforts effectués et les conflits avec les supérieurs hiérarchiques réduisent la probabilité de retour à l'emploi (St-Arnaud *et al.*, 2007). Par conséquent, une collaboration étroite avec l'employeur est de nature à optimiser les chances d'un retour réussi à l'emploi.
- Enfin, il faut prendre en compte les facteurs liés à la maladie. Plusieurs études confirment que les symptômes graves, la coexistence d'affections secondaires, les épisodes de maladie mentale de longue durée (par exemple de dépression) et la fréquence élevée des épisodes antérieurs réduisent le fonctionnement au travail et la probabilité de retour à l'emploi (Lagerveld *et al.*, 2010). Le diagnostic sous-jacent a également son importance : par exemple, le stress et l'épuisement professionnel sont associés à un meilleur pronostic de retour à l'emploi que la dépression et les autres problèmes de santé mentale (Nielsen *et al.*, 2010). Tous ces facteurs, à leur tour, soulignent le rôle essentiel du praticien et du système de santé en général dans le processus de retour à l'emploi.

Globalement, les données limitées dont on dispose concluent à la nécessité d'intervenir à un stade précoce, en mobilisant l'ensemble des acteurs concernés. Cependant, des recherches supplémentaires seront nécessaires pour mieux comprendre pourquoi l'amélioration des symptômes et de la qualité de vie permise par les différents traitements médicaux et psychologiques existants ne se traduit pas par des résultats meilleurs en termes d'emploi et pour déterminer les facteurs qui permettraient d'y remédier, ainsi que pour lever les incertitudes scientifiques quant à l'efficacité de la réadaptation professionnelle (Waddel *et al.*, 2008).

Leçons livrées par les programmes portant sur les TMS

Compte tenu du peu d'informations disponibles sur les facteurs de succès du retour à l'emploi et sur l'utilisation et l'impact des programmes actifs du marché du travail pour les personnes souffrant de problèmes mentaux, il peut être utile de chercher à déterminer si les enseignements tirés des initiatives conçues pour des personnes souffrant d'autres problèmes de santé, en particulier de TMS, sont transposables aux personnes atteintes de troubles mentaux. À l'appui de ce raisonnement, Waddel *et al.* (2008) observent que les problèmes mentaux d'aujourd'hui présentent de nombreuses similitudes avec les problèmes de lombalgie dans les années 80 :

> « *… une augmentation exponentielle des arrêts maladie et de l'incapacité de longue durée qui, d'après les données fiables disponibles, ne semble pas s'accompagner d'un changement significatif de la prévalence de la maladie mentale ; l'absence de distinction entre des symptômes psychologiques non spécifiques et des troubles mentaux diagnosticables ; un débat entre l'opportunité d'accroître l'offre de soins et la crainte d'une surmédicalisation ; et une focalisation sur les résultats purement cliniques au détriment des résultats sur le plan de l'emploi.* »

Briand *et al.* (2007) est probablement l'étude qui a le mieux tenté de cerner les possibilités de transposer les programmes initialement conçus pour les personnes atteintes de TMS aux personnes souffrant de problèmes mentaux. Les TMS ont fait l'objet de programmes de réadaptation professionnelle spécifiques intégrant les facteurs psychologiques et professionnels, les facteurs liés au milieu de travail et à l'organisation et les facteurs liés à la participation des différents intervenants dans le processus de réadaptation. Les auteurs concluent que le programme de retour thérapeutique au travail, mis en place pour des individus souffrant de TMS (*cf.* par exemple, Durand et Loisiel, 2001), est d'un grand intérêt pour les travailleurs qui ont des problèmes mentaux.

Destiné à des travailleurs en arrêt maladie depuis plusieurs mois, le programme de retour thérapeutique au travail prévoit des interventions quotidiennes sur une période comprise entre 8 et 12 semaines (avec des tâches structurées à effectuer chaque semaine). Les participants bénéficient du soutien d'une équipe pluridisciplinaire composée d'ergothérapeutes, de psychologues, de médecins spécialisés en réadaptation professionnelle et d'un coordinateur clinique – c'est-à-dire, *grosso modo*, l'équipe-type qu'il faudrait mettre en place pour faciliter le retour réussi et durable à l'emploi des personnes atteintes de troubles mentaux. Ce programme comprend quatre éléments ou étapes clés (Briand *et al.*, 2007) :

- Premièrement, l'évaluation de la situation de handicap au travail dans le cadre d'un entretien de diagnostic de la situation de handicap au travail, qui a pour but de déterminer les moyens d'action en faveur du retour au travail et les obstacles qui s'y opposent.

- Deuxièmement, des mesures qui renforcent la détermination du participant à s'investir dans son retour à l'emploi – il s'agit notamment de l'aider à ne pas avoir peur de reprendre le travail, à retrouver confiance en lui, à réactiver ses habitudes de travail et, si possible, à renouer avec le travail.
- Troisièmement, des mesures qui soutiennent la participation active du participant dans son retour à l'emploi – en maintenant sa détermination à s'investir dans le processus de retour à l'emploi, en l'encourageant à développer une perception réaliste de la situation et à ajuster ses attentes, en créant un contexte favorable au retour au travail et en accompagnant l'individu à mesure qu'il réinvestit son rôle de travailleur.
- Enfin, des mesures qui favorisent le maintien dans l'emploi – par exemple, en veillant à ce que le participant bénéficie d'un lieu de travail sûr, en améliorant sa maîtrise de soi et en réduisant le stress et l'anxiété liés au travail.

Pour l'essentiel, ces mesures portent sur des variables qui ne sont pas liées aux TMS ayant motivé l'arrêt maladie ; aussi sont-elles largement applicables au processus de retour à l'emploi des travailleurs atteints de troubles mentaux. Certaines sont même encore plus pertinentes et importantes pour cette dernière catégorie : par exemple les mesures qui font du travail un instrument à part entière du rétablissement de la santé et des capacités de travail, les aménagements spécifiques du lieu de travail et les mesures axées sur les conditions de travail. En associant retour progressif à l'emploi et approche clinico-thérapeutique, le programme de retour thérapeutique au travail se présente comme un complément utile au système d'arrêt maladie à temps partiel flexible qui, de par ses caractéristiques et faute de faire intervenir l'ensemble des parties prenantes, n'est pas suffisant pour assurer un retour progressif à l'emploi.

Leçons livrées par les évaluations des programmes d'emploi assisté

Nul dispositif d'aide à l'emploi n'a sans doute été aussi bien défini, mis en œuvre et évalué que l'*emploi assisté*, un modèle de pratique basé sur les faits dont l'objectif est d'aider les personnes atteintes de handicap grave à réintégrer autant que possible le marché du travail régulier (*cf.* chapitre 3), en leur assurant un soutien constant. Une méta-analyse de 11 essais contrôlés randomisés réalisés en Australie, au Canada et aux États-Unis est parvenue à la conclusion que l'emploi assisté était associé à : une probabilité accrue de trouver un emploi en milieu ouvert (61 % en moyenne trouvent un emploi, contre 23 % pour les interventions plus traditionnelles) ; une diminution du pourcentage de participants qui ne trouvent qu'un travail à temps partiel (en moyenne, 44 % des participants travaillent plus de 20 heures, contre 14 % pour les autres interventions) ; une diminution du délai nécessaire pour trouver un emploi ; et une amélioration de la durée de l'emploi (Bond *et al.*, 2008).

Toutefois, s'agissant d'un modèle à forte intensité de ressources et de personnel, très peu d'individus peuvent en bénéficier, même dans les pays où il est utilisé de longue date (les États-Unis par exemple). Les défenseurs du modèle factuel de l'emploi assisté sont convaincus que le développement de ce type d'intervention permettrait d'enrayer la hausse des taux d'invalidité et qu'il pourrait aider les personnes déjà handicapées à valoriser leur capacité de travail et à subvenir elles-mêmes à leurs besoins, avec un impact nul ou très réduit sur les finances publiques (Drake *et al.*, 2009). Néanmoins, il existe peu de données sur le rapport coût-efficacité de cette approche sur le long terme – la plupart des estimations disponibles portant sur les coûts à court terme par client-année (par exemple, Salkever, 2011), et plus généralement, on sait peu de choses sur la viabilité à long terme des résultats d'emploi initiaux.

Point très important, l'emploi assisté ne s'adresse actuellement qu'à un public cible relativement restreint : les personnes en situation de handicap grave. Les individus atteints de troubles mentaux graves peuvent y accéder dans certains cas, mais la majorité des bénéficiaires sont des personnes qui souffrent de déficiences intellectuelles graves. Le principe clé du modèle de l'emploi assisté réside dans la coopération entre les spécialistes de l'emploi et les spécialistes de la santé mentale. Ensemble, ceux-ci aident les clients à définir le type de travail qu'ils souhaitent accomplir, à trouver un emploi aussi rapidement que possible et à effectuer leur travail correctement une fois en poste ou, le cas échéant, à trouver un autre emploi plus adéquat, en les accompagnant à chaque fois aussi longtemps que nécessaire. Ces éléments peuvent tous être très utiles pour un grand nombre de personnes qui souffrent de troubles mentaux, y compris de troubles légers ou modérés, et éprouvent les plus grandes difficultés pour garder ou trouver un emploi.

Défis pour les prestataires de services

En appliquant les leçons tirées des évaluations de programmes, des essais contrôlés randomisés et des dispositifs initialement conçus pour d'autres groupes cibles, il ne faut pas perdre de vue que les interventions et la mise en œuvre de services en faveur des personnes présentant des troubles mentaux soulèvent des défis spécifiques. L'hétérogénéité de ce groupe en termes de symptômes, de gravité et complexité des troubles et d'incapacité est immense, et il n'y a assurément pas de cas-type dans cette population. Cependant, on recense un certain nombre de difficultés qui s'appliquent probablement à de nombreuses personnes atteintes de troubles psychiques, et qui peuvent être catégorisées en difficultés d'*interaction* et difficultés d'*identification* (*cf.* Asher, 2010).

Les difficultés d'interaction désignent les difficultés qu'éprouvent certains clients souffrant de maladie mentale face à des méthodes de communication et de vérification perçues comme menaçantes ou stressantes ; les difficultés de certaines personnes à comprendre leurs droits et responsabilités, qui peuvent les dissuader de demander des prestations ou des services ; l'incapacité des clients à fournir les informations nécessaires pour appuyer une demande de prestation ou de service ; et la réticence des clients potentiels à reconnaître et accepter leurs problèmes et leur handicap.

Les difficultés d'identification recouvrent la difficulté de définir correctement les besoins d'aide des clients, dont beaucoup ne sont que partiellement conscients de leurs problèmes et/ou ne souhaitent pas les divulguer complètement ; le manque de connaissances sur les aides les plus appropriées, les groupes cibles pour lesquels elles sont les plus indiquées et le moment auquel elles doivent intervenir, ainsi qu'un manque de connaissances sur les besoins de services associés relevant de la compétence d'autres organismes ; les problèmes de partage d'informations et de coopération entre les différents systèmes et organismes ; ainsi que les problèmes de non-admissibilité à certaines aides et prestations financières, qui tiennent au caractère occasionnel de certains troubles mentaux.

Il est nécessaire que ces aspects soient mieux compris et mieux pris en compte par les institutions du marché du travail et les régimes de prestations qui s'occupent des personnes souffrant de maladie mentale et ont à cœur d'améliorer l'efficacité des services d'emploi proposés à ce groupe.

4.6. Conclusion : nécessité d'une action concertée du système de sécurité sociale

Les données disponibles permettent de penser que le travail est le rempart le plus efficace contre la pauvreté pour les personnes atteintes de troubles mentaux. Mais quand elles perdent leur emploi ou qu'elles ne peuvent (ré)entrer sur le marché du travail, les personnes dépendent de l'État pour bénéficier des prestations de revenu, souvent sous forme de pension d'invalidité. Mais les prestations autres que d'invalidité représentent une source de revenus aussi importante que les pensions d'invalidité pour les individus atteints de troubles mentaux graves, et même une source de revenus plus importante pour ceux qui présentent des troubles mentaux courants. Ce constat a plusieurs implications sur le plan de l'action des pouvoirs publics, la première étant que les politiques qui se focalisent uniquement sur les régimes de maladie et d'invalidité ne pourront répondre à la demande. Il est essentiel que les autres régimes – assurance-chômage et aide sociale en particulier – identifient les personnes souffrant de problèmes mentaux et l'aide dont elles ont besoin.

Toutefois, la plupart des pays ont très peu d'informations sur la santé mentale des personnes au chômage et bénéficiant de l'aide sociale. Cette lacune pose un grand défi aux travailleurs sociaux des services de l'emploi qui doivent offrir les services adéquates à un grand nombre de demandeurs d'emploi ayant des troubles mentaux. La plupart de pays s'appuient sur les travailleurs sociaux pour identifier ces personnes et évaluer leurs besoins, bien que le personnel ne disposent pas toujours de l'expertise nécessaire pour faire face à cette tâche.

Cette condition est d'autant plus importante que l'on sait qu'un soutien précoce à l'emploi est doublement efficace. D'une part, les chances de retour à l'emploi sont beaucoup plus élevées lorsque l'intervention est mise en place dès le premier arrêt de travail motivé par un problème de santé mentale, avec le concours de l'entreprise et de l'employeur, et d'autre part, plus tôt sont prises les mesures, meilleures sont les chances d'éviter l'apparition d'une maladie mentale plus grave et la comorbidité avec des troubles somatiques ou d'autres troubles mentaux – deux facteurs qui rendent l'insertion sur le marché du travail particulièrement difficile. À ce stade, la seule chose que nous sachions est que les demandeurs de pensions d'invalidité souffrant de troubles mentaux n'ont pas nécessairement une probabilité moindre d'accéder aux services d'aide à l'emploi mais sont, semble-t-il, moins susceptibles d'en tirer profit. Cela tendrait à confirmer que les mesures de soutien interviennent trop tardivement et que, comme le laisse supposer l'impact positif limité des arrêts maladie à temps partiel, elles ne sont pas suffisamment complètes et pâtissent d'un manque de collaboration interdisciplinaire.

S'agissant des régimes d'invalidité, il est possible de mieux prendre en compte les caractéristiques spéciales des troubles mentaux au cours de la phase d'évaluation et du processus d'identification des besoins. Le fait qu'une proportion très élevée des nouvelles demandes de pension d'invalidité soient motivées par des problèmes mentaux alors que la prévalence des troubles mentaux n'a pas connu d'augmentation comparable montre qu'il est nécessaire de mieux comprendre ces problèmes. Pour les personnes qui souffrent d'affections complexes et comorbides (un groupe qui a toujours existé), on note que, de plus en plus, la composante psychique des problèmes occupe la première place.

Parallèlement, l'augmentation de la part des demandes de pension motivées par des problèmes de santé mentale semble résulter en partie du fait que les troubles mentaux sont considérés comme invalidants : les personnes atteintes de troubles mentaux se voient

plus souvent octroyer une pension intégrale ; les droits temporaires à pension qui leur sont accordés ne sont pas correctement réévalués ; leurs demandes de pension sont plus rarement refusées ; et une fois la pension accordée, elles ont une probabilité de quitter le régime encore plus faible que les autres catégories de bénéficiaires. Cela pourrait tenir en partie à ce que les individus souffrant de problèmes mentaux sont plus éloignés du marché du travail au moment où ils demandent à bénéficier d'une pension – une interprétation qui suggère, encore une fois, que les mesures de soutien sont mises en œuvre trop tardivement et que les occasions d'intervenir plus en amont (au niveau d'autres régimes de prestations) ne sont pas saisies. Cette hypothèse est confirmée par un abondant corpus de recherches, qui montrent que les troubles mentaux – même de niveau infraclinique – ont une incidence considérable sur la probabilité de percevoir ultérieurement une pension d'invalidité. Seul un changement radical de l'orientation des politiques, axé sur la mise en œuvre d'interventions opportunes bien coordonnées au cours des différentes étapes de la vie, peut permettre de rompre ce lien de causalité.

Notes

1. Sous l'effet de la récession économique récente, la situation a provisoirement changé dans certains pays où le chômage et le chômage de longue durée se sont fortement aggravés. Il est encore trop tôt pour cerner les effets à long terme de ce changement sur les effectifs de prestataires d'invalidité. Dans certains pays comme les États-Unis, des signes pointent vers une augmentation structurelle induite du taux de bénéficiaires de pensions d'invalidité. Dans d'autres pays, où la tendance du taux de bénéficiaires avait commencé à s'infléchir suite à la réforme structurelle du régime d'invalidité (aux Pays-Bas, en Suède, en Suisse et au Royaume-Uni par exemple), le déclin tendanciel s'est poursuivi malgré la hausse du chômage.
2. D'autres facteurs démographiques et économiques, ainsi que des facteurs liés aux politiques publiques, entrent en jeu dans l'évolution du nombre de demandes de pensions d'invalidité – par exemple : augmentation de l'âge légal de la retraite chez les femmes, modifications apportées au régime de pension d'invalidité proprement dit ou, plus généralement, vieillissement des cohortes de « baby-boomers » de l'après-guerre – et pourraient également avoir un impact sur les (la part des) prestations liées à des troubles mentaux ; on dispose cependant de peu de données à ce sujet.
3. Les données plus détaillées disponibles pour l'Autriche font apparaître des écarts parfois très importants entre hommes et femmes dans les changements observés depuis quelques années : le nombre de cas associés à des troubles de l'humeur, des troubles névrotiques et des troubles de la personnalité a fortement augmenté chez les hommes comme chez les femmes, mais la hausse a été deux fois plus importante chez les femmes, et même trois fois plus importante pour les troubles névrotiques.
4. Sur le plan administratif, le régime de prestations temporaires de la Norvège, instauré en 2004, a d'abord été géré comme un régime autonome, avant que la nouvelle prestation ne soit fusionnée avec l'allocation médicale et l'allocation de réadaptation professionnelle, deux autres prestations intermédiaires limitées dans le temps. Les données du graphique 4.7 se rapportent au nombre total de bénéficiaires. Parmi les *nouveaux* demandeurs, la part de ceux qui se sont vu accorder une prestation temporaire est beaucoup plus élevée.
5. En dépit de leur comparabilité imparfaite et de certaines lacunes au niveau des codes de classification, les registres administratifs norvégiens, dont les données remontent à 1977, semblent confirmer ces conclusions et laissent penser qu'à la fin des années 70 déjà, les troubles mentaux auraient pu être une cause majeure de demande de pension d'invalidité.
6. En Suède, le versement de prestations de maladie sans limite de durée a été supprimé récemment. Depuis le milieu de l'année 2008, la durée maximale de versement est de 2 ans et demi (avec des exceptions en cas de diagnostic grave ou d'accident du travail). À l'issue d'une période initiale de six mois, l'aptitude du patient à travailler est évaluée pour *tous* les types d'emploi existant sur le marché du travail (là encore, avec un certain nombre d'exceptions) et après un an, le montant de la pension est quelque peu réduit (pour plus de détails, voir également OCDE, 2009). De ce fait, la part des prestations de longue durée est désormais en diminution.

7. Ces chiffres sont confirmés par les données d'autres pays. La part des journées de maladie imputables à des troubles mentaux est de 23 % aux Pays-Bas (Roelen *et al.*, 2009) et de 26 % au Royaume-Uni (Wynne-Jones *et al.*, 2009).

8. Lorsque l'on l'interprète des résultats basés sur les données SHARE, il ne faut pas perdre de vue que cette enquête porte uniquement sur les personnes âgées de 50 ans et plus. Cependant, comme la majorité des bénéficiaires de pensions d'invalidité appartiennent à cette tranche d'âge, les résultats considérés ici sont tout à fait pertinents.

9. La différence entre l'état de santé mentale et la situation au regard de l'incapacité est expliquée dans l'introduction. Le fait d'introduire la situation au regard de l'incapacité dans le modèle réduit de moitié la taille des effets marginaux de l'état de santé mentale.

10. Pour mesurer l'impact de la santé mentale dans le modèle complet, nous avons utilisé une spécification différente ne distinguant que deux états (pas de trouble mental ou trouble mental sévère ou modéré). Ce modèle « simplifié » montre que la santé mentale reste un déterminant clé – même si ce n'est pas le cas lorsque les états considérés sont au nombre de trois.

11. Les entrées en invalidité ont été modélisées pour la période 2004-06 sur la base des données des deux premières vagues de SHARE. La troisième vague, menée en 2008, a recueilli des données rétrospectives sur les parcours de vie et les antécédents de travail des déclarants.

12. La majorité de ces études ont été publiées dans des revues médicales ou épidémiologiques et presque toutes portent sur des pays nordiques en raison de la possibilité unique qui existe dans ces pays de lier les enquêtes de population aux registres de l'assurance sociale (au moyen des identifiants personnels).

13. Knudsen *et al.* (2010) font valoir que le traitement des symptômes sous-seuils est d'autant plus important qu'ils concernent un grand nombre de personnes. Selon leurs résultats, l'élimination des symptômes sous-seuils permettrait de réduire de 12 % le nombre des pensions d'invalidité accordées ; par comparaison, l'élimination de l'ensemble des troubles modérés et sévères situés au-dessus des seuils entraînerait une réduction de 17 %.

14. Ahola *et al.* (2009) observent que plus de la moitié des personnes souffrant d'épuisement grave présentent également un problème de santé mentale, généralement un trouble dépressif ; chez les personnes souffrant d'épuisement mineur, la proportion est d'environ une sur quatre, et dans la population de l'échantillon sans symptôme d'épuisement (âgée de 30 à 60 ans), la proportion est d'une sur dix.

15. La Norvège fait exception dans la mesure où la part des personnes souffrant de troubles mentaux modérés qui perçoivent une pension d'invalidité y est beaucoup plus élevée que dans les autres pays – et, par conséquent, la part des personnes touchant un autre type de prestation plus faible.

16. En général, les changements sont mesurés sur la décennie qui s'est s'achevée en 2007/08, c'est-à-dire avant que ne se manifestent les effets de la récession économique récente.

17. Les programmes du marché du travail destinés aux personnes souffrant de handicap ne sont pas organisés de la même manière dans tous les pays. En Australie et au Royaume-Uni, par exemple, il existe des services pour l'emploi réservés aux personnes handicapées, administrés en parallèle avec les services pour l'emploi réguliers destinés aux chômeurs. En Belgique et en Norvège, plusieurs programmes sont proposés par des prestataires spécialisés pour les personnes souffrant de handicap. Dans certains pays, dont le Danemark, le service public de l'emploi ou l'autorité compétente équivalente est responsable de l'ensemble des demandeurs d'emplois et des bénéficiaires. Les données du graphique 4.15 sont spécifiques au contexte de chaque pays.

18. Cette préoccupation se reflète dans les stratégies qu'ont adoptées les trois pays en matière de santé mentale et de travail : la *Stratégie nationale sur le travail et la santé mentale* en Norvège, le *Plan d'action national sur la santé mentale* du Conseil des gouvernements australiens et un ensemble de stratégies de portée plus restreinte au Danemark.

19. Le programme *Job Capacity Account* a pris fin en 2010. Il a été remplacé par des actions de soutien similaires, financées par l'*Employment Pathway Fund*. L'admissibilité à ce type de soutien est déterminée par l'évaluation des services de l'emploi (*Employment Services Assessment*) ou l'évaluation de la capacité d'emploi (*Job Capacity Assessment*).

20. Les changements intervenus récemment au Royaume-Uni où, depuis avril 2010, le certificat d'aptitude au travail remplace le certificat de maladie, représentent une étape cruciale dans cette direction, visant à redéfinir le dialogue médecin-patient et employé-employeur afin de faciliter un retour plus rapide à l'emploi (Black, 2008).

Références

Agresti, A. (1996), *An Introduction to Categorical Data Analysis*, John Wiley and Sons, New York.

Ahola K., R. Gould, M. Virtanen, T. Honkonen, A. Aromaa et J. Lönnqvist (2009), « Occupational Burnout as a Predictor of Disability Pension: A Population-based Cohort Study », *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 66, pp.284-290.

Andrén, D. (2010), « Part-time Sick Leave as a Treatment for Individuals with Mental Disorders? », *Working Paper*, n° 17/2010, Université d'Örebro, Örebro.

Andrén D. (2011), « Half Empty or Half Full: The Importance of the Definition of Part-time Sick Leave when Estimating its Effects », *Working Paper*, n° 4/2011, Université d'Örebro, Örebro.

Andrén, D. et T. Andrén (2009), « Part-time Sick Leave as a Treatment Method? », *HEDG Working Paper*, n° 08/011, Université d'York, York.

Asher, A. (2010), *Falling Through the Cracks: Engaging with Customers with a Mental Illness in the Social Security System*, *Rapport du Commonwealth Ombudsman*, n° 13/2010, Commonwealth d'Australie, Canberra.

Baer, N., U. Frick et T. Fasel (2009), *Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen* (Analyse de dossiers « Invalidité pour raisons psychiques »), Beiträge zur Sozialen Sicherheit (Aspects de la sécurité sociale), Office fédéral des assurances sociales, Berne.

Black, C. (2008), *Working for a Healthier Tomorrow*, Review prepared for the Department for Health and the Department for Work and Pensions, TSO, Londres.

Bond, G., R. Drake et D. Becker (2008), « An Update on Randomized Controlled Trials of Evidence-based Supported Employment », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 31, n° 4, pp. 280-290.

Briand, C., M.J. Durand, L. St-Arnaud et M. Corbière (2007), « Work and Mental Health: Learning from Return-toWork Rehabilitation Programmes Designed for Workers with Musculoskeletal Disorders », *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 30, pp. 444-457.

Brouwer, S., B. Krol, M. Reneman, U. Bültmann, R. Franche, J. van der Klink et J. Groothoff (2009), « Behavioral Determinants as Predictors of Return to Work After Long-term Sickness Absence: An Application of the Theory of Planned Behavior », *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 19, n° 2, pp. 166-174.

Brussig, M. et M. Knuth (2010), « Rise up and Work! Workless People with Impaired Health under Germany's New Activation Regime », *Social Policy and Society*, vol. 9, n° 3, pp. 311-323.

Bültman, U., K. Christensen, H. Burr, T. Lund et R. Rugulies (2008), « Severe Depressive Symptoms as Predictor of Disability Pension: A 10-year Follow-up Study in Denmark », *European Journal of Public Health*, vol. 18, n° 3, pp. 232-234.

Christensen, K., H. Feveile, M. Labriola et T. Lund (2007), « The Impact of Psychological Work Environment Factors on the Risk of Disability Pension in Denmark », *European Journal of Public Health*, vol. 18, n° 3, pp. 235-237.

Dorsett, R. (2008), « Pathways to Work for New and Repeat Incapacity Benefits Claimants: Evaluation Synthesis Report », *Research Report*, n° 525, Department for Work and Pensions, CDS, Londres.

Drake, R., J. Skinner, G. Bond et H. Goldman (2009), « Social Security and Mental Illness: Reducing Disability with Supported Employment », *Health Affairs (Millwood)*, vol. 28, n° 3, pp. 761-770.

Durand, M.J. et P. Loisel (2001), « Therapeutic Return to Work: Rehabilitation in the Workplace », *Work*, vol. 17, n° 1, pp. 57-63.

Evaluation and Program Performance Branch (2010), « Labour Market Assistance: A Net Impact Study. Off and Part Benefit Outcomes Measured in 2008 », Department of Education, Employment and Workplace Relations, Canberra.

Everhardt, T.P. et P.R. de Jong (2011), « Return to Work After Long-term Sickness », *De Economist*, vol. 159, n° 3, pp. 361-380, doi : *http://dx.doi.org/10.1007/s10645-011-9169-2*.

Forslund, A., P. Fredriksson et J. Vikström (2011), « What Active Labour Market Policy Works in a Recession? », *Working Paper*, n° 2011:2, Institute for Labour Market Policy Evaluation (IFAU), Uppsala.

Hayllar, O., T. Sejersen et M. Wood (2010), « Pathways to Work: The Experiences of New and Repeat Customers in Jobcentre Plus Expansion Areas », *Research Report*, n° 627, Department for Work and Pensions, CDS, Londres.

Høgelund, J. et A. Holm (2011), « The Effects of Part-time Sick Leave for Employees with Mental Disorders », *Working Paper*, n° 01:2011, Danish National Centre for Social Research, Copenhague.

Kemp, P. et J. Davidson (2007), « Routes onto Incapacity Benefit: Findings from a Survey of Recent Claimants », *Research Report*, n° 469, Department for Work and Pensions, CDS, Londres.

Kivimäki, M., J. Ferrie, J. Hagberg, J. Head, H. Westerlund, J. Vahter et K. Alexanderson (2007), « Diagnosis-specific Sick Leave as a Risk Marker for Disability Pension in a Swedish Population », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 61, pp. 915-920.

Knudsen, A.K., S. Øverland, H. Flood Aakvaag, S. Harvey, M. Hotopf et A. Mykletun (2010), « Common Mental Disorders and Disability Pension Award: Seven Year Follow-up of the HUSK Study », *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 69, pp. 59-67.

Koopmans, P., U. Bültmann, C. Roelen, R. Hoedeman, J. van der Klink et J. Groothoff (2011), « Recurrence of Sickness Absence Due to Common Mental Disorders », *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol. 84, pp. 193-201.

Labriola, M., H. Feveile, K. Bang Christensen, U. Bültman et T. Lund (2009), « The Impact of Job Satisfaction on the Risk of Disability Pension – A 15-year Prospective Study », *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 37, pp. 778-780.

Lagerveld, S., U. Bültmann, R. Franche, F. van Dijk, M. Vlasfeld, C. van der Feltz-Cornelis, D. Bruinvels, J. Huijs, R. Blonk, J. van der Klink et K. Nieuwenhuijsen (2010), « Factors Associated with Work Participation and Work Functioning in Depressed Workers: A Systematic Review », *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 20, n° 3, pp. 275-292.

Manninen, P., M. Heliövaara, H. Riihimäki et P. Mäkelä (1997), « Does Psychological Distress Predict Disability? », *International Journal of Epidemiology*, vol. 26, n° 5, pp. 1063-1070.

Markussen, S., A. Mykletun et K. Røed (2010), « The Case for Presenteeism », *IZA Discussion Paper*, n° 5343, Bonn.

Montoya, I. et V. Brown (2007), « Welfare Shame, Economic hardship, and Drug Use: Their Relationship to the Psychological Distress Observed in TANF Recipients », *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, vol. 13, pp. 275-284.

Mykletun, A., O. Heradstveit, K. Eriksen, N. Glozier, S. Øverland, J. Maeland et I. Wilhelmsen (2009), « Health Anxiety and Disability Pension Award: The HUSH Study », *Psychosomatic Medicine*, vol. 71, pp. 353-360.

Mykletun, A., S. Øverland, A. Dahl, S. Krokstad, O. Bjerkeset, N. Glozier, L. Aarø et M. Prince (2006), « A Population-based Cohort Study of the Effect of Common Mental Disorders on Disability Pension Awards », *American Journal of Psychiatry*, vol. 163, pp. 1412-1418.

Nielsen, M.B., I. Madsen, U. Bültmann, U. Christensen, F. Diderichsen et R. Rugulies (2010), « Predictors of Return to Work in Employees Sick-listed with Mental Health Problems: Findings from a Longitudinal Study », *European Journal of Public Health*, doi : *http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckq171*.

Nieuwenhuijsen, K., J. Verbeek, A. de Boer, R. Blonk et F. van Dijk (2004), « Supervisory Behaviour as a Predictor of Return to Work in Employees Absent from Work Due to Mental Health Problems », *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 61, pp. 817-823.

OCDE (2003), *Transformer le handicap en capacité*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE (2007), « Nouvelles approches concernant la capacité de travail partielle », *Document de réflexion*, Paris.

OCDE (2008), *Maladie, invalidité et travail : Surmonter les obstacles – vol. 2 : Australie, Espagne, Luxembourg et Royaume-Uni*, Éditions OCDE, Paris, *www.oecd.org/els/invalidite*.

OCDE (2009), « Pathways onto (and off) Disability Benefits: Assessing the Role of Policy and Individual Circumstances », chapitre 4 des *Perspectives de l'emploi de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE (2010), *Maladie, invalidité et travail : Surmonter les obstacles – Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, *www.oecd.org/els/invalidite*.

Øverland S., N. Glozier, B. Sivertsen, R. Steward, D. Neckelmann, S. Krokstad et A. Mykletun (2008), « A Comparison of Insomnia and Depression as Predictors of Disability Pension: The HUNT Study », *SLEEP*, vol. 31, n° 6, pp. 875-880.

Rai, D., K. Kosidou, M. Lundberg, R. Araya, G. Lewis et C. Magnusson (2011), « Psychological Distress and Risk of Long-term Disability: Population-based Longitudinal Study », *Journal of Epidemiology and Community Health*, doi : *http://dx.doi.org/10.1136/jech.2010.119644*.

Roelen, C., P. Koopmans, R. Hoedeman, U. Bültmann, J. Groothoff et J. van der Klink (2009), « Trends in the Incidence of Sickness Absence Due to Common Mental Disorders between 2001 and 2007 in the Netherlands », *European Journal of Public Health*, vol. 19, n° 6, pp. 625-630.

Rytsala, H., T. Melartin, U. Leskela, T. Sokero, P. Lestela-Mielonen et E. Isometsa (2007), *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 115, n° 3, pp. 206-213.

Salkever, D. (2010), « Toward a Social Cost-Effectiveness Analysis of Programs to Expand Supported Employment Services: An Interpretive Review of the Literature », Paper prepared for the US Department of Health and Human Services, Washington.

Sinokki, M., K. Hinkka, K. Ahola, R. Gould, P. Puukka, J. Lönnqvist et M. Virtanen (2010), « Social Support as a Predictor of Disabiliy Pension: The Finnish Health 2000 Study », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 52, n° 7, pp.733-739.

St-Arnaud, L., R. Bourbonnais, M. Saint-Jean et J. Rhéaume (2007), « Determinants of Return-to-Work Among Employees Absent Due to Mental Health Problems », *Industrial Relations*, vol. 62, n° 4, pp. 690-713.

Vaez, M., G. Rylander, A. Nygren, M. Asberg et K. Alexanderson (2007), « Sickness Absence and Disability Pension in a Cohort of Employees Initially on Long-term Sick Leave Due to Psychiatric Disorders in Sweden », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 42, pp. 381-388.

Vahtera, J., M. Kivimäki, P. Forma, J. Wikström, T. Halmeenmäki, A. Linna et J. Pentti (2005), « Organisationl Downsizing as a Predictor of Disability Pension: The 10-town Prospective Cohort Study », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 59, pp. 238-242.

Van der Wel, K., E. Dahl, I. Lødemel, B. Løyland, S. Ohrem Naper et M. Slagsvold (2006), « Funksjonsevne blant langtidsmottakere av sosialhjelp », HiO (Høgskolen i Oslo), Oslo.

Waddel, G., K. Burton et N. Kendall (2008), « Vocational Rehabilitation: What Works, for Whom, and When? », rapport réalisé à la demande du Vocational Rehabilitation Task Group, Londres.

Wynne-Jones, G., C. Mallen, S. Mottram, C. Main et K. Dunn (2009), « Identification of UK Sickness Certification Rates, Standardised for Age and Sex », *British Journal of General Practice*, vol. 59, pp. 510-516.

Chapitre 5

Systèmes d'enseignement et passage à la vie active

Ce chapitre porte sur un certain nombre de problématiques liées à l'état de santé mentale des jeunes. L'apparition précoce des troubles mentaux (autour d'un âge médian de 14 ans, tous troubles mentaux confondus) souligne l'importance de la prévention et des actions précoces afin d'éviter que les problèmes de santé mentale n'affectent le développement personnel et la scolarité des enfants et des adolescents, et par conséquent, leur vie sociale et professionnelle en tant qu'adultes. La possibilité que le système éducatif serve à promouvoir la santé mentale et à prévenir les troubles mentaux est étudiée, de même que les difficultés auxquelles sont confrontés les systèmes de soutien pendant le passage de l'adolescence à l'âge adulte et à la vie active. Le manque de sensibilisation à ces problèmes et le refus d'en parler constituent des obstacles majeurs à des actions plus efficaces et à un meilleur taux de traitement précoce. Autre difficulté dans de nombreux pays : le nombre élevé et croissant de jeunes adultes bénéficiaires d'une pension d'invalidité, alors qu'ils n'ont que peu ou pas d'expérience professionnelle. Ce phénomène souligne à quel point il est important de mettre en œuvre des mesures pluridisciplinaires et bien coordonnées entre les secteurs de l'éducation, de la santé et le marché du travail.

5.1. Introduction : prendre en compte l'apparition précoce des troubles mentaux

Il est également nécessaire, pour traiter globalement les problèmes de santé mentale, de prendre en compte l'apparition précoce des troubles mentaux au cours de la vie. L'enfance et l'adolescence sont des périodes cruciales pour un bon développement psychologique et pour la prévention des troubles mentaux. De nombreux articles montrent que des facteurs biologiques comme des expériences psychosociales néfastes pendant l'enfance ont une incidence sur la santé mentale des enfants et des adolescents (voir encadré 5.1).

Encadré 5.1. **Facteurs de risque et de protection ayant une incidence sur la santé mentale**

Divers facteurs de risque et de protection sont connus pour leur influence sur la santé mentale des enfants et des adolescents. Ces facteurs peuvent être individuels, contextuels (famille, école, collectivité) ou peuvent agir en interaction. Les facteurs de risque augmentent la probabilité qu'un trouble apparaisse et peuvent aggraver les troubles existants, alors que les facteurs de protection diminuent la probabilité de développer des troubles mentaux, en réduisant l'exposition aux risques ou en atténuant les effets potentiellement néfastes des facteurs de risque (OMS, 2004). Il est à noter cependant que, si les données disponibles mettent en évidence un lien entre ces facteurs de risque et de protection et l'état de santé mentale (par exemple, Coie *et al.*, 1993 ; Ingram et Price, 2000), l'intensité de ce lien et le niveau des données utilisées pour déterminer la causalité sont variables (voir par exemple Platel *et al.*, 2007). En outre, ce n'est pas la simple présence de facteurs de risque et de protection, mais leur interaction et l'accumulation sur la durée qui influent sur l'apparition des problèmes de santé mentale.

Les *facteurs de risque* comprennent notamment : des caractéristiques individuelles (problèmes physiques, besoins éducatifs particuliers, etc.), les caractéristiques et le fonctionnement de la famille (parent isolé, évolution de la structure familiale, niveaux d'instruction faibles, absence de travail, revenus faibles, détresse psychologique de la mère, etc.), le contexte scolaire (brimades, résultats scolaires insuffisants, etc.), des situations et événements stressants (violence physique, sexuelle ou psychologique, négligence, migration, etc.) ainsi que des facteurs locaux et culturels (absence de cohésion sociale, surpeuplement, criminalité et violence).

Les *facteurs de protection* comprennent notamment : des facteurs individuels (bonne alimentation, capacité de résoudre les problèmes, aptitudes sociales, bonne santé physique, etc.), des facteurs familiaux (harmonie au sein du foyer, bonne communication, stabilité du foyer), le contexte scolaire (environnement pédagogique bénéfique, sentiment d'appartenance, règles scolaires contre la violence, etc.), les événements et situations de la vie (relations avec une autre personne – conjoint/mentor, sécurité économique, etc.) et des facteurs locaux et culturels (réseaux sociaux, participation à des associations, etc.).

Encadré 5.1. **Facteurs de risque et de protection ayant une incidence sur la santé mentale** *(suite)*

La plupart des facteurs de risque et de protection en rapport avec la santé mentale s'inscrivent dans la sphère sociale, économique et culturelle et se situent hors de portée des services chargés de la santé mentale, c'est pourquoi la promotion, la prévention et les actions précoces en matière de santé mentale doivent dépasser le seul secteur de la santé (mentale). Par ailleurs, des actions efficaces auront des retombées bénéfiques au-delà du domaine de la santé mentale.

Le Centre pour la recherche et l'innovation dans l'enseignement (CERI) de l'OCDE a lancé le projet « Enseignement et progrès social », afin d'identifier les compétences qui jouent un rôle déterminant dans la situation sociale d'une personne (et notamment sa santé mentale), ainsi que les moyens de les développer. Le projet exploitera plusieurs séries de données longitudinales dans les pays de l'OCDE afin de déterminer, entre autres, les capacités cognitives ou non cognitives qui permettent d'améliorer la santé mentale, et les contextes d'apprentissage (par exemple : famille, établissement scolaire, collectivité) qui sont les mieux à même de renforcer ces capacités.

Entre 15 et 24 ans, la plupart des gens terminent leurs études, entrent dans la vie active et éventuellement, fondent une famille. Dans la mesure où des troubles mentaux peuvent contrarier ces étapes essentielles, ils peuvent avoir des effets profonds et durables sur la situation économique et sociale des personnes atteintes. Faute d'action efficace, les problèmes de santé mentale peuvent avoir des effets néfastes sur le développement et les études des enfants et des adolescents, et donc sur leur vie sociale et professionnelle à l'âge adulte.

Ce chapitre aborde plusieurs grandes problématiques concernant la santé mentale des jeunes. La prévalence des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents sera tout d'abord étudiée, avant d'examiner ce que le système d'enseignement peut faire pour promouvoir une bonne santé mentale et prévenir les troubles. On analysera par la suite les difficultés et les systèmes de soutien permettant de traiter les problématiques liées au passage à la vie adulte, avant de voir, en conclusion, que les mesures à prendre doivent être pluridisciplinaires et bien coordonnées entre les secteurs de l'enseignement, de la santé et de l'emploi.

5.2. Les problèmes de santé mentale chez les enfants et les adolescents

Des données sur les États-Unis montrent que 50 % des troubles mentaux (tous types confondus) apparaissent avant l'âge de 15 ans et que 75 % d'entre eux apparaissent avant 25 ans (tableau 5.1). L'âge moyen d'apparition est bien plus précoce pour les troubles liés à l'anxiété et à la maîtrise de ses impulsions (11 ans) que pour ceux associés à l'usage de substances psycho-actives (20 ans) ou à l'humeur (30 ans). En outre, l'âge auquel apparaît la plupart des troubles susceptibles de perdurer à l'âge adulte se situe dans des intervalles relativement étroits, par exemple entre 6 et 21 ans pour les troubles de l'anxiété et entre 7 et 15 ans pour ceux liés à la maîtrise de ses impulsions.

La prévalence des troubles mentaux chez les enfants augmente avec l'âge

Il n'existe que peu ou pas de données comparables à l'échelle internationale sur la santé mentale des enfants. L'Enquête HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*), menée en coopération avec l'OMS, comprend un indicateur non clinique de la santé mentale, qui

Tableau 5.1. **La plupart des troubles mentaux apparaissent généralement au cours de l'enfance ou de l'adolescence**

Prévalence et âge d'apparition des troubles mentaux, États-Unis, 2001-03

	Prévalence (%)			Âge moyen d'apparition	Distribution des âges d'apparition (25e-75e percentile)
	18 à 29 ans	30 à 44 ans	45 à 59 ans	*Années*	
Troubles liés à l'anxiété	30	35	31	11	6-21
Troubles de l'humeur	21	25	23	30	18-43
Troubles liés à la maîtrise de ses impulsions	27	23	–	11	7-15
Troubles liés à l'usage de substances psycho-actives	17	18	15	20	18-27
Troubles mentaux divers	**22**	**23**	**16**	**14**	**7-24**

– : Non évalué dans cette catégorie d'âge.

Source : D'après Kessler *et al.* (2005), « Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication ».

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932569214

traduit l'état de santé psychologique et somatique, et qui est influencé par la présence de troubles psychosomatiques et par la détresse psychologique[1].

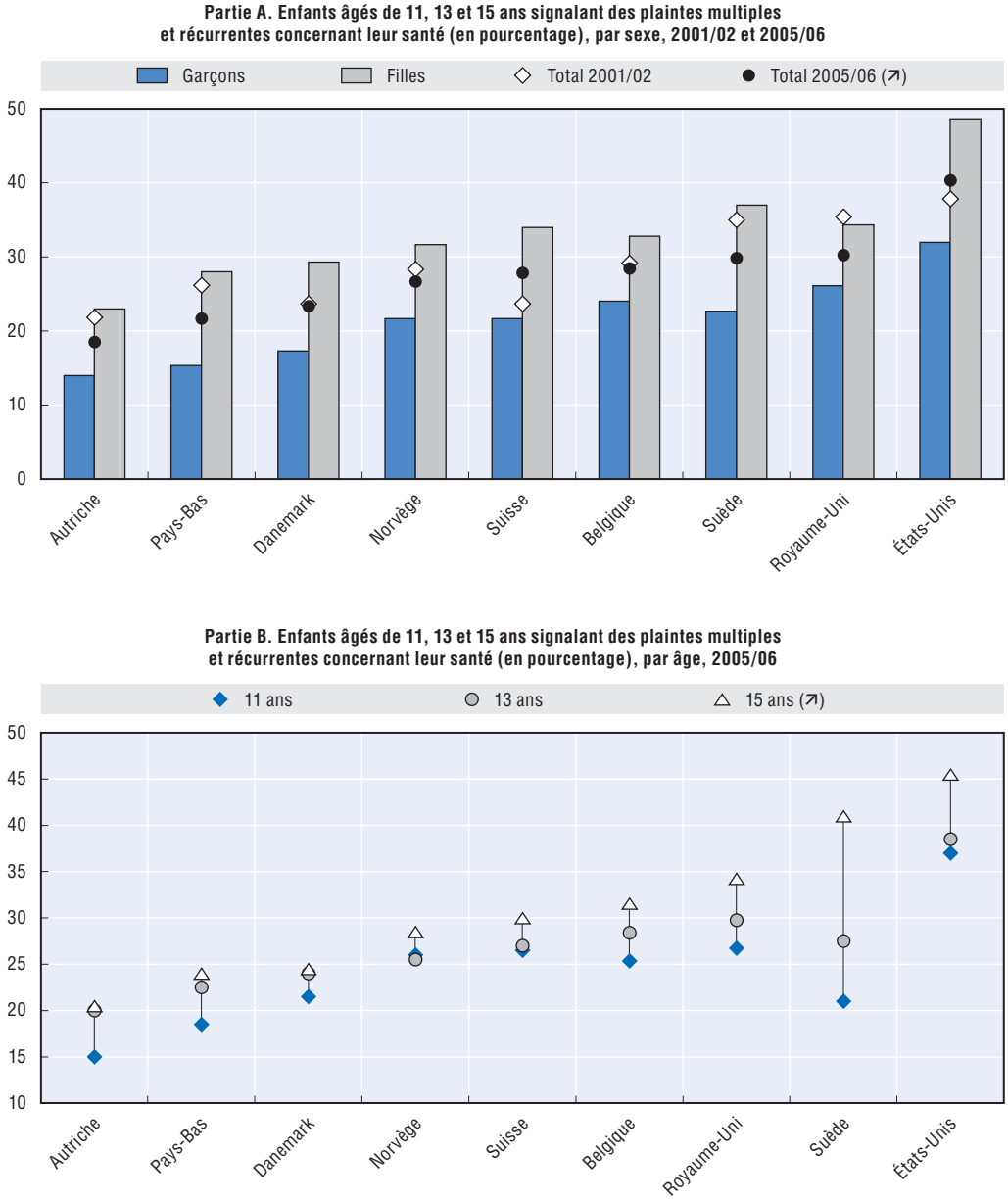
Les données dont on dispose pour certains pays de l'OCDE donnent à penser que 20 à 40 % des enfants de 11 à 15 ans se plaignent de multiples troubles psychosomatiques récurrents, même si dans la plupart de ces pays, leur prévalence a légèrement reculé entre 2001/02 et 2005/06 – sauf aux États-Unis et en Suisse (graphique 5.1). Les plaintes répétées sont plus nombreuses chez les filles que chez les garçons (partie A) et augmentent avec l'âge – même si la hausse n'est importante que dans quelques pays seulement (partie B).

En outre, le bien-être psychosomatique est plus faible chez les enfants de familles modestes que chez ceux de familles riches (graphique 5.2) – avec des écarts généralement compris entre 10 et 15 points de pourcentage. Étant donné que le revenu de la famille est difficile à connaître par le biais des enfants, qui l'ignorent ou ne veulent pas le dire, la situation socio-économique de la famille est estimée par l'échelle de richesse familiale (*family affluence scale* – FAS), qui repose sur un ensemble d'éléments reflétant les dépenses et consommations de la famille[2]. Les enfants qui grandissent dans des milieux défavorisés sont exposés à des facteurs de risque que les autres ne connaissent pas ou peu, par exemple des soucis financiers majeurs, un parent au chômage, une logement surpeuplé, etc. (voir également l'encadré 5.1). Ces facteurs de stress et ces difficultés peuvent nuire au développement psychologique et au bien-être, et déboucher sur des problèmes sociaux, psychologiques et comportementaux (par exemple, des difficultés à être sûr de soi, à se concentrer ou à maîtriser son agressivité).

Les troubles mentaux sont plus courants chez les jeunes que chez les adultes

Environ un jeune sur quatre de 15 à 24 ans souffre de troubles mentaux reconnus. Ce chiffre va de 15 % en Autriche à 28 % en Norvège (graphique 5.3)[3]. Le rapport entre la prévalence chez les jeunes (15-24 ans) et la population totale (15-64 ans), présenté dans le graphique 5.4, montre que, dans l'ensemble, la jeune génération a plus souvent des problèmes de santé mentale que la population totale dans la plupart des pays – à l'exception de l'Autriche, des Pays-Bas et de la Suisse. Ce schéma s'éloigne très nettement du taux de variation du *handicap* en fonction de l'âge, qui a tendance à augmenter

Graphique 5.1. **Les plaintes psychosomatiques sont plus nombreuses chez les filles et augmentent avec l'âge**



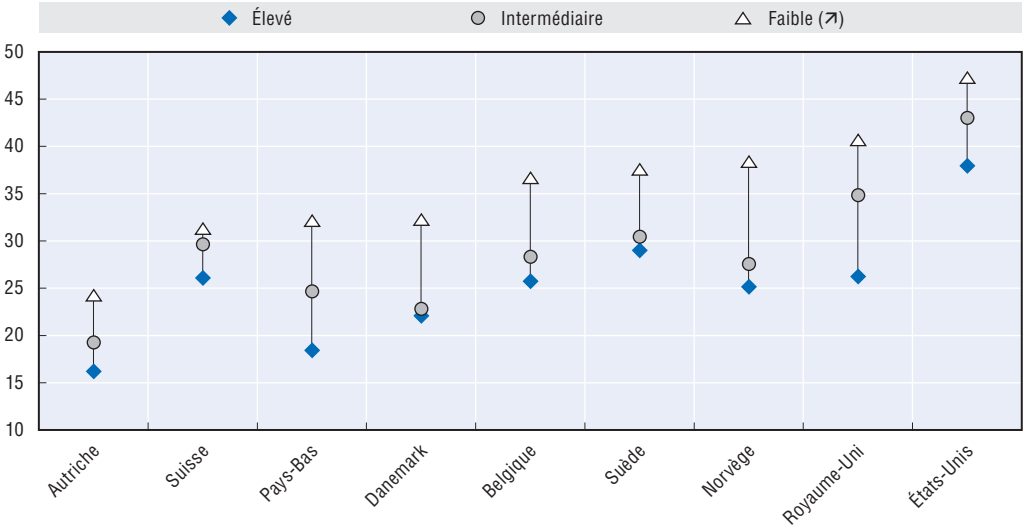
Source : Enquête sur les comportements liés à la santé chez les enfants d'âge scolaire (HBSC).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568739

notablement avec l'âge (OCDE, 2010a). La prévalence relative des problèmes mentaux modérés est cependant très différente de la prévalence relative des troubles graves : si les deux sont plus fréquents chez les jeunes que chez les adultes dans les pays nordiques, c'est l'inverse eu Autriche, aux Pays-Bas et en Suisse. Dans les quatre autres pays, les troubles mentaux modérés et graves montre une prévalence relative inverse. Enfin, comme d'autres études le montrent (par exemple, Platel *et al.*, 2007), on n'observe pas sur la durée de tendance clairement établie de la prévalence des troubles mentaux chez les jeunes (graphique 5.3).

Graphique 5.2. **Les plaintes psychosomatiques chez les enfants diminuent avec la richesse familiale**

Enfants d'âge scolaire signalant des plaintes multiples et récurrentes concernant leur santé, en fonction du degré de richesse familiale[a], 2005/06



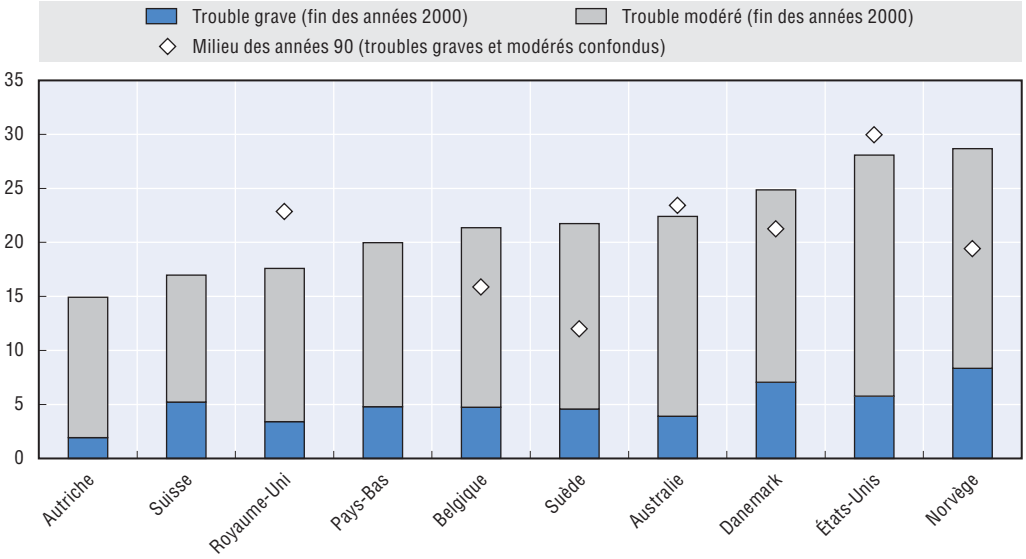
a) L'échelle de richesse familiale est fondée sur une note générale concernant quatre éléments [la famille possède-t-elle une (des) voiture(s), un (des) ordinateur(s), l'enfant a-t-il sa propre chambre et combien de jours de congés la famille prend-elle ?] et est utilisée comme indicateur indirect du revenu du ménage.

Source : Enquête sur les comportements liés à la santé chez les enfants d'âge scolaire (HBSC).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568758

Graphique 5.3. **Environ un jeune sur quatre est atteint d'un trouble mental**

Jeunes de 15 à 24 ans atteints d'un trouble mental, en pourcentage de l'ensemble des jeunes, fin des années 2000 et milieu des années 90

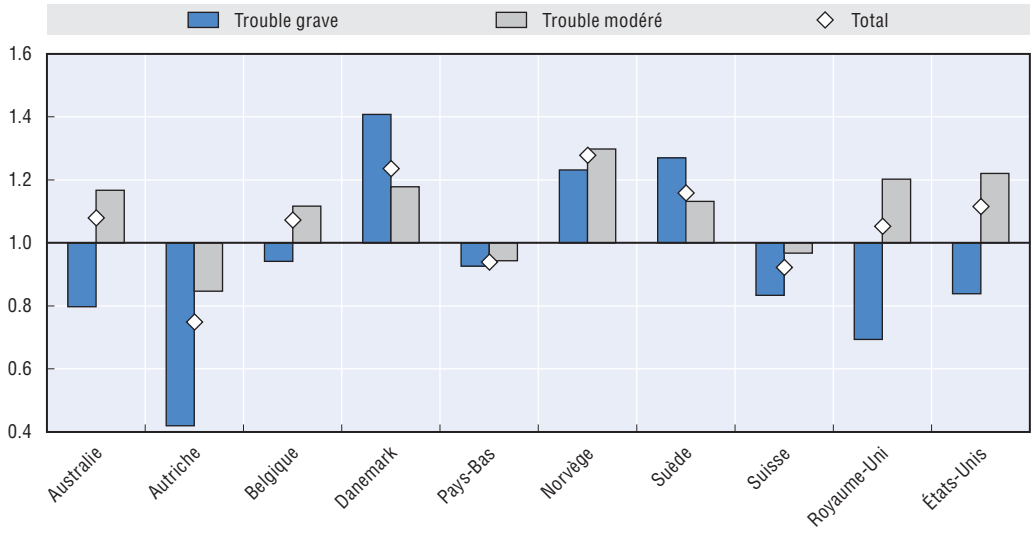


Source : Enquêtes nationales sur la santé (voir le graphique 1.3).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568777

Graphique 5.4. **La prévalence des troubles mentaux est plus élevée chez les jeunes que dans l'ensemble de la population**

Rapport entre la prévalence chez les jeunes (15-24 ans) et celle de l'ensemble de la population (15-64 ans), fin des années 2000



Source : Enquêtes nationales sur la santé (voir le graphique 1.3).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568796

Si les jeunes présentent en général des troubles modérés, plutôt que graves, dans la plupart des pays (à l'exception des pays nordiques), c'est parce que les troubles ne sont pas aussi chroniques à cet âge, en raison de la période plus courte qui s'est écoulée depuis leur apparition. Il s'agit là d'une opportunité qu'il faut exploiter et qui donne également à penser qu'une intervention précoce peut contribuer à empêcher que des troubles modérés ne s'aggravent.

5.3. Le système éducatif

L'école peut jouer un grand rôle dans la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles chez les enfants et les adolescents. Les enfants passant une bonne partie de la journée à l'école, leurs enseignants ont un contact direct avec eux et peuvent ainsi se faire une idée assez précise de leurs problèmes. Ils peuvent également prendre contact avec les parents relativement facilement. Outre les connaissances et les savoir-faire qu'ils acquièrent, les enfants développent également à l'école leur personnalité, leurs relations avec les autres ainsi que d'autres aptitudes sociales et psychologiques. L'école est donc le lieu idéal pour recenser les facteurs de risque, créer des facteurs de protection qui favorisent la résilience et aider les enfants et adolescents vulnérables, soit dans l'enceinte de l'établissement, soit en les aiguillant vers les services compétents en dehors du système scolaire.

Les études empiriques menées semblent indiquer que la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles chez les enfants et les adolescents peuvent contribuer à améliorer la santé mentale, même si la mise en œuvre concrète de ces programmes semble très variable (OMS, 2004). Les programmes destinés à favoriser la santé mentale ou à prévenir les troubles peuvent être universels (promotion du bien-être mental de tous les enfants et adolescents) ou ciblés sur des groupes *vulnérables* – tels que les enfants ayant des problèmes sociaux, psychologiques et comportementaux – ou sur les enfants atteints de troubles mentaux ou en voie de rétablissement.

Un système de santé mentale efficace doit se composer de programmes universels et de programmes ciblés (OMS, 2005). Les interventions ciblées présentent l'avantage d'investir des ressources limitées en direction des groupes qui en ont le plus besoin, alors que les services universels permettent de lutter contre les préjugés et la discrimination des groupes vulnérables. En s'attachant à offrir à tous les enfants et adolescents un environnement pédagogique favorable, les établissements scolaires peuvent promouvoir la santé, le bien-être et l'apprentissage, et empêcher les brimades et les comportements préjudiciables, contribuant ainsi de manière importante à préserver la santé mentale des élèves. Les services universels permettent également d'identifier les risques nouveaux et de recommander des actions ciblées. En outre, la recherche montre que les programmes de prévention, de promotion et d'action qui portent sur plusieurs niveaux simultanément (par exemple, modifier l'environnement pédagogique, améliorer les capacités individuelles des élèves et faire participer les parents) sont généralement plus efficaces que ceux qui ne font intervenir qu'un seul niveau (Domitrovich *et al*., 2005).

Toutefois, le système d'enseignement fait face à des difficultés de taille telles que la mise en place de programmes de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles. Face à l'insuffisance des services de soutien, à laquelle s'ajoute la réticence des jeunes à demander de l'aide, le risque est que les enfants et adolescents concernés ne reçoivent pas l'aide dont ils ont besoin. Par ailleurs, on manque d'outils pour recenser les jeunes vulnérables à temps. Par la suite, nombre de ces jeunes quittent le système éducatif prématurément et compromettent ainsi durablement leur vie professionnelle.

Les services de soutien scolaire sont souvent insuffisants pour répondre aux besoins des jeunes

Les services de santé mentale à l'école étaient auparavant fournis aux élèves scolarisés dans des écoles spéciales, mais de nombreux pays ont récemment étendu leurs services de santé mentale et leurs services sociaux aux élèves de tous les types d'établissement. Les services de soutien scolaire comprennent désormais la prévention et le traitement de la consommation d'alcool et de stupéfiants, la gestion individualisée des cas, les conseils individuels et en groupe, et l'orientation vers les systèmes et prestataires collectifs chargés de la santé mentale.

En outre, beaucoup de pays essaient de ne pas accentuer la marginalisation des enfants ayant des troubles mentaux (et physiques) en les scolarisant dans les écoles ordinaires, tout en leur apportant un soutien spécialisé (OCDE, 2007)[4]. Certains établissements scolaires s'efforcent également de faire adopter aux enfants non handicapés une attitude plus acceptable vis-à-vis de leurs camarades handicapés (Gray, 2002). Seul un très petit nombre d'enfants et d'adolescents atteints de troubles mentaux graves peuvent devoir suivre les cours dans des écoles spécialisées si leur apprentissage et leur développement ne peuvent être gérés au sein d'un établissement ordinaire[5]. Les parents ont généralement le droit de décider où leur enfant sera scolarisé, même si de nombreuses garanties et barrières sont mises en place pour décourager les parents de choisir d'emblée une école spécialisée. Les enfants et les adolescents inscrits dans un programme spécialisé au sein d'un établissement ordinaire peuvent demander un soutien auprès de leurs enseignants, une aide pour les actes médicaux ou un plan d'apprentissage individualisé, tandis que les parents, les enseignants et le personnel scolaire reçoivent des conseils, un soutien et une formation sur les troubles

mentaux (la réalité pouvant être différente quand le financement manque, voir ci-dessous). Certaines écoles proposent des cours spéciaux au sein du programme général afin d'apporter un soutien plus ciblé en fonction des besoins des enfants.

Toutefois, malgré cette évolution bénéfique vers une offre plus large de services de santé mentale au sein du système scolaire ordinaire, ces services sont souvent insuffisants pour répondre aux besoins des jeunes. En particulier, le lien avec les autres systèmes collectifs reste problématique dans de nombreux pays. Une collaboration efficace entre les éducateurs, les prestataires de soins primaires et les professionnels des troubles mentaux est pourtant essentielle pour mettre en œuvre des services de santé mentale de qualité en direction des enfants et des adolescents (Stephan *et al*., 2007). D'autres difficultés subsistent, notamment des moyens insuffisants entraînant une charge de travail très importante pour les conseillers, les travailleurs sociaux et les psychologues scolaires ; un manque général de formation des enseignants et du personnel scolaire ; une coordination difficile de l'ensemble des services de prévention et d'action ; et une évaluation limitée des résultats des services en vue d'améliorer les programmes (Weist *et al*., 2007). Ainsi, les financements peuvent être temporaires et volatiles, et non être issus d'allocations publiques stables. Même dans les pays ayant mis en place un budget identifiable pour les services de santé mentale des enfants et des adolescents, le niveau des ressources est loin d'atteindre celui des services destinés aux adultes (Belfer, 2008).

Les jeunes hésitent à demander l'aide des professionnels

De très nombreuses études, portant sur différents pays, soulignent la réticence des jeunes à demander l'aide de professionnels pour leurs problèmes de santé mentale (par exemple, Rickwood *et al*., 2007). Si tous les jeunes atteints de troubles mentaux n'ont pas besoin de traitement, le recours à des professionnels est également très faible chez ceux qui présentent les symptômes les plus graves (Zachrisson *et al*., 2006). Même lorsque des enfants sont recensés comme étant « vulnérables » à l'issue d'un test de détection des problèmes de santé mentale, de nombreuses familles ne demandent pas d'aide (Hacker *et al*., 2006).

Cette difficulté s'explique en grande partie par le manque d'information et de connaissance sur les problèmes de santé mentale, les risques associés, les causes et les traitements efficaces, ainsi que sur la façon de trouver ces informations et les services compétents (Kelly *et al*., 2007). Les amis et la famille étant souvent consultés en premier, ils jouent un rôle important dans la détection précoce et la demande d'aide (Zachrisson *et al*., 2006). Parmi les autres obstacles, on peut citer les problèmes de confidentialité, les préjugés, un accès limité aux services, la mauvaise réputation des services de santé mentale et, dans certains pays, le manque de financement (voir Anderson et Lowen, 2010, pour une vue d'ensemble).

Les pays essaient de plus en plus de sensibiliser le public aux problèmes de santé mentale chez les enfants et les adolescents, à travers des campagnes telles que *MindMatters* en Australie et en Suisse, et *Mental Health Awareness in Action* au Royaume-Uni. Plusieurs pays, comme le Danemark, mettent au point des programmes de formation destinés aux enseignants afin qu'ils puissent détecter les problèmes de santé mentale. En Autriche, les employés des centres de jeunes et des associations de jeunes sont de plus en plus formés à faire la distinction entre les problèmes « normaux » de l'adolescence et les signes de troubles mentaux. Le programme *KidsMatter Primary* en Australie met en avant le rôle des parents et place les conseils sur les responsabilités parentales au cœur du programme.

Si l'école peut offrir un cadre facilement accessible où les élèves connaissent le personnel (leurs enseignants mais pas uniquement) et leur font souvent confiance, les associations de jeunes et d'autres structures collectives ont la possibilité d'atteindre les jeunes déscolarisés. D'autres vecteurs de communication apparaissent (arts, musique, Internet, services téléphoniques, etc.) dans de nombreux pays et peuvent toucher des jeunes difficiles à atteindre et atténuer les problèmes de confidentialité (Anderson et Lowen, 2010).

Un système de détection pourrait faciliter le recensement précoce des groupes vulnérables

Un système de détection des problèmes de santé mentale peut contribuer à recenser les groupes vulnérables à un stade précoce et, s'il est correctement relié aux services préventifs, à réduire l'apparition de problèmes futurs (Albers *et al.*, 2007). Les enfants identifiés comme étant vulnérables pourraient ainsi être aiguillés vers des programmes d'action préventive avant que leur problème ne s'aggrave et ne nuise à leur développement et à leur réussite scolaire. Très peu de pays ont adopté un système de détection des problèmes de santé mentale chez les enfants, notamment parce qu'ils craignent que ces enfants ne soient catégorisés et stigmatisés. Les opposants aux procédures de détection estiment que la probabilité d'obtenir des résultats faux positifs est élevée, ce qui risque d'entraîner une anxiété injustifiée ou des préjugés à l'égard des enfants et de leurs parents. Par ailleurs, les tests de détection portent en général sur les manques et les problèmes, mais ne mettent pas en évidence les aptitudes positives des enfants ni les facteurs de protection qui peuvent empêcher l'apparition des troubles mentaux (Feeney-Kettler *et al.*, 2010).

Il convient cependant de noter que les systèmes de détection ne permettent pas de poser un diagnostic : ils déterminent uniquement le degré de risque de problèmes futurs auquel les enfants sont exposés et peuvent donc être considérés comme une première étape en vue d'une évaluation plus complète par un spécialiste. Seul le petit groupe d'enfants identifiés comme vulnérables serait soumis au diagnostic plus coûteux d'un spécialiste, ce qui allègerait la charge de ces professionnels et permettrait d'appliquer des programmes spécialisés plus rapidement pour les enfants concernés (Essex *et al.*, 2009). Les systèmes de détection, tels qu'ils s'appliquent actuellement aux États-Unis de manière facultative (Weist *et al.*, 2007), pourraient sensibiliser le public aux problèmes de santé mentale et réduire les préjugés et les peurs associés aux traitements, avec à la clé une probabilité plus grande de recenser rapidement les enfants concernés.

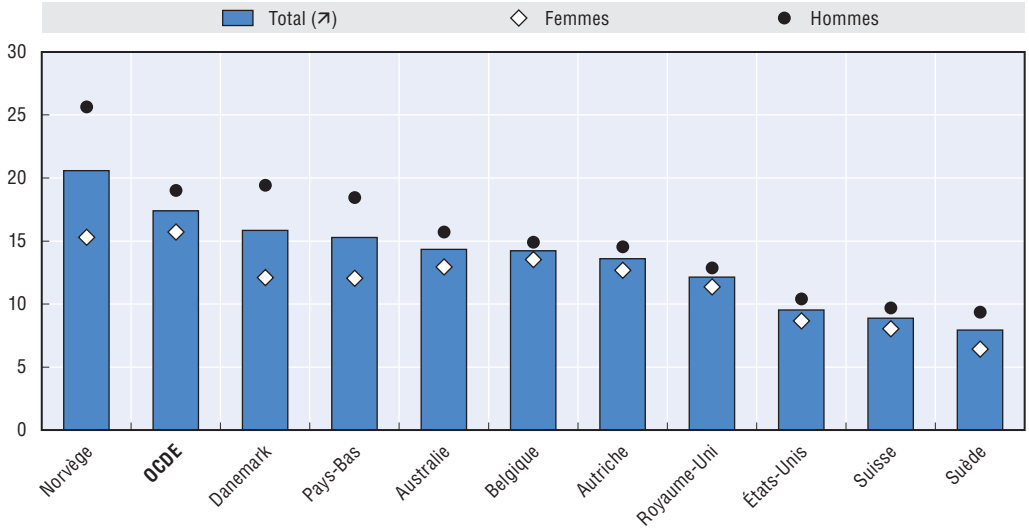
Les jeunes qui ne reçoivent pas d'aide risquent d'abandonner l'école

Les jeunes atteints de problèmes mentaux dont les besoins ne sont pas pris en compte peuvent voir leurs problèmes s'aggraver et risquent au bout du compte d'abandonner l'école. À titre d'exemple, les enquêtes menées par l'Office statistique de la Suède (2007) et l'Organisme national suédois en charge de l'enseignement (2007) montrent que les troubles mentaux sont l'une des premières causes d'abandon scolaire, ainsi que d'autres aspects liés à la santé mentale, tels que les violences à l'école, le désintérêt pour les cours, le manque d'engagement et de participation, l'anxiété à l'école et le manque d'aide et de soutien particulier de la part des enseignants. En outre, si beaucoup de jeunes qui ont quitté l'école prématurément finissent par décrocher un diplôme après quelques années, ceux qui sont atteints de troubles psychologiques et comportementaux ont très peu de chances d'obtenir à terme un diplôme de fin d'études secondaires (Wyckoff *et al.*, 2008).

Dans la zone OCDE, 17 % environ (2008) de l'ensemble des jeunes quittent l'école prématurément[6] – neuf des dix pays couverts dans le présent rapport se situant en dessous de cette moyenne (graphique 5.5)[7]. Dans tous les pays, les garçons sont légèrement plus nombreux que les filles à quitter l'école prématurément. Malheureusement, il n'existe pas de données systématiques sur les causes de ces abandons ni sur le rôle des troubles mentaux dans ce (ou une partie de ce) phénomène. Il serait essentiel de collecter ces informations.

Graphique 5.5. **Dans la zone OCDE, un jeune sur six environ quitte l'école prématurément**

Pourcentages de jeunes âgés de 20 à 24 ans non scolarisés et ne possédant pas de diplôme de fin d'études secondaires, 2008



Source : OCDE (2010b), *Des débuts qui comptent ! Des emplois pour les jeunes*.

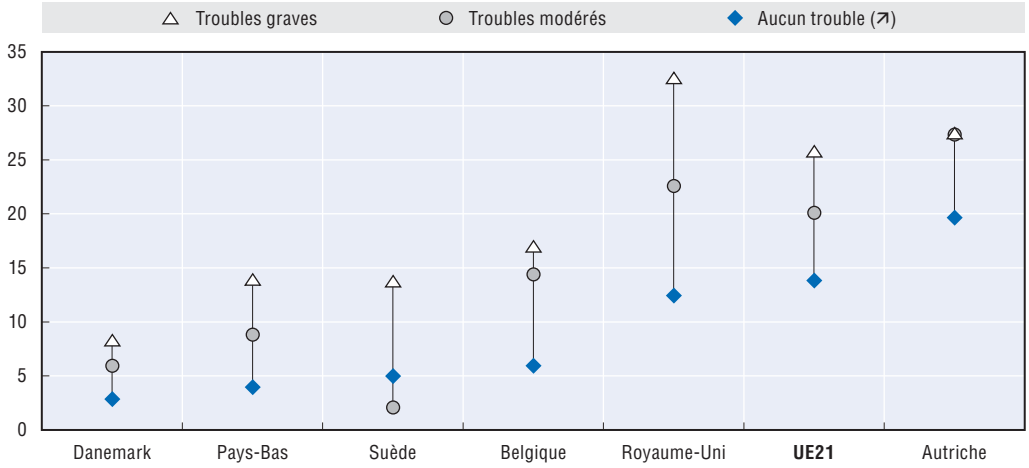
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568815

Les données de l'Eurobaromètre contiennent des informations sur l'âge auquel les personnes interrogées ont arrêté leurs études – ce qui donne une indication sur les taux d'abandon – et sur leur état de santé mentale. Les personnes atteintes de troubles mentaux graves et modérés sont nettement plus nombreuses à quitter l'école avant l'âge de 15 ans (graphique 5.6) : respectivement, 26 et 20 % en moyenne dans les 21 pays européens, contre 14 % des personnes n'ayant aucun problème de santé mentale. En Autriche, en Belgique et au Danemark, les personnes atteintes de troubles mentaux modérés semblent aussi nombreuses à abandonner l'école que celles présentant des troubles graves, tandis qu'en Suède, les pourcentages relatifs aux personnes atteintes de troubles modérés se rapprochent de ceux des personnes n'ayant aucun trouble mental.

De même, les données longitudinales sur l'Australie et les États-Unis montrent qu'un quart environ des jeunes qui souffrent de troubles mentaux graves ou modérés à l'âge de 18 ans quitte l'école sans diplôme à 20 ans. En Australie, les jeunes ayant des problèmes de santé mentale graves et modérés ont également des résultats scolaires médiocres, alors qu'aux États-Unis, les jeunes atteints de troubles graves ont des résultats pires que ceux ayant des troubles modérés, qui, de leur côté, réussissent nettement moins bien que les jeunes qui n'ont pas de problème de santé mentale (tableau 5.2)[8].

Graphique 5.6. **Les personnes atteintes de troubles mentaux sont plus susceptibles d'arrêter prématurément leurs études à plein-temps**

Pourcentage de personnes ayant arrêté leurs études à plein-temps avant l'âge de 15 ans, selon le degré de gravité des troubles mentaux, 2010



Source : Estimations de l'OCDE à partir de l'Eurobaromètre 2010.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568834

Tableau 5.2. **Un jeune sur quatre ayant des problèmes de santé mentale quitte le lycée sans diplôme**

Taux de diplômés chez les jeunes de 20 ans, selon le degré de gravité des troubles mentaux à l'âge de 18 ans (en pourcentage), Australie et États-Unis

	Australie (2006/09)			États-Unis (2002/05)		
	Trouble grave	Trouble modéré	Aucun trouble	Trouble grave	Trouble modéré	Aucun trouble
A terminé le lycée	73.4	74.7	83.7	69.0	78.5	84.0
A abandonné le lycée	26.6	25.0	16.0	29.8	20.7	14.8
Toujours au lycée	0.0	0.3	0.2	1.2	0.8	1.1

Note : Estimations pondérées en fonction de la population (2 340 jeunes en Australie et 3 289 aux États-Unis).
Source : Estimations de l'OCDE, à partir des enquêtes *Youth in Focus* (Australie) et *National Longitudinal Survey of Youth 1997* (États-Unis).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932569233

Un petit nombre d'études laissent supposer qu'il existe un lien de cause à effet entre éducation et santé mentale. Ainsi, Chevalier et Feinstein (2007) montrent que l'obtention d'un diplôme de fin d'études secondaires réduit de 5 à 7 points de pourcentage le risque de dépression chez l'adulte. Particulièrement forte chez les femmes, cette influence reste manifeste même si l'on tient compte des aspects relatifs à l'emploi et à la situation familiale. Selon Conti *et al.* (2010), la corrélation entre niveau d'éducation et dépression est due quasiment pour moitié à un lien de cause à effet. Là encore, on constate que l'effet est plus marqué chez les femmes.

Conscients de l'importance de finir ses études secondaires, les décideurs mettent en place de multiples programmes de prévention et d'action afin de réduire autant que possible les taux d'abandon (OCDE, 2010b). Par exemple, l'initiative *Check and Connect* aux États-Unis a été élaborée pour encourager les jeunes en passe d'abandonner leurs études à rester à l'école et pour renforcer les liens entre le personnel scolaire, les élèves et les familles. *Youth Connections*, en Australie, offre un « filet de sécurité » aux jeunes qui ont quitté ou risquent de quitter le système scolaire, grâce à une gestion et à un soutien

personnalisés afin de les aider à revenir à l'école ou en formation. Enfin, dans de nombreux pays, les jeunes gens qui quittent l'école constituent un groupe prioritaire au sein des services publics de l'emploi et reçoivent des conseils et un soutien intensifs, sous forme de cours de la deuxième chance, d'expérience professionnelle (stages), etc. (voir plus loin).

Néanmoins, on s'intéresse peu aux problèmes de santé mentale chez les jeunes ayant abandonné l'école. Les éducateurs ne sont généralement pas formés pour reconnaître ces problèmes ou ne connaissent pas forcément les traitements et les actions visant les troubles mentaux, comme par exemple les actions cognitives/comportementales[9]. Pourtant, il serait utile d'améliorer le recensement et les actions ciblées en étroite coopération avec des professionnels de la santé mentale afin d'améliorer les taux de réussite scolaire (Goulding *et al.*, 2010).

5.4. De l'adolescence à l'âge adulte

Passer de l'adolescence à l'âge adulte, cela signifie souvent quitter la maison pour vivre de manière indépendante, aller à l'université ou entrer dans la vie active, et éventuellement, fonder une famille. Ce sont des étapes charnières de la vie, mais pour un jeune atteint de troubles mentaux, le passage à la vie d'adulte est encore plus difficile, du fait de sa situation personnelle et de la complexité du système de santé mentale. Les jeunes adultes ont également plus de risques de voir apparaître des troubles nouveaux ainsi que des troubles concomitants à d'autres déjà présents.

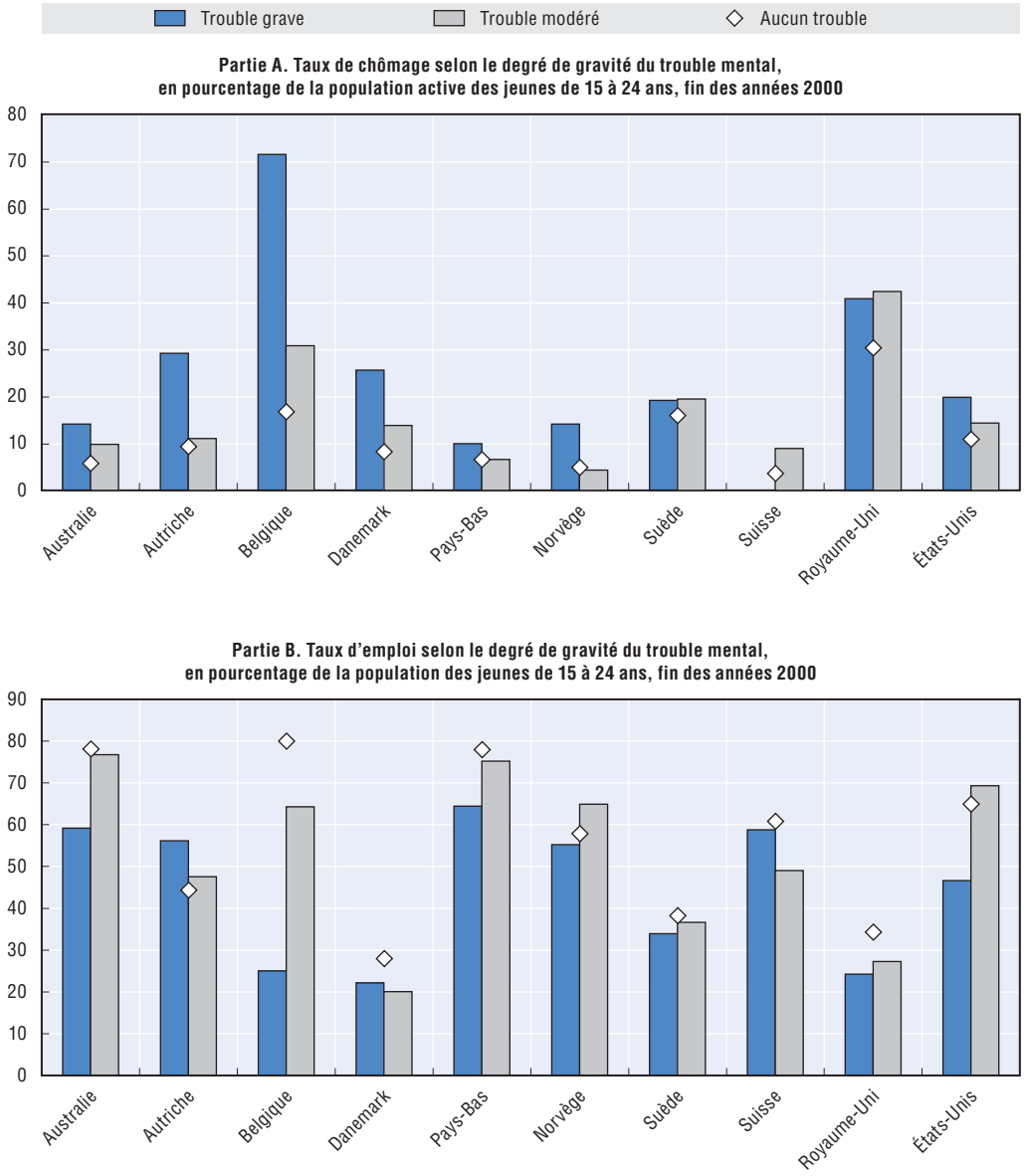
Les jeunes atteints de troubles mentaux dont le passage à l'âge adulte est difficile peuvent entraîner des coûts importants pour la société (depuis la dépendance à l'égard de l'aide sociale jusqu'aux activités criminelles) tout en contribuant peu à l'économie. Au sein de ce groupe, les jeunes femmes peuvent être confrontées à une difficulté supplémentaire : élever leurs enfants, et nombre d'entre elles ont du mal à s'en occuper correctement. Leurs enfants se heurtent à de nombreux problèmes et ont encore plus de risques de développer leurs propres troubles mentaux et d'enclencher ainsi un cercle vicieux. Il est donc essentiel de soutenir les jeunes qui passent à l'âge adulte afin qu'ils ne se retrouvent pas durablement exclus du marché du travail et de la société au sens large.

Cette partie étudie certaines informations disponibles sur le passage des jeunes atteints de troubles mentaux à l'université et à la vie active, à partir de données longitudinales pour quelques pays, avant de déterminer les principaux obstacles à une gestion réussie de ces périodes de transition, du point de vue du système de santé, du système d'enseignement, des structures de l'emploi et du régime de pension d'invalidité. Il est fait observer en conclusion qu'il est nécessaire de coordonner les différentes aides disponibles pendant le passage délicat à l'âge adulte.

Données sur les inscriptions dans l'enseignement supérieur et le taux d'activité

Comme les adultes, les jeunes atteints de troubles mentaux dans la plupart des pays sont globalement plus susceptibles d'être au chômage et moins susceptibles d'être salariés, ce qui montre les difficultés auxquelles ils sont confrontés pour s'insérer sur le marché du travail. Le taux de chômage des jeunes souffrant de troubles mentaux graves est supérieur de 5 à 20 points de pourcentage à celui des jeunes n'ayant pas de trouble (et jusqu'à 50 points en Belgique), alors que l'écart est compris entre 0 et 12 points pour les jeunes ayant de troubles modérés (graphique 5.7, partie A).

Graphique 5.7. **Les jeunes atteints d'un trouble mental grave enregistrent des taux d'emploi plus faibles et des taux de chômage plus élevés**



Source : Enquêtes nationales sur la santé (voir le graphique 1.3).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568853

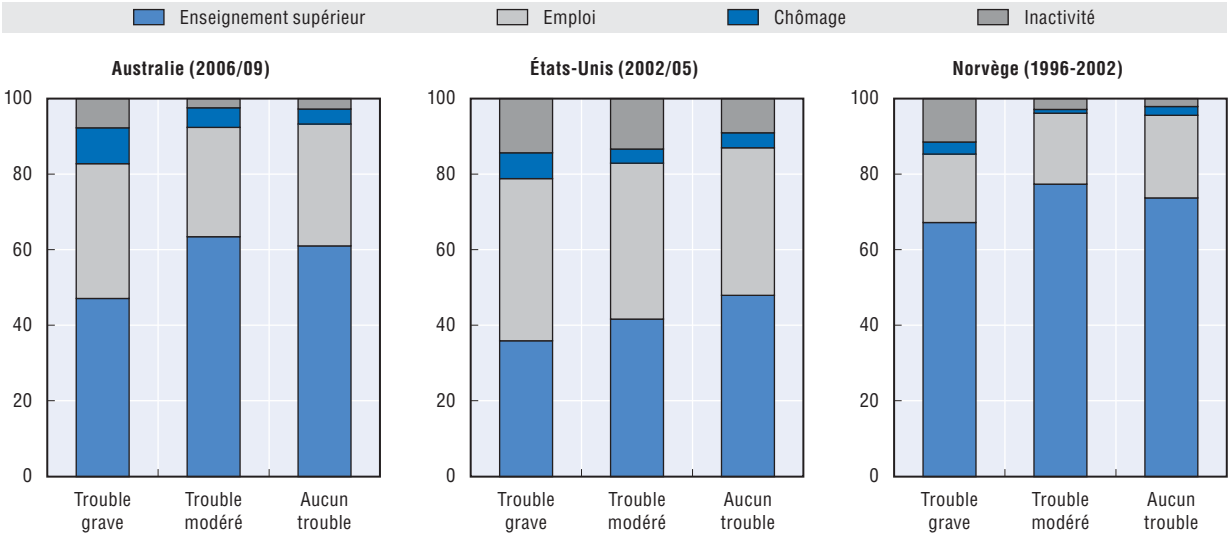
Dans la plupart des pays, le taux d'emploi des jeunes ayant des problèmes de santé mentale graves est également nettement inférieur à celui des jeunes qui n'en ont pas. Cependant, dans la mesure où une grande partie de ces jeunes a quitté l'école tôt, l'écart est bien moindre que pour les adultes (chapitre 1) – ce qui explique aussi pourquoi en Autriche et en Suisse, deux pays ayant un système de formation en apprentissage très développé, même les jeunes atteints de troubles mentaux graves affichent un taux d'emploi plus élevé que ceux qui n'en ont pas. L'écart avec le taux d'emploi des jeunes présentant des troubles modérés est très limité dans tous les pays (graphique 5.7, partie B), en partie parce qu'ils ont les mêmes possibilités d'emploi à leur entrée sur le marché du

travail, mais également parce que les jeunes atteints de troubles mentaux étant plus susceptibles d'abandonner leurs études secondaires ou de ne pas poursuivre d'études supérieures, ils ont tendance à se présenter plus tôt sur le marché du travail.

Les données longitudinales sur l'Australie, la Norvège et les États-Unis montrent que les jeunes atteints de troubles mentaux graves ont plus de difficultés à poursuivre des études supérieures[10]. Les jeunes atteints de troubles mentaux graves à l'âge de 18 ans sont nettement moins susceptibles d'être inscrits dans l'enseignement supérieur à 20 ans que ceux qui n'en ont pas (graphique 5.8). Aux États-Unis, c'est également vrai dans une moindre mesure pour les jeunes atteints de troubles modérés, alors qu'en Australie et en Norvège, les résultats de ce groupe diffèrent à peine de ceux des jeunes qui n'ont pas de troubles mentaux, ce qui laisse penser que ce groupe n'est pas confronté à des difficultés plus grandes pour entrer à l'université. Aux États-Unis, parmi ceux qui poursuivent des études supérieures, une petite proportion des jeunes souffrant de troubles mentaux (graves et modérés) s'inscrit à temps plein et un pourcentage plus grand s'oriente vers les programmes techniques ou les cursus courts plutôt qu'à l'université (où les études durent au moins quatre ans). Une étude américaine de Newman *et al.* (2009) révèle qu'au sein du groupe des jeunes souffrant de handicaps, ceux qui présentent des troubles mentaux ont des résultats bien inférieurs à ceux des autres : les jeunes adultes atteints de troubles psychologiques sont non seulement moins susceptibles de poursuivre des études supérieures que les autres jeunes souffrant de handicaps, mais ce sont également eux qui attendent le plus longtemps avant de commencer des études supérieures et qui sont les moins stables en termes d'assiduité (suivant les cours de certains semestres ou trimestres mais pas les autres)[11].

Graphique 5.8. **Les jeunes qui présentaient un trouble mental à l'âge de 18 ans sont plus nombreux à avoir arrêté leurs études à 20 ans**

Activité des jeunes de 20 ans qui présentaient un trouble mental à 18 ans, certains pays de l'OCDE



Note : Estimations pondérées en fonction de la population : 2 334 jeunes en Australie et 3 172 aux États-Unis. Les données de la Norvège sont non pondérées et se réfèrent à 1 228 jeunes représentatifs de la population âgée de 20 ans dans le comté de Nord-Trøndelag.

Source : Estimations de l'OCDE à partir des enquêtes *Youth in Focus* (Australie), *Young HUNT* (Norvège) et *National Longitudinal Survey of Youth 1997* (États-Unis).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568872

Ces données longitudinales confirment également l'entrée précoce, mais difficile, sur le marché du travail, des jeunes atteints de troubles mentaux graves. Les jeunes qui avaient des problèmes de santé mentale à 18 ans ont plus de chances d'avoir un travail à 20 ans que ceux qui n'en ont pas, mais ils sont aussi nettement plus susceptibles d'être au chômage ou inactifs (graphique 5.8). En outre, les données sur les États-Unis montrent également qu'à l'âge de 25 ans, ils ont un salaire sensiblement inférieur, même s'ils ont occupé le même nombre d'emplois au cours des cinq dernières années (tableau 5.3).

Tableau 5.3. **À 25 ans, les jeunes Américains souffrant d'un problème de santé mentale gagnent moins d'argent et changent plus souvent d'emploi**

Résultats sur le plan professionnel des jeunes de 25 ans qui présentaient un trouble mental à l'âge de 18 ans, par degré de gravité du trouble mental, États-Unis, 2007

	Trouble grave	Trouble modéré	Aucun trouble
Salaire horaire (en USD)	13.2	15.6	15.9
Nombre d'emplois occupés depuis l'âge de 20 ans	4.2	4.1	3.9

Note : Estimations pondérées en fonction de la population (1 655 jeunes).
Source : Estimations de l'OCDE à partir de la *National Longitudinal Survey of Youth 1997*.
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932569252

Là encore, les résultats sur le plan professionnel des jeunes atteints de troubles modérés sont très proches de ceux des jeunes qui n'en souffrent pas. Il est donc essentiel d'assurer des perspectives de carrière à ces jeunes afin d'empêcher des résultats négatifs plus tard. Pourtant, une étude britannique montre que les jeunes ayant des problèmes de santé mentale sont moins susceptibles d'occuper des postes à responsabilités (spécialistes et dirigeants) à l'âge de 26 ans que ceux qui n'ont pas de handicap ou qui en ont d'autres (Burchardt, 2005)[12]. Parmi les jeunes Américains présentant des handicaps, ceux qui sont atteints de troubles psychologiques ont le taux de rotation le plus élevé et sont les moins susceptibles d'informer leur employeur de leur handicap (Newman *et al.*, 2009).

Par ailleurs, de nombreux jeunes adultes ne sont pas conscients qu'ils ont un problème de santé mentale ou ont du mal à l'accepter et donc à demander de l'aide. En Australie par exemple, respectivement la moitié et les trois quarts des jeunes de 18 ans atteints de troubles graves et modérés n'ont jamais été diagnostiqués comme tels par un professionnel de la santé (tableau 5.4). Dans la même veine, aux États-Unis, plus de 60 % des élèves jugés par leur établissement secondaire comme ayant des troubles psychologiques ne se considéraient pas comme tels au moment où ils sont passés dans

Tableau 5.4. **Les jeunes atteints d'un trouble mental sont peu nombreux à avoir été diagnostiqués par un professionnel de la santé**

Proportion de jeunes de 18 ans ayant fait l'objet d'un diagnostic de dépression ou d'anxiété (en pourcentages), selon leur état de santé mentale, Australie, 2006/09

		État de santé mentale à 18 ans		
		Trouble grave (5.0)	Trouble modéré (16.2)	Aucun trouble (78.8)
Un professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que vous souffriez de dépression ou d'anxiété ?	Oui (11.7)	22.9	37.6	39.5
	Non (88.2)	2.6	13.4	84.0
Proportion n'ayant jamais été diagnostiquée		46.2	72.8	94.1

Note : Estimations pondérées en fonction de la population (2 340 jeunes).
Source : Estimations de l'OCDE à partir de l'enquête australienne *Youth in Focus*.
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932569271

l'enseignement postsecondaire. Parmi ceux qui estimaient effectivement qu'ils avaient des problèmes psychologiques, près de la moitié n'en ont pas informé leur établissement d'enseignement postsecondaire (Newman *et al.*, 2009). D'un autre côté, 40 % des jeunes Australiens pour lesquels on a diagnostiqué une dépression ou de l'anxiété ne sont pas considérés comme ayant un problème de santé mentale à l'âge de 18 ans (tableau 5.4), en partie parce que les troubles dont souffrent ces jeunes ne dépassent plus le seuil clinique (du moins pas au moment de l'entretien).

Interruption des aides et des services à l'âge adulte

Devenir adulte suppose souvent une interruption des aides et services. Jusqu'à l'âge de 18-21 ans ou jusqu'à ce qu'ils finissent leurs études secondaires (selon les pays), les jeunes atteints de troubles mentaux relèvent généralement du ministère de l'Enseignement. Après cela, différents systèmes interviennent et, encore plus qu'auparavant, le niveau du soutien proposé à ces jeunes dépendra de leur propre capacité à exprimer leurs besoins et à trouver eux-mêmes les services et structures disponibles. En outre, de nombreux pays définissent les handicaps des adultes en termes de capacité de travail réduite et non plus en termes de besoins éducatifs comme c'est le cas pour les handicaps ou les problèmes de santé des enfants et des adolescents. Ce changement de définition implique non seulement de reprendre à zéro des démarches administratives qui peuvent prendre du temps et de l'énergie, mais il suppose également que de nombreux jeunes adultes n'ont plus droit aux aides qui leur étaient apportées pendant l'enfance et l'adolescence.

Cette rupture des services se produit alors que de nombreux jeunes souffrant de troubles mentaux ont particulièrement besoin de soutien et d'assistance pour surmonter les nombreux obstacles auxquels ils se heurtent lorsqu'ils entrent dans l'âge adulte. Les problèmes d'ordre social auxquels ces jeunes sont confrontés sont souvent passés sous silence, les familles n'ayant pas toujours les moyens de les aider financièrement pendant cette période de transition. Par ailleurs, les jeunes atteints de troubles mentaux ont souvent des difficultés à développer leur sens de l'autonomie, à établir des relations matures avec leurs parents et les autres adultes et à entretenir des relations étroites avec leurs amis (Osgood *et al.*, 2005). Le risque de grossesses non désirées ou de délinquance, de consommation de stupéfiants ou de chômage est également plus élevé (voir plus haut). Au-delà d'un accès ininterrompu aux services de santé compétents, certains de ces jeunes adultes peuvent nécessiter l'attention continue d'une personne chargée de les aider à finir leurs études secondaires ou à poursuivre des études supérieures, à trouver un emploi et à vivre une vie indépendante.

Le système de santé

Malgré la forte prévalence des troubles mentaux pendant l'adolescence, le recours aux services de santé mentale se réduit considérablement lors du passage à l'âge adulte. Aux États-Unis par exemple, Pottick *et al.* (2007) montrent que ce recours passe de 34 % chez les 16-17 ans à 18 % seulement chez les 18-19 ans, la baisse la plus importante concernant les services de consultations externes, autrement dit ceux qui concernent sans doute davantage les jeunes atteints de troubles mentaux modérés. Non seulement c'est à cet âge intermédiaire que l'offre de services est la plus faible (Bailey et Dolan, 2004), mais ces jeunes se heurtent également à des obstacles importants pour obtenir les aides adaptées lorsqu'ils quittent le système de santé des enfants (Davis, 2003). Les services de santé pendant le passage à l'âge adulte des jeunes diagnostiqués comme ayant un problème de

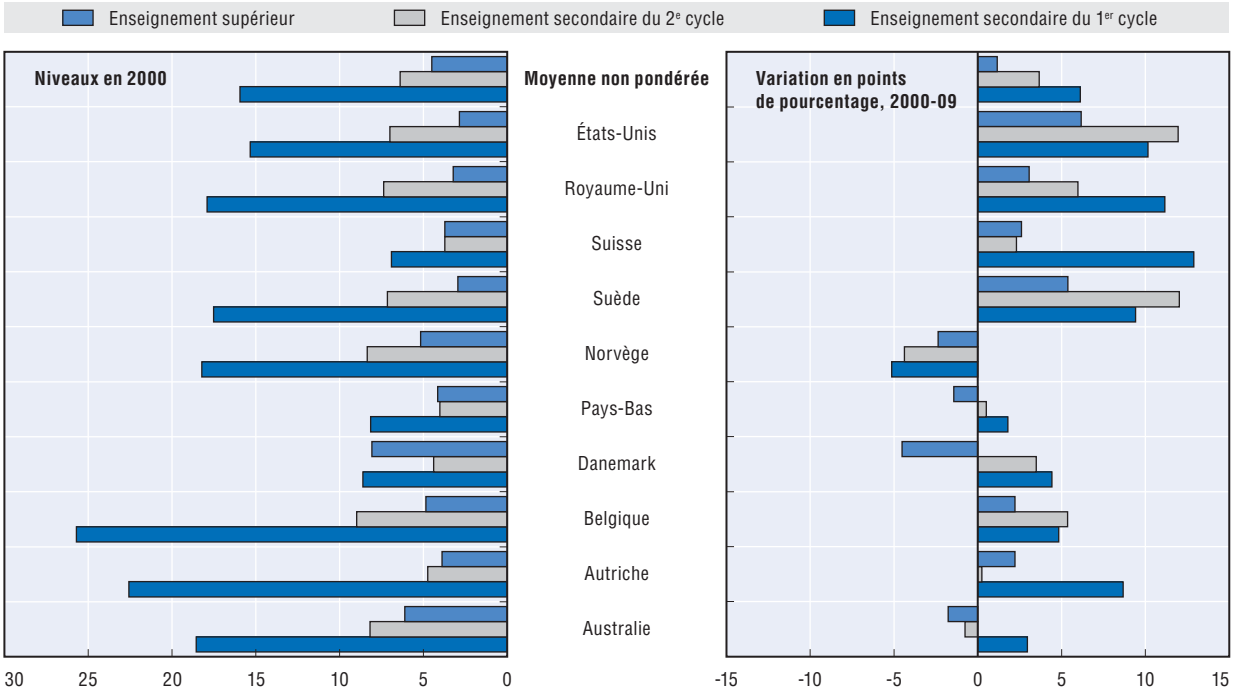
santé mentale et/ou des troubles psychologiques graves sont morcelés et désorganisés dans de nombreux pays. Les règles d'admission changent selon l'âge et le diagnostic, et les programmes pâtissent de modes de financement et de principes différents.

L'enseignement supérieur

Dans une économie de plus en plus axée sur le savoir, il est essentiel de favoriser l'accès des jeunes atteints de troubles mentaux aux études supérieures, afin qu'ils aient plus de débouchés et des revenus plus élevés. Ainsi, le taux de chômage des jeunes qui n'ont pas fini leurs études secondaires est en général bien plus élevé et s'aggrave encore depuis dix ans (graphique 5.9). Les résultats scolaires inférieurs des jeunes souffrant de troubles mentaux sont donc extrêmement préoccupants. Néanmoins, il ne suffit pas d'améliorer l'accès de ces jeunes à l'université puisqu'ils sont plus susceptibles que les autres d'abandonner leurs études, malgré leurs capacités intellectuelles et leur potentiel (Newman *et al.*, 2009).

Graphique 5.9. **Les jeunes diplômés de l'enseignement supérieur réussissent nettement mieux sur le marché du travail**

Taux de chômage des jeunes de 15 à 29 ans en 2000 et évolution (en points de pourcentage) de ce taux entre 2000 et 2009, par niveau d'études



Source : OCDE (2011), *Regards sur l'éducation : Les indicateurs de l'OCDE.*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568891

Les études supérieures entraînent de nouvelles angoisses, associées par exemple au fait de quitter la maison et le lycée pour un cadre moins structuré, un travail autonome, des examens et des pressions financières et sociales. Bien que le stress ne soit pas véritablement en soi une cause de troubles mentaux, il peut accentuer les symptômes d'ordre psychologique ou exacerber des troubles déjà présents. Les étudiants ne sont pas toujours conscients de leurs problèmes de santé mentale et risquent tout simplement d'abandonner leurs études à cause de résultats médiocres. Et même lorsqu'ils en sont conscients, la piètre estime qu'ils ont d'eux-mêmes et les préjugés peuvent les empêcher de demander de l'aide.

Des difficultés de taille se dressent face à l'accès et à la continuité des aides et des soins aux étudiants souffrant de troubles mentaux (Grant, 2002). Les services de santé mentale fournis dans le cadre de l'université comprennent généralement des services médicaux, des programmes de promotion de la santé mentale, des services de soutien et des conseils professionnels. Certaines universités proposent également en interne des traitements psychiatriques. Pourtant, les étudiants en difficulté, et notamment la grande majorité qui présente des troubles mineurs et modérés, ne se tournent pas nécessairement vers les services officiels mais cherchent d'abord des aides plus familières, comme des amis, tuteurs ou parents (Grant, 2002). Il faut largement diffuser les informations relatives à la santé mentale afin de sensibiliser les étudiants et le personnel universitaire et améliorer ainsi une détection précoce. Un conseiller spécialisé dans la santé mentale, auprès de qui les étudiants et le personnel peuvent obtenir des renseignements, peut également favoriser une action rapide et, si nécessaire, l'aiguillage vers des services spécialisés (voir par exemple Royal College of Psychiatrists, 2003).

Le marché du travail

Dans tous les pays de l'OCDE, les jeunes peuvent obtenir une aide à la recherche d'emploi dans le cadre du service public de l'emploi (SPE). La transition des études à un emploi stable étant difficile pour de nombreux jeunes (et pas uniquement pour ceux qui ont des problèmes de santé mentale), les jeunes chômeurs constituent en général l'un des groupes cibles des programmes actifs du marché du travail (PAMT), notamment l'aide à la recherche d'emploi, l'orientation professionnelle, les stages et les formations, organisés par le SPE (OCDE, 2010b).

L'une des difficultés majeures associées à ces PAMT tient au fait que les jeunes les plus désavantagés, dont les jeunes atteints de troubles mentaux font partie, sont difficiles à atteindre. Seuls les plus motivés se rendent généralement d'eux-mêmes au SPE pour participer à ces programmes, mais de nombreux autres ne cherchent pas de travail ou, s'ils en cherchent un, ne sont pas incités à s'inscrire auprès du SPE. Dans la plupart des pays de l'OCDE, les jeunes qui quittent l'école et ceux qui n'ont pas suffisamment d'expérience professionnelle n'ont pas droit aux indemnités de chômage, alors que l'accès aux mesures en faveur de l'emploi se limite souvent aux allocataires (OCDE, 2010b), ce qui fait que les PAMT n'atteignent pas nécessairement ceux qui en ont le plus besoin. S'ils s'y inscrivent, la question est de savoir s'ils doivent ou non parler de leur état de santé mentale, de sorte que les agents du SPE puissent les aider au mieux, ce qui pose également la question de savoir si le SPE dispose des moyens nécessaires pour identifier les troubles mentaux et les besoins correspondants (voir chapitre 4).

Atteindre les jeunes ayant des problèmes de santé mentale représente donc un problème difficile à résoudre. Pourtant, il est capital de s'y prendre tôt pour empêcher ces jeunes de glisser dans le chômage de longue durée et l'inactivité, qui supposent non seulement une très grande détresse chez les personnes touchées, mais aussi un coût persistant pour la société. Cet aspect est d'autant plus important que la première expérience professionnelle est déterminante pour la suite de la carrière de ces jeunes.

Certains pays ont récemment renforcé leurs programmes destinés aux groupes désavantagés. Par exemple, la collaboration plus étroite instaurée en 2009 en Angleterre entre *Connexions Services* – chargé des services d'orientation et d'aide pour tous les jeunes de 13 à 19 ans – et *Jobcentre Plus* – SPE chargé des demandeurs d'emploi à partir de 18 ans – empêche les jeunes vulnérables de perdre tout lien avec le marché du travail (OCDE, 2010b).

Les centres d'orientation pour la jeunesse au Danemark et l'organisme norvégien en charge du travail et de la protection sociale ont l'obligation de prendre contact avec les jeunes de moins de 25 ans (24 ans en Norvège) qui sont déscolarisés et sans emploi. Dans ces deux pays, les structures coopèrent étroitement avec les autorités chargées du marché du travail et avec celles chargées de l'enseignement afin d'aider ces jeunes à reprendre leurs études ou à trouver un emploi (Duell *et al*., 2009 ; et OCDE, 2010c).

Autre problème : les PAMT classiques ont peu de chances de réussir auprès des jeunes atteints de troubles mentaux, qui cumulent en général plusieurs facteurs de risques sociaux (niveau d'études faible, consommation de stupéfiants, pauvreté, par exemple). Même si de nombreux pays de l'OCDE ont mis au point des PAMT intensifs pour les jeunes désavantagés, y compris pour ceux atteints de troubles mentaux, ils sont rares à aller au-delà des mesures d'activation classiques que sont l'aide à la recherche d'emploi, l'orientation professionnelle, les stages ou les formations. La recherche montre que les services et les aides destinés aux personnes souffrant de troubles mentaux doivent inclure non seulement des mesures de formation/d'activation, mais aussi un encadrement étroit, une aide à l'emploi et au revenu, des services de santé, une aide au transport et au logement. Le plus dur est souvent de garder son emploi, c'est pourquoi la personne doit être accompagnée même après avoir trouvé un emploi.

Dans les pays où des programmes intensifs sont proposés, ils se limitent souvent à un petit nombre de personnes souffrant de déficiences graves, et les jeunes atteints de troubles modérés n'y ont pas forcément droit, alors qu'ils ont également besoin d'aide. Ainsi en Autriche, un encadrement en cours d'emploi est proposé aux jeunes handicapés à 50 % au moins, tandis qu'aux États-Unis et en Suède, des programmes d'aide à l'emploi renforcés sont proposés aux personnes qui perçoivent une pension d'invalidité. L'Australie a de son côté amélioré la collaboration inter-organismes pour tous les demandeurs d'emploi, qui utilisent désormais un service unique (*Centrelink*), qui fait le lien entre les services de l'emploi et les services sociaux, mais aussi les services de santé et du logement.

Hausse du nombre de jeunes adultes bénéficiaires d'une pension d'invalidité

Les jeunes adultes souffrant de troubles mentaux qui ne parviennent pas à entrer sur le marché du travail sont de plus en plus nombreux à finir par toucher une pension d'invalidité. En fonction de la réglementation nationale, cette évolution peut se produire très tôt dans la vie, souvent autour de 18 ans aux États-Unis, aux Pays-Bas et en Suède, parfois avec des règles d'admissibilité particulières et des critères spéciaux pour déterminer le niveau de la pension (tableau 5.5). Ces jeunes gens n'ont en général jamais travaillé ou alors très peu, et bien que le montant de la pension qu'ils perçoivent soit souvent forfaitaire et proche du niveau du salaire minimum dans plusieurs pays, cela peut constituer à court terme un frein considérable à la recherche d'emploi compte tenu des possibilités d'emploi et de revenu apparemment limitées qui s'offrent à ces jeunes. À plus long terme, le risque est de ne pouvoir compter toute sa vie que sur un revenu faible.

Le taux d'allocataires d'une pension d'invalidité chez les 20-34 ans, qui est en moyenne de 2 % dans l'OCDE (près de 4 % aux Pays-Bas et au Royaume-Uni), est en progression dans la plupart des pays depuis dix ans (OCDE, 2010a). Dans un certain nombre de pays, cette hausse a été particulièrement rapide chez les moins de 25 ans et, parmi eux, elle est nettement plus élevée chez les demandeurs qui invoquent des troubles mentaux. Le taux de progression annuel atteint environ 10 % par an dans certains pays, et même plus de 20 % en Suède ; ce n'est qu'aux Pays-Bas que la part des demandes en raison de troubles

Tableau 5.5. **Dans de nombreux pays, les jeunes peuvent obtenir une pension d'invalidité à un très jeune âge**

Conditions d'admission à la pension d'invalidité et montants versés aux jeunes allocataires

	Age	Conditions d'admission	Montant des versements
Australie	16	Pour être éligible, l'allocataire doit être affecté de cécité permanente, ou d'une déficience physique ou mentale d'au moins 20 points (non 20 %) de déficience – conformément à la table – et se trouver dans l'incapacité de travailler pendant au moins 15 heures hebdomadaires, ou dans l'incapacité de suivre une nouvelle formation pour un travail quel qu'il soit, au cours des deux prochaines années. Il doit avoir le statut de résident depuis au moins dix années cumulées.	Célibataire de moins de 18 ans vivant seul : jusqu'à 498.70 AUD tous les 15 jours ; 322.70 AUD s'il vit chez ses parents. Célibataire de 18 à 20 ans vivant seul : jusqu'à 498.70 AUD tous les 15 jours ; 365.80 AUD s'il vit chez ses parents. Ces taux tiennent compte du supplément d'invalidité versé aux jeunes (*Youth Disability Supplement*) d'un montant de 110 AUD par quinzaine.
Autriche		Incapacité de travail de 50 %. Les conditions d'admission pour les jeunes sont identiques à celles applicables aux adultes. Si les conditions sont remplies, les jeunes et les jeunes adultes perçoivent une pension, mais lorsqu'ils atteignent l'âge légal, la pension augmente.	En fonction de la durée d'affiliation et des revenus, comme pour la pension de retraite, mais avec un taux d'acquisition du droit à pension inférieur.
Belgique		Incapacité de travail d'au moins 66 %. Durée d'affiliation minimum pour obtenir la pension : six mois, dont 120 jours de travail.	65 % des revenus perdus (montant plafonné) si l'allocataire a des personnes à charge, 53 % s'il est célibataire sans personne à charge, 40 % qu'il vit avec quelqu'un sans personne à charge.
Danemark	18	Incapacité de travail permanente empêchant la personne d'assurer sa subsistance. Résident pendant au moins trois ans depuis l'âge de 15 ans.	Selon la durée de séjour dans le pays entre 15 et 65 ans. Si les revenus ne dépassent pas un certain niveau, 95 420 DKK par an pour les personnes vivant seules et 166 104 DKK pour les personnes mariées ou vivant en cohabitation. Pension selon le degré d'incapacité.
États-Unis	18[a]	Incapacité d'exercer une activité rémunérée substantielle à cause d'un handicap dont la durée devrait dépasser au moins un an ou entraîner la mort. Assuré : un trimestre de couverture pour chaque année à partir de 21 ans jusqu'à l'année où le handicap est apparu. Au maximum : 40 trimestres de couverture. Vingt trimestres de couverture dans les dix ans précédant l'année où le handicap est apparu. Conditions moins strictes pour les jeunes : minimum de 6 trimestres de couverture si le handicap est apparu avant l'âge de 24 ans.	En fonction des revenus couverts, montants correspondants aux moyennes sur la période concernée après 1950 (ou à partir de 21 ans) et indexés sur l'inflation par les salaires, jusqu'à l'apparition du handicap, en excluant jusqu'à cinq années de revenus les plus bas.
Norvège	Pension de base : 16 ans Pension d'invalidité : 18 ans	Pension d'invalidité : trois ans d'assurance précédant immédiatement l'invalidité. Si cette condition n'est pas remplie, la personne handicapée peut obtenir le droit à pension un an après avoir été assurée pour la dernière fois, sous réserve qu'elle ne soit pas sortie du système d'assurance plus de cinq ans au total après l'âge de 16 ans. Les jeunes handicapés qui avaient moins de 26 ans et étaient affiliés au système d'assurance national lorsqu'ils sont devenus handicapés sont exemptés de la condition des trois ans.	Les durées d'affiliation et points de retraite futurs stipulés compenseront les durées d'affiliation et de revenu insuffisantes pour les personnes devenues handicapées à un stade précoce.
Pays-Bas	18	Wajong : 25 % d'incapacité. Personnes incapables de travailler à l'âge de 17 ans ou qui sont devenues handicapées depuis cette date et qui ont suivi des études pendant au moins 6 mois au cours de l'année précédant immédiatement cette date.	Handicap complet et permanent : 75 % du salaire minimum des jeunes. Lorsque le bénéficiaire peut travailler : jusqu'à 27 ans, il perçoit une pension qui complète ses revenus jusqu'à 100 % du salaire minimum des jeunes (à mesure que les revenus augmentent, la pension baisse). Le revenu minimum (salaire + pension) correspond à 75 % du salaire minimum des jeunes. S'il gagne moins que sa capacité de gain restante, le revenu total sera inférieur, puisque le montant de la pension reste inchangé, mais que le salaire est inférieur. Le niveau du salaire minimum des jeunes dépend de l'âge.
Royaume-Uni	16	Doit passer une phase d'évaluation de 13 semaines et satisfaire au moins l'une des conditions suivantes : 1) être assuré ou être âgé de moins de 20 ans (ou 25 dans certains cas) ; 2) avoir un faible revenu.	Montant en fonction des revenus de l'assuré, de sa capacité de travailler, de son âge et de son état civil. Pas de versements si l'épargne dépasse 16 000 GBP ou si le conjoint de l'assuré travaille plus de 24 heures par semaine.
Suède	18	Perte de capacité de travail évaluée à 25 % au moins et obligation d'être assuré au moment où le handicap a commencé. La pension d'invalidité se compose d'une garantie et d'une pension liée au revenu. La première exige au moins 3 ans d'affiliation et dépend du lieu de résidence. La seconde exige au moins un an de revenu en Suède au cours d'une période spécifique.	Pension universelle de base : 90 % du montant de base réduit de 2 % si le handicap est total, 72.5 % si le bénéficiaire est marié. La pension liée au revenu dépend des gains et de la durée d'affiliation.
Suisse	18	40 % d'incapacité pour obtenir un quart du montant de la pension, 50 % pour la moitié de la pension, 60 % pour les trois quarts de la pension et 70 % pour une pension complète.	La pension ordinaire garantit le niveau de subsistance (au maximum, deux fois le salaire minimum) ; pension complète avec contributions continues. Pension extraordinaire : 133.3 % du salaire minimum.

Note : Les prestations d'invalidité versées aux enfants ne sont pas prises en compte dans ce tableau.

a) Un examen médical détermine si les jeunes bénéficiaires répondent aux critères fixés pour les adultes lorsqu'ils atteignent l'âge de 18 ans.

Source : Compilation de l'OCDE à partir du questionnaire sur les politiques de santé mentale.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932569290

mentaux a récemment enregistré un net recul (graphique 5.10, partie B). La progression plus rapide du pourcentage d'allocataires chez les jeunes souffrant de troubles mentaux s'explique par une hausse progressive, dans tous les pays, de la proportion des demandes de pension justifiées par des troubles mentaux : hausse annuelle comprise entre 0.5 et 1.0 point dans la plupart des pays, mais de 1.8 et 3.2 points en Suède et en Autriche (voir partie B). À l'heure actuelle, les deux tiers environ de toutes les demandes nouvelles de pension d'invalidité invoquent comme cause principale des problèmes de santé mentale, et jusqu'à 80 % en Suède, ce qui représente un pourcentage bien plus élevé que celui de l'ensemble de la population en âge de travailler (voir chapitre 4).

Acorder une pension d'invalidité à des jeunes souffrant de troubles mentaux risque de les enfermer définitivement dans l'inactivité et la pauvreté. Comme indiqué dans OCDE (2010a), la probabilité de retour à l'emploi est extrêmement faible une fois que la pension est accordée. Pourtant, les problèmes de santé mentale sont généralement fluctuants, et, avec le bon traitement, les services et les aides nécessaires, les jeunes concernés peuvent aller mieux. Pour éviter une dépendance de long terme à l'égard des prestations sociales, il est donc important de ne pas accorder de pension d'invalidité trop tôt dans la vie.

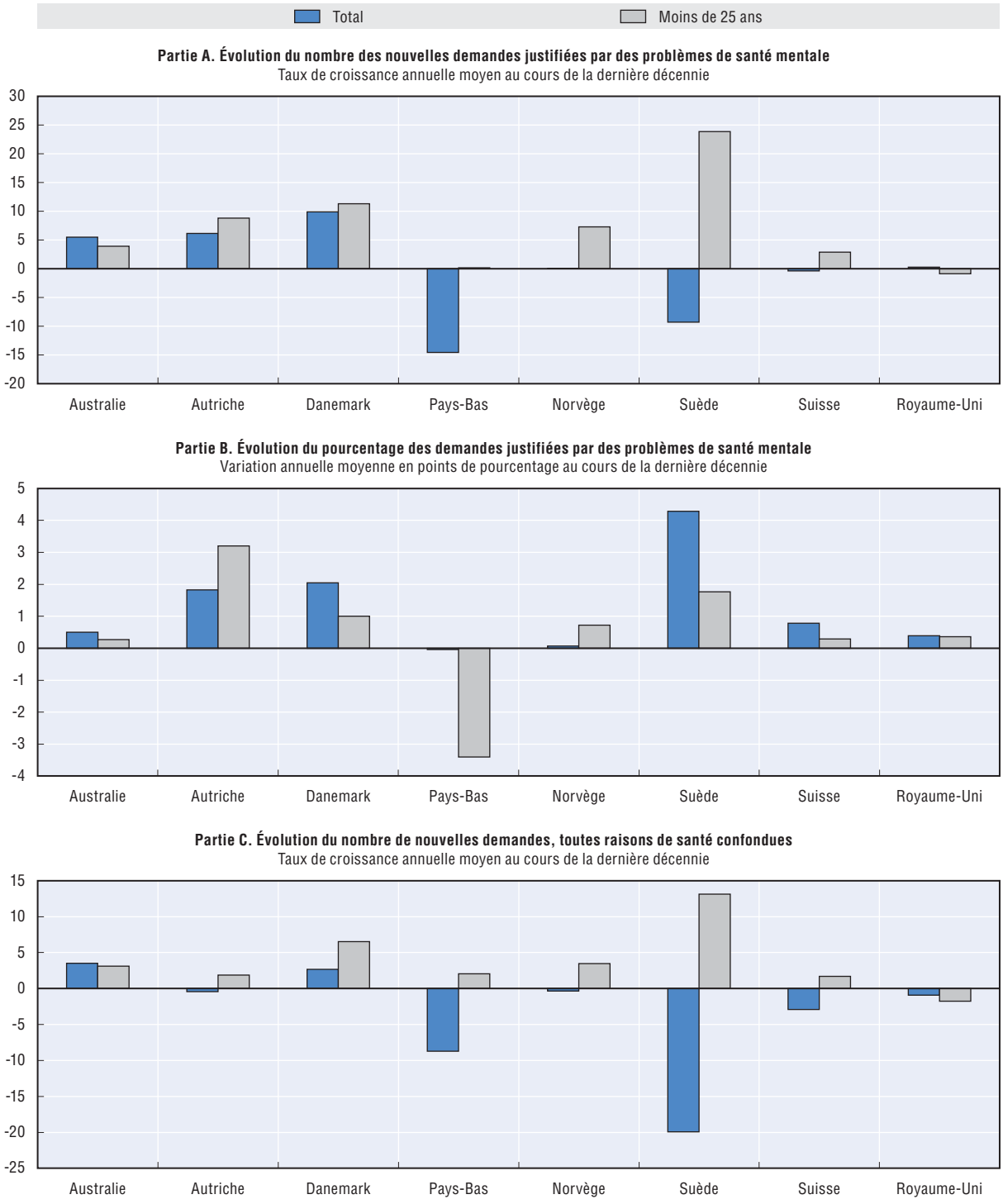
Cette tendance explique en partie pourquoi de nombreux pays resserrent l'accès à une pension d'invalidité permanente. Des versements temporaires et plus souples, assortis de réévaluations régulières, seraient particulièrement indiqués pour les jeunes allocataires. D'ailleurs, les jeunes (OCDE, 2006) et les personnes atteintes de troubles mentaux (chapitre 4) se voient accorder une pension temporaire plus fréquemment. Toutefois, jusqu'à présent, cela n'a quasiment eu aucun impact dans la pratique en raison de réévaluations insuffisantes et de la conversion à plus ou moins long terme de la majorité des pensions temporaires en pensions permanentes.

Une autre solution consisterait à remplacer la pension d'invalidité pour les jeunes par une formule plus active. Le Danemark a récemment étudié cette possibilité, tandis que la Suède a adopté un changement de ce type il y a quelques années, lorsque le système de pension d'invalidité a été remplacé par un régime d'indemnisation d'activité pour les 18-29 ans. Cependant, le graphique 5.10 donne à penser que ce changement a entraîné une hausse et non un recul du nombre des allocataires, ce qui pourrait indiquer que la pension d'invalidité, considérée comme moins passive et moins susceptible d'enfermer l'allocataire dans la pauvreté et l'inactivité, est plus facile à obtenir. Le risque est que ces versements se transforment simplement en pension de long terme à l'âge de 30 ans.

Dans la mesure où les jeunes qui demandent une pension d'invalidité manquent généralement d'expérience professionnelle et ont en moyenne un niveau d'études inférieur, des mesures intensives de réinsertion, assorties d'une obligation de participation, sont fondamentales pour les aider à entrer sur le marché du travail. Les réformes récentes du régime spécial d'invalidité pour les jeunes aux Pays-Bas (*Wajong*) vont dans cette direction. L'objectif est de mieux utiliser le potentiel de travail des demandeurs. Le régime est désormais divisé en deux phases : on impose aux 18-27 ans un « plan de participation », qui consiste à faire des études ou à travailler avec une bourse d'études ou un salaire, tout en bénéficiant d'une aide intensive à la recherche d'emploi et d'un encadrement professionnel, et ce n'est qu'à l'âge de 27 ans que le degré de handicap (degré de perte de la capacité de gain par rapport au salaire minimum) est établi au moyen d'une évaluation finale. L'incidence de cette dernière réforme doit encore être étudiée ; la chute rapide des demandeurs de tous âges, notamment le groupe des 18-24 ans, ne résulte pas

Graphique 5.10. **Les demandes de pension d'invalidité chez les jeunes atteints d'un trouble mental augmentent dans de nombreux pays**

Nouveaux demandeurs de pension d'invalidité souffrant d'un problème de santé mentale parmi les jeunes de moins de 25 ans et les personnes d'âge actif : évolution en chiffres et en pourcentage



Note : L'évolution concerne les périodes suivantes : Australie 2004-10 ; Autriche 2005-09 ; Danemark 1999-2009 ; Norvège 1992-2007 ; Pays-Bas 2002-09 ; Royaume-Uni 1999-2010 ; Suède 2003-10 ; et Suisse 1995-2009.

Source : Questionnaire de l'OCDE sur la santé mentale.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932568910

de ce changement mais d'une réforme globale portant sur l'ensemble des demandeurs (OCDE, 2008). En outre, le nombre de jeunes de 18 et 19 ans demandant à bénéficier du régime spécial *Wajong* est en augmentation rapide depuis une dizaine d'années et n'a pas encore commencé à se stabiliser ni à reculer.

5.5. Conclusion : aider les jeunes qui sortent de l'école à réussir leur passage à la vie active

L'enfance et l'adolescence sont des périodes cruciales pour la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles qui lui sont associés. Les données épidémiologiques dont on dispose indiquent que chez trois quarts des personnes concernées, les troubles mentaux sont apparus avant 25 ans, et pour un quart d'entre eux, avant l'âge de 8 ans. En conséquence, la prévalence des troubles mentaux chez les enfants est très élevée. La plupart d'entre eux présentent des troubles mineurs ou modérés et peuvent espérer avoir une vie productive. Toutefois, ces problèmes peuvent nuire à leur scolarité et donc peser sur leur vie sociale et leur carrière une fois adultes.

L'école occupe une place stratégique pour protéger la santé mentale des jeunes et leur enseigner des mécanismes d'adaptation. Pour être efficaces, les actions menées doivent être pluridisciplinaires et réunir les services scolaires d'aide psychologique, les services psychiatriques de l'enfance et les travailleurs sociaux. L'implication des parents et des soignants, ainsi que leur soutien, sont également essentiels. Toutefois, les services de soutien à l'école ne sont généralement pas suffisants pour répondre aux besoins des jeunes, et sont mal coordonnés avec le système de santé et les autres services publics.

Comme pour d'autres étapes de la vie, l'une des grandes difficultés consiste à identifier les jeunes qui ont besoin d'aide. Un système de détection des problèmes de santé mentale pourrait contribuer à un recensement précoce des groupes vulnérables et, sous réserve de lui adjoindre des actions préventives, réduire l'ampleur des problèmes futurs. Les systèmes de détection sont toutefois souvent imprécis et peuvent être coûteux, et il faut faire attention à ne pas stigmatiser ou discriminer des groupes déjà désavantagés.

Parallèlement, les jeunes dont les besoins ne sont pas pris en compte risquent de voir leurs problèmes s'aggraver et d'abandonner l'école prématurément. Les abandons sont encore très fréquents dans la plupart des pays de l'OCDE, puisqu'ils concernent environ 15 % du groupe d'âge des 20-24 ans. La majorité des pays ont mis en place des programmes visant à réduire autant que possible les abandons ou à proposer aux jeunes ayant quitté l'école de reprendre leurs études ou de suivre une formation. Toutefois, on s'intéresse peu aux problèmes de santé mentale comme cause possible de l'abandon scolaire, et on ne dispose d'aucune donnée sur le pourcentage des jeunes ayant abandonné l'école qui souffrent de troubles mentaux. Des enquêtes menées dans les pays européens donnent à penser que la proportion de jeunes atteints de troubles mentaux graves et arrêtant leurs études à temps plein avant l'âge de 15 ans tourne autour de 26 %, contre 20 % pour ceux atteints de troubles modérés et 14 % pour les jeunes qui n'en ont pas. Cet aspect est capital au regard des compétences toujours plus étendues aujourd'hui exigées sur le marché du travail. Un accompagnement souple et personnalisé sera nécessaire pour encourager certains de ces jeunes à poursuivre leurs études et à réussir à s'insérer durablement sur le marché du travail.

Ces jeunes sont aujourd'hui trop, et souvent de plus en plus, nombreux à rejoindre très tôt dans la vie le système de pension d'invalidité. Le pourcentage des 20-34 ans dans les dix pays étudiés qui perçoivent une pension d'invalidité représente environ 2 % de la population, contre 1.6 % il y a de cela dix ans, sans qu'il soit démontré que les troubles mentaux sont en augmentation chez les jeunes. Dans trois sur quatre de ces cas, la cause invoquée pour toucher une pension concerne des troubles mentaux. Il n'est pas judicieux d'accorder une pension d'invalidité à un stade aussi précoce, dans la mesure où : *a)* avec les services et les soutiens appropriés, la plupart des troubles mentaux apparus dans l'enfance et à l'adolescence peuvent grandement s'atténuer ; et *b)* il n'y a quasiment jamais de retour à l'emploi une fois que la pension est accordée.

Notes

1. L'Enquête HBSC est une étude scientifique internationale menée en collaboration avec le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Elle est ciblée sur les enfants scolarisés de 11, 13 et 15 ans et repose sur des questionnaires remplis par les élèves en classe. L'enquête est réalisée auprès d'un échantillon représentatif au niveau national d'environ 1 500 enfants de chaque âge dans chaque pays participant. Pour estimer les plaintes subjectives à propos de la santé, l'étude HBSC utilise une liste de contrôle des symptômes classiques et pose aux enfants la question suivante : « *Au cours des six derniers mois, combien de fois avez-vous eu les symptômes suivants : mal à la tête, mal au dos, fatigue, irritabilité ou mauvaise humeur, nervosité, difficultés à trouver le sommeil, vertige ?* » Les réponses possibles étaient : « *pratiquement tous les jours* », « *plus d'une fois par semaine* », « *pratiquement toutes les semaines* », « *pratiquement tous les mois* », « *rarement* » et « *jamais* » (Currie *et al*., 2008).
2. L'échelle de richesse familiale est fondée sur une note générale concernant quatre éléments (la famille possède-t-elle une(des) voiture(s), un(des) ordinateur(s), l'enfant a-t-il sa propre chambre et combien de jours de congés la famille prend-elle ?) et est utilisée comme indicateur indirect du revenu du ménage (Currie *et al*., 2008).
3. Voir le chapitre 1 pour plus de détails sur la méthode utilisée pour recenser les personnes atteintes de troubles mentaux.
4. Au Royaume-Uni par exemple, 35 % des enfants présentant un trouble psychologique, 52 % de ceux ayant des problèmes de comportement et 71 % des enfants souffrant d'hyperkinésie suivent des programmes pédagogiques spéciaux (Green *et al*., 2005).
5. Le pourcentage d'enfants scolarisés dans des écoles spéciales (tous types de handicaps, pas uniquement les troubles mentaux) oscille entre 0.5 et 3 % dans la plupart des pays d'Europe de l'ouest (données extraites de *www.european-agency.org/*). L'avantage majeur de ces écoles réside en général dans un taux d'encadrement bien plus élevé.
6. Les jeunes sortis prématurément du système scolaire sont définis comme les jeunes âgés de 20 à 24 ans qui ne sont pas scolarisés (y compris dans le cadre de formations en alternance, considérées comme l'équivalent du deuxième cycle de l'enseignement secondaire) et qui ne possèdent pas de diplôme de fin d'études secondaires.
7. Le chiffre élevé de la Norvège s'explique en partie par les interruptions plus fréquentes des études secondaires du deuxième cycle et par les inscriptions plus nombreuses dans les écoles de la deuxième chance pour obtenir son diplôme.
8. Ces observations sont tirées des enquêtes longitudinales *Youth in Focus* (YIF) pour l'Australie et *National Longitudinal Survey of Youth 1997* (NLSY97) pour les États-Unis. L'Enquête australienne, YIF, est une enquête longitudinale visant à étudier les relations intergénérationnelles et le passage à l'âge adulte. Le premier cycle, qui a eu lieu en 2006, concernait 4 079 jeunes de 18 ans et leurs parents, choisis au hasard dans les registres administratifs de Centrelink, guichet unique chargé du versement de la quasi-totalité des prestations publiques et couvrant quelque 85 % des jeunes en Australie. Environ 41 % de l'échantillon du cycle 1 ont été interrogés à nouveau pendant le cycle 2 (2008-09). Les statistiques ont été transmises par Robert Breunig. L'Enquête américaine, NLSY97, avait pour objet d'étudier le passage de l'école à la vie active et à l'âge adulte. Elle se compose d'un échantillon national représentatif de jeunes nés entre 1980 et 1984. Le premier cycle a été mené en 1997 et se composait de 8 984 jeunes et leurs parents. Les données présentées dans ce chapitre sont extraites des cycles 6 et 8 et portent sur la période 2002/03 et 2004/05.

9. Voir le chapitre 3 (note 11) pour une définition des actions cognitives/comportementales.

10. Les études longitudinales utilisées sont *Youth in Focus* (YIF) pour l'Australie, *National Longitudinal Survey of Youth 1997* (NLSY97) pour les États-Unis (voir note 6 ci-dessus) et *Young HUNT* pour la Norvège. Cette dernière est une enquête longitudinale couvrant la totalité des jeunes (environ 9 000) du comté de Nord-Trøndelag nés entre 1976 et 1982 (sauf 1980). Les statistiques ont été fournies par Steinar Krokstad.

11. Newman *et al.* (2009) utilisent l'étude *National Longitudinal Transition Study-2* (NLTS2) pour analyser les résultats des jeunes souffrant de divers handicaps à l'issue de leurs études secondaires. NLTS2 est une étude représentative à l'échelle nationale portant sur plus de 11 000 jeunes souffrant de handicaps, âgés de 13 à 16 ans en décembre 2000 et bénéficiant de services d'enseignement spécifiques à partir de la septième année d'études ou après.

12. Burchardt (2005) utilise l'étude de 1970 *British Cohort Study* (9 000 observations à l'âge de 26 ans en 1996 – 56 % de l'échantillon d'origine) afin d'analyser les résultats en termes d'emploi des jeunes souffrant de différents types de handicap.

Références

Albers, C., T. Glover et T. Kratochwill (2007), « Where Are We and Where Do We Go Now? Universal Screening for Enhanced Educational and Mental Health Outcomes », *Journal of School Psychology*, vol. 45, pp. 257-263.

Anderson, J. et C. Lowen (2010), « Connecting Youth with Health Services », *Canadian Family Physician*, vol. 56, pp.778-784.

Bailey, S. et M. Dolan (2004), *Adolescent Forensic Psychiatry*, Arnold, Londres.

Belfer, M. (2008), « Child and Adolescent Mental Disorders: The Magnitude of the Problem across the Globe », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 49, n° 3, pp. 226-236.

Burchardt, T. (2005), *The Education and Employment of Disabled Young People: Frustrated Ambition*, The Policy Bress, Bristol.

Chevalier, A. et L. Feinstein (2006), « Sheepskin or Prozac: The Causal Effect of Education on Mental Health », *IZA Discussion Paper*, n° 2231, Bonn.

Coie, J., N. Watt, S. West, J. Hawkins, J. Asarnow, H. Markman, S. Ramey, M. Shure et B. Long (1993), « The Science of Prevention: A Conceptual Framework and some Directions for a National Research Program », *American Psychologist*, vol. 48, n° 10, pp. 1013 – 1022.

Conti, G., J. Heckman et S. Urzua (2010), « The Education-Health Gradient », *American Economic Review: Papers and Proceedings*, vol. 100, pp. 234-238.

Currie, C., S. Gabhainn, E. Godeau, C. Roberts, R. Smith, D. Currie, W. Picket, M. Richter, A. Morgan et V. Barnekow (2008), « Inequalities in Young People's Health. Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC): International Report from the 2005/2006 Survey », *Health Policy for Children and Adolescents*, n° 5, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Davis, M. (2003), « Addressing the Needs of Youth in Transition to Adulthood », *Administration and Policy in Mental Health*, vol. 30, n° 6, pp. 495-509.

Domitrovitch, C., K. Weare, M. Elias, M. Greenberg et R. Weissberg (2005), « Enhancing Resilience and Reducing Risk Behaviour in Schools », in C. Hosman, E. Jané-Llopis et S. Saxena (dir. pub.), *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options*, Oxford University Press, Oxford.

Duell, N., S. Singh et P. Tergeist (2009), « Activation Policies in Norway », *Documents de travail de l'OCDE sur les politiques sociales, l'emploi et les migrations*, n° 78, Éditions OCDE, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/226388712174*.

Essex, M., H. Kraemer, M. Slattery, L. Burk, T. Boyce, H. Woodward et D. Kupfer (2009), « Screening for Childhood Mental Health Problems: Outcomes and Early Identification », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 50, n° 5, pp. 562-570.

Feeney-Kettler, K., T. Kratochwill, A. Kaiser, M.L. Hemmeter et R. Kettler (2010), « Screening Young Children's Risk for Mental Health Problems: A Review of Four Measures », *Assessment of Effective Intervention*, vol. 35, n° 4, pp. 218-230.

Goulding, S., V. Chien et M. Compton (2010), « Prevalence and Correlates of School Drop-Out Prior to Initial Treatment of Nonaffective Psychosis: Further Evidence Suggesting a Need for Supported Education », *Schizophrenia Research*, vol. 116, pp. 228-233.

Grant, A. (2002), « Identifying Students' Concerns: Taking a Whole Institutional Approach », in N. Stanley et J. Manthorpe (dir. pub.), *Student Mental Health Needs: Problems and Responses*, Jessica Kingsley, Londres.

Gray, P. (2002), *Disability Discrimination in Education. A Review Undertaken on Behalf of the Disability Rights Commission*, Disability Rights Commission, Londres.

Green, H., A. McGinnity, H. Meltzer, T. Ford et R. Goodman (2005), *Mental Health of Children and Young People in Great Britain*, Office for National Statistics, Royaume-Uni.

Hacker, K., E. Myagmarjav, V. Harris, S. Franco Suglia, D. Weidner et D. Link (2006), « Mental Health Screening in Pediatric Practice: Factors Related to Positive Screens and the Contribution of Parental/Personal Concern », *Pediatrics*, vol. 188, n° 5, pp. 1896-1906.

Ingram, R. et J. Price (2000), *Handbook of Vulnerability to Psychopathology: Risk Across the Lifespan*, Guilford, New York.

Kelly, C., A. Jorm et A. Wright (2007), « Improving Mental Health Literacy as a Strategy to Facilitate Early Intervention for Mental Disorders », *Medical Journal of Australia*, vol. 187, n° 7 (supplément), pp. S26-S30.

Kessler, R., P. Berglund, O. Demler, R. Jin, K. Merikangas et E. Walters (2005), « Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication », *Archives of General Psychiatry*, n° 62, pp. 593-603.

Newman, L., M. Wagner, R. Cameto et A.M. Knokey (2009), « The Post-High School Outcomes of Youth with Disabilities up to 4 Years after High School. A Report from the National Longitudinal Transition Study-2 (NLTS2) (NCSER 2009-3017) », SRI International, Menlo Park, Californie.

OCDE (2006), *Maladie, invalidité et travail : Surmonter les obstacles – vol. 1 : Norvège, Pologne et Suisse*, Éditions OCDE, Paris, *www.oecd.org/els/invalidite*.

OCDE (2007), *Élèves présentant des déficiences, des difficultés et des désavantages sociaux – Statistiques et indicateurs*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE (2008), *Maladie, invalidité et travail : Surmonter les obstacles – vol. 3 : Danemark, Finlande, Irlande et Pays-Bas*, Éditions OCDE, Paris, *www.oecd.org/els/invalidite*.

OCDE (2010a), *Maladie, invalidité et travail : Surmonter les obstacles – Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, *www.oecd.org/els/invalidite*.

OCDE (2010b), *Des débuts qui comptent ! Des emplois pour les jeunes*, Éditions OCDE, Paris, *www.oecd.org/emploi/jeunes*.

OCDE (2010c), *Des emplois pour les jeunes : Danemark*, Éditions OCDE, Paris, *www.oecd.org/emploi/jeunes*.

Office statistique de Suède (2007), *Theme Education: Young People without Completed Upper Secondary Education*, ministère de la Population et de la Protection sociale, n° 4 (en suédois).

OMS (2004), *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options*, Organisation mondiale de la santé, Genève.

OMS (2005), *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*, Organisation mondiale de la santé, Genève.

OMS (2008), *La cohésion sociale pour le bien-être mental des adolescents*, Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Organisme national suédois en charge de l'enseignement (2007), *Why Did You Drop Out?*, Stockholm.

Osgood, D., E. Foster, C. Flanagan et G. Ruth (2005), *On Your Own Without at Net: The Transition to Adulthood for Vulnerable Populations*, University of Chicago Press, Chicago, Illinois.

Platel, V., A. Fisher, S. Hetrick et P. McGorry (2007), « Mental Health of Young People: A Global Public-Health Challenge », *The Lancet*, vol. 369, pp. 1302-1313.

Pottick, K., S. Bilder, A. Vander Stoep, L. Warner et M. Alvarez (2007), « US Patterns of Mental Health Service Utilization for Transition-Age Youth and Young Adults », *Journal of Behavioral Health Services and Research*, vol. 35, n° 4, pp. 373-389.

Rickwood, D., F. Deane et C. Wilson (2007), « When and How Do Young People Seek Professional Help for Mental Health Problems? », *Medical Journal of Australia*, vol. 187, n° 7 (supplément), pp. S35-S39.

Royal College of Psychiatrists (2003), « The Mental Health Status of Students in Higher Education, Council Report CR112 », Londres, janvier.

Stephan, S., M. Weist, S. Kataoka, S. Adelsheim et C. Mills (2007), « Transformation of Children's Mental Health Services: The Role of School Mental Health », *Psychiatric Services*, vol. 58, pp. 1330-1338.

Weist, M., M. Rubin, E. Moore, S. Adelsheim et G. Wrobel (2007), « Mental Health Screening in Schools », *Journal of School Health*, vol. 77, n° 2, pp. 53-58.

Wyckoff, L., S. Cooney, D. Djakovic et W. McClanahan (2008), « Disconnected Young People in New York City: Crisis and Opportunity », JobsFirst NYC, septembre.

Zachrisson, H., K. Rödje et A. Mykletun (2006), « Utilization of Health Services in Relation to Mental Health Problems in Adolescents: A Population Based Survey », *BMC Public Health*, vol. 6, n° 34.

Chapitre 6

Résumé et conclusions

Ce chapitre résume les principaux résultats du rapport et réunit des éléments nouveaux qui remettent en cause certains mythes et tabous qui entourent la mauvaise santé mentale en lien avec le travail. Les personnes souffrant de troubles mentaux graves sont trop souvent évincées du marché du travail et ont besoin d'aide pour trouver un emploi durable. Néanmoins, la plupart des personnes touchées par des troubles mentaux courants ont un emploi mais éprouvent des difficultés dans leur travail. Elles ne reçoivent ni traitement ni aide au travail, et sont donc exposées à un risque élevé de perdre leur emploi et d'être définitivement exclues du marché du travail. Par conséquent, l'action publique devra être réorientée dans différentes directions : des troubles mentaux graves vers les troubles courants et infracliniques ; des inactifs vers les personnes exerçant un emploi ; et de la réaction à la prévention des problèmes.

6.1. La santé mentale, nouveau défi prioritaire pour le marché du travail

Les coûts d'une mauvaise santé mentale pour les individus concernés, les employeurs et la société au sens large sont énormes. Selon une estimation prudente de l'Organisation internationale du travail, ils représentent 3-4 % du produit intérieur brut dans l'Union européenne. La plupart de ces coûts se situent en dehors du secteur de la santé. La maladie mentale est à l'origine de pertes considérables de main-d'œuvre potentielle, de taux de chômage élevés, d'une forte incidence de l'absentéisme pour maladie et d'une moindre productivité au travail. Elle conduit trop de jeunes à quitter le marché du travail ou à ne jamais vraiment y entrer, parce qu'ils sont aiguillés très tôt vers le régime d'invalidité. Aujourd'hui, un tiers à la moitié de toutes les nouvelles demandes de prestations d'invalidité sont imputables à des troubles mentaux, et cette proportion dépasse 70 % chez les jeunes adultes.

La mauvaise santé mentale est une question complexe à analyser. Les éléments d'appréciation dont on dispose sur la maladie mentale et ses liens avec le travail sont parcellaires ou incomplets, et beaucoup de facteurs importants restent inconnus ou mal compris. Les opinions erronées sont nombreuses en raison de la honte qui se rattache à la maladie mentale et aux peurs multiples que suscitent les personnes qui en sont atteintes, dans la société comme au travail. Ce rapport vise à étoffer les connaissances sur cette question et, après un état des lieux, à déterminer les informations supplémentaires requises pour réformer les politiques publiques en vue d'améliorer l'intégration sur le marché du travail des personnes souffrant de troubles mentaux.

Les problèmes de santé mentale sont très répandus, mais leur prévalence n'augmente pas

Dans ce rapport, les troubles mentaux désignent une maladie mentale qui atteint le seuil d'identification clinique permettant de poser un diagnostic d'après les systèmes de classification en psychiatrie. Les données épidémiologiques et cliniques montrent clairement que la prévalence des troubles mentaux est élevée. Environ 20 % de la population d'âge actif dans un pays moyen de l'OCDE souffre de troubles mentaux au sens clinique du terme. En général, les taux de prévalence sont supérieurs chez les jeunes adultes, les femmes et les personnes ayant un faible niveau d'études. Le taux de prévalence à 12 mois est encore plus élevé, et selon plusieurs études, la prévalence au cours de la vie avoisine les 50 %. Le risque est donc élevé, pour chacun d'entre nous, de connaître des problèmes de santé mentale à un moment ou à un autre de sa vie professionnelle.

Contrairement à des croyances répandues, la prévalence des troubles mentaux n'augmente pas. De nombreuses données empiriques épidémiologiques et cliniques montrent que les taux de prévalence étaient déjà très élevés il y a de cela plusieurs décennies. Néanmoins, grâce au recul progressif des préjugés et de la discrimination, à une meilleure sensibilisation du public à cette question et à la modernisation des moyens et instruments d'évaluation (et notamment à l'amélioration des services psychiatriques), les cas de troubles mentaux sont aujourd'hui plus nombreux à être détectés et divulgués.

Dans ces conditions, la principale question est de savoir pourquoi les troubles mentaux semblent poser plus de problèmes sur le marché du travail qu'auparavant, comme en témoigne l'augmentation des demandes de prestations d'invalidité dont ils sont à l'origine. Dans une certaine mesure, la meilleure sensibilisation aux problèmes de santé mentale va visiblement de pair avec l'idée que les personnes qui en sont victimes sont moins capables de travailler. Ainsi, cette prise de conscience se traduit principalement par un surcroît d'exclusion du marché du travail.

Parallèlement, les aptitudes exigées au travail augmentent ou évoluent. Les aptitudes cognitives et relationnelles demandées sont plus importantes, ce qui rend la tâche plus difficile pour les personnes souffrant d'une mauvaise santé mentale. Pour mieux comprendre ces tendances, il convient de mieux connaître la situation des personnes souffrant de troubles mentaux ; les répercussions de ces troubles sur l'efficacité et la capacité de travail ; les changements sur le marché du travail ; la relation entre santé mentale et emploi ; et l'incidence des institutions, systèmes et politiques.

La plupart des troubles mentaux sont des troubles modérés ou courants

Les troubles mentaux graves sont relativement rares. La plupart des troubles mentaux sont mineurs ou modérés, et sont alors fréquemment qualifiés de « troubles mentaux courants » (TMC). Les troubles de l'humeur (dépression), les troubles névrotiques (anxiété) et ceux liés à la consommation de drogues sont de loin les TMC les plus fréquents. Cependant, toutes ces affections peuvent s'aggraver au point de devenir des troubles mentaux graves (TMG).

En général, les trois quarts des personnes qui connaissent des problèmes de santé mentale souffrent d'un TMC, et un quart d'un TMG*. La principale différence est qu'un TMC est moins handicapant et, par conséquent, plus facile à gérer par l'individu concerné et la société au sens large. Néanmoins, certains symptômes de TMC peuvent réduire considérablement les capacités professionnelles. L'un des principaux défis pour les responsables de l'action publique est donc d'empêcher qu'un problème de santé mentale de niveau infraclinique ne dégénère en TMC chronique et handicapant.

Les problèmes de santé mentale apparaissent très tôt dans la vie

L'une des principales caractéristiques des troubles mentaux est leur survenue précoce. L'âge médian d'apparition des troubles mentaux, tous types confondus, est d'environ 14 ans, et 75 % de toutes les maladies se sont déclarées à l'âge de 24 ans. Les troubles anxieux se manifestent particulièrement tôt dans la vie, et ceux liés à la consommation de drogues apparaissent généralement dans la jeunesse, tandis que les premières manifestations des troubles de l'humeur sont plus étalées dans le temps, et concernent davantage la trentaine et la quarantaine.

L'apparition précoce des maladies mentales a d'importantes conséquences en termes de politique publique. Il est très fréquent que les troubles mentaux ne soient pas décelés, révélés ou traités chez les adolescents et les jeunes adultes, et le délai avant la première prise en charge d'une maladie mentale est de 12 ans en moyenne. Les troubles mentaux

* Cette étude s'appuie sur la constatation épidémiologique qu'environ 5 % de la population en âge de travailler souffre d'un trouble mental grave et 15 % d'un trouble mental courant pour identifier la population cible, sur la base d'enquêtes de santé nationales et internationales qui utilisent différentes mesures de la santé mentale (voir le chapitre 1, et en particulier l'encadré 1.1, pour plus de détails).

cachés à un si jeune âge ont des effets délétères car ils conduisent à de mauvais résultats scolaires et à un abandon prématuré de la scolarité, ce qui a des conséquences négatives sur la vie active.

Chronicité et comorbidité, facteurs d'invalidité

De nombreux troubles mentaux sont persistants et affichent des taux de récurrence élevés. Ainsi, la récurrence des épisodes dépressifs varie de 40 % à 80 %, même avec un traitement médical. Plus un trouble mental est chronique, plus il est invalidant et hypothèque l'intégration sur le marché du travail.

De même, il est fréquent que plusieurs troubles mentaux coexistent, parfois également avec des troubles physiques. Par exemple, l'occurrence simultanée de la dépression et de l'anxiété est très fréquente, comme celle de troubles liés à la consommation de drogues et d'autres problèmes de santé. Là encore, des troubles mentaux associés sont généralement plus handicapants ; ainsi, d'après l'Enquête américaine de santé par interview, la probabilité d'être inactif et de percevoir des prestations est beaucoup plus élevée pour les personnes touchées par un TMC comorbide que par un TMG isolé (les taux sont respectivement de 45 % et 35 %, contre 75 % pour un TMG comorbide).

Les pouvoirs publics devront concentrer leurs efforts sur les troubles mentaux modérés

En raison de leur prévalence élevée, le coût total des TMC pour la société est supérieur à celui des TMG, compte tenu de l'ensemble des coûts pour le système de santé, le régime de sécurité sociale et les employeurs. De même, le coût des troubles infracliniques, du fait de leur prévalence encore plus élevée au sein de la population, peut être considérable, comme le montrent certaines études. En effet, les coûts directs pour le système de santé ne représentent qu'une infime partie des coûts totaux induits par les maladies mentales, et sont notamment bien inférieurs à ceux liés aux pertes de productivité.

Cette observation devrait suffire à attirer l'attention des décideurs. À l'heure actuelle, les mesures des pouvoirs publics ciblent essentiellement les individus atteints de TMG, ce qui est compréhensible au regard de la situation d'urgence dans laquelle se trouvent ces personnes, de l'ampleur de leurs besoins et des ressources publiques limitées. Toutefois, pour traiter plus efficacement les troubles mentaux, il faut consacrer plus d'efforts aux TMC, qui, lorsqu'ils s'inscrivent dans la durée ou deviennent récurrents, peuvent entraîner d'importantes incapacités qui se répercutent négativement sur le fonctionnement au travail.

De même, les données réunies sur le traitement et les conséquences des maladies mentales concernent souvent les TMG. Ainsi, nous connaissons bien les difficultés que rencontrent les personnes schizophrènes et les solutions possibles, mais l'intérêt de ces connaissances est assez limité car les cas de schizophrénie sont très peu nombreux. Il convient de rassembler beaucoup plus d'informations sur la vaste catégorie des personnes souffrant de TMC, tant en ce qui concerne leur devenir professionnel que les mesures susceptibles de l'améliorer.

6.2. Données sur les liens entre santé mentale et emploi

La plupart des personnes souffrant de troubles mentaux travaillent

Les taux d'emploi des personnes souffrant de troubles mentaux sont beaucoup plus élevés qu'on le pense généralement. Ainsi, le taux d'emploi des personnes atteintes de

TMC est compris entre 60 % et 70 %, soit 10 à 15 points de moins que les personnes qui n'en souffrent pas. Ce taux semble élevé, mais au regard de l'importance de cette catégorie, cet écart traduit une perte majeure pour l'économie, pour les individus concernés ainsi que leurs familles. Le taux d'emploi correspondant des personnes ayant des TMG est de l'ordre de 45 % à 55 %. Là encore, ce pourcentage est supérieur à ce que l'on a tendance à croire, en partie du fait que les individus souffrant des maladies mentales les plus graves ne font généralement pas partie de la population de référence utilisée dans les études sur la santé.

Beaucoup d'autres personnes atteintes de troubles mentaux veulent travailler mais ne trouvent pas d'emploi. Le chômage est un problème lancinant, car les personnes ayant des TMG ont 6 à 7 fois plus de risques d'être sans emploi que celles en bonne santé, contre 2 à 3 fois plus de risques pour les individus souffrant de TMC. En outre, les personnes souffrant de TMG sont très touchées par le chômage de longue durée (en pourcentage du chômage total), ce qui induit un fort risque de découragement et de retrait du marché du travail. En revanche, celles ayant des TMC ne sont pas davantage concernées par le chômage de longue durée que la population en général, signe qu'elles sont autant capables de trouver un emploi que n'importe quel autre chômeur, mais aussi qu'elles perdent souvent leur emploi plus rapidement : elles ont plus de mal à garder leur emploi que l'ensemble de la population.

Il convient également de souligner que le chômage est en soi très préjudiciable à la santé mentale. C'est surtout en début de période de chômage que les risques sont les plus élevés (en raison du choc causé par l'entrée dans le chômage), puis succède une phase d'adaptation à la situation, précédée d'une aggravation si le chômage se prolonge. Dans le même ordre d'idées, des données révèlent que les personnes souffrant de troubles mentaux qui trouvent un emploi enregistrent une nette amélioration de leur état. Cette observation cadre avec des résultats cliniques qui montrent que l'emploi peut être un élément important dans le rétablissement qui rejaillit aussi dans la sphère non professionnelle. Toutefois, ces éléments cliniques ne sont pas suffisamment pris en compte par la politique de santé mentale, qui continue de négliger la problématique de l'emploi.

Le travail est propice à la santé mentale, mais pas à n'importe quelle condition

On dispose de plus en plus de données qui montrent que l'emploi est associé à une meilleure santé mentale. Néanmoins, des emplois de mauvaise qualité peuvent être néfastes. Or, les personnes souffrant de troubles mentaux sont plus susceptibles que les autres d'occuper un emploi qui cadre mal avec leurs compétences. De même, elles ont une plus grande probabilité d'exercer un emploi peu qualifié (travail administratif, emplois des services et de la vente, petits métiers).

Cette situation est problématique parce que ces emplois associent, plus souvent que dans d'autres professions, exigences cognitives élevées et faible latitude décisionnelle – une combinaison susceptible de générer une situation de *tension au travail*, c'est-à-dire un stress professionnel malsain, qui est un facteur reconnu de mauvaise santé mentale. En outre, comme le montrent les données de l'Enquête européenne sur les conditions de travail, la tension au travail a tendance à augmenter dans de nombreuses professions. Cela donne à penser que les conditions de travail qui influent sur la santé mentale se sont dégradées.

Cela étant dit, des variables essentielles au travail peuvent contribuer à prévenir une détérioration de la santé mentale, au premier rang desquelles figure un encadrement de qualité, à savoir un supérieur hiérarchique qui apporte son soutien au travailleur, prodigue

un retour d'information satisfaisant et reconnaît les efforts déployés. Cependant, les résultats de l'enquête européenne suggèrent que les travailleurs souffrant de troubles mentaux sont beaucoup moins nombreux que les autres à avoir un supérieur de ce calibre : moins de 60 % des personnes atteintes de TMG, contre 70 % de celles affectées par des TMC et 85 % de celles n'ayant pas de troubles mentaux.

La mauvaise santé mentale induit de lourdes pertes de productivité

Étant donné que la grande majorité des personnes souffrant de troubles mentaux exercent un emploi, un objectif essentiel des politiques publiques devrait être de faire en sorte que ces travailleurs conservent leur emploi et soient productifs. Or, les données relatives aux pertes de productivité indiquent qu'il y a fort à faire avant d'y parvenir.

Les travailleurs atteints de troubles mentaux sont absents de leur travail pour raisons de santé plus souvent que les autres, et leur absence dure plus longtemps. L'incidence de l'absence sur une période de quatre semaines est respectivement de 42 %, 28 % et 19 % pour les travailleurs souffrant de TMG, de TMC et ceux ayant une bonne santé mentale. La durée moyenne correspondante de l'absence est respectivement de 7.3, 5.6 et 4.8 jours.

Toutefois, de nombreux travailleurs atteints de troubles mentaux ne prennent pas de congé pour maladie, mais continuent de travailler en étant moins efficaces. Les pertes de productivité au travail peuvent être considérables, et 88 % de tous les travailleurs souffrant de TMG ont vu leur productivité baisser au cours de la période de quatre semaines considérée. Le chiffre correspondant pour les travailleurs en bonne santé est de seulement 26 %. Surtout, pour cet indicateur, les différences s'estompent entre les personnes atteintes de TMG et celles souffrant de TMC, pour qui l'incidence est de 69 %. Ce constat de pertes de productivité substantielles au travail subies par les personnes touchées par des TMC est l'un des plus importants de l'étude et doit orienter la conception des politiques publiques.

De par leur ampleur, ces pertes de productivité soulignent l'importance de mener des actions de suivi et de gestion des maladies. Néanmoins, cette approche ne suffit pas, car elle implique que les mesures d'intervention et de soutien sont souvent trop tardives. Cela renvoie au rôle essentiel d'emplois de qualité, de bonnes conditions de travail et notamment d'un encadrement avisé. Or, la réalité est souvent toute autre, car les supérieurs et les collègues (voire, dans de nombreux cas, les individus concernés eux-mêmes) manifestent peu de compréhension pour les problèmes de santé mentale et les besoins des travailleurs qui en souffrent, ce qui se solde par des taux de licenciement bien plus élevés. Selon une étude américaine, les travailleurs atteints de troubles mentaux ont 50 % de risques supplémentaires de perte *involontaire* de leur emploi, et 30 % de risques supplémentaires de départ *volontaire*.

L'emploi est le meilleur garant de revenus satisfaisants

Le travail joue également un rôle important comme source de revenus. Les données réunies montrent que les personnes souffrant de troubles mentaux qui occupent un emploi perçoivent en général des revenus équivalents à la *moyenne* (pour un ménage de taille équivalente). Néanmoins, elles n'ont pas toutes un emploi ; par conséquent, le revenu des personnes atteintes de TMC représente environ 90 % du revenu de celles en bonne santé mentale, contre seulement 60 % à 80 % pour celles souffrant de TMG, avec en corolaire un risque supérieur de pauvreté. Cette différence s'explique principalement par un moindre taux d'emploi, une dépendance accrue vis-à-vis des prestations et une fraction plus élevée de personnes sans emploi mais non indemnisées.

Les personnes atteintes de troubles mentaux sont souvent bénéficiaires de prestations de chômage

Les personnes inactives en âge de travailler et souffrant de troubles mentaux perçoivent souvent des prestations d'invalidité, mais peuvent aussi recevoir d'autres prestations réservées aux personnes d'âge actif. Environ la moitié des personnes souffrant de TMG perçoivent des prestations d'invalidité, et l'autre moitié d'autres prestations. En raison de leur lien plus étroit avec le marché du travail, les individus atteints de TMC reçoivent plus souvent des prestations autres que d'invalidité, le ratio étant de 2 pour 1 environ. Les différences entre pays concernant cette ventilation des prestations sont étonnamment faibles. Ce n'est qu'en Norvège que les personnes souffrant de TMC sont plus nombreuses à percevoir des prestations d'invalidité.

Par conséquent, les régimes d'indemnisation du chômage en particulier, mais aussi les prestations d'assistance sociale et éventuellement aussi celles pour parents isolés, jouent un rôle aussi important que les prestations d'invalidité dans l'amélioration des politiques à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux. Le principal défi consiste à prendre la mesure du problème et des besoins qui en découlent. Il existe une méconnaissance considérable de l'ampleur du problème ; par exemple, les services publics de l'emploi ne disposent pas d'outils particuliers pour détecter des maladies mentales, alors même que beaucoup de leurs clients, notamment parmi les chômeurs de longue durée, en souffrent. À de rares exceptions près, dans les pays analysés pour cette étude, il n'existe pas d'outil d'identification spécifique et pas de statistiques correspondantes.

L'absence d'initiatives en faveur des chômeurs met les régimes d'invalidité à rude épreuve

Les données relatives aux nouveaux inscrits aux régimes d'invalidité montrent que les individus souffrant de troubles mentaux ont des liens plus distendus avec le marché du travail au moment de leur demande que les bénéficiaires ayant d'autres problèmes de santé : ils sont moins nombreux à avoir exercé un emploi l'année ou les années précédant leur demande, et plus nombreux à être chômeurs de longue durée. Cela constitue un enjeu de taille pour le système de prestations d'invalidité. L'absence d'identification et d'action dans les systèmes « en amont » peut expliquer pourquoi les mesures de retour à l'emploi destinées aux titulaires de prestations d'invalidité souffrant de troubles mentaux sont généralement moins efficaces que pour d'autres bénéficiaires, notamment au Royaume-Uni. À l'inverse, les meilleurs résultats obtenus par les mesures de retour à l'emploi et de reclassement des allocataires souffrant de troubles mentaux en Australie par rapport au Royaume-Uni peuvent être liés à un système centralisé d'identification et d'orientation de meilleure qualité (on dispose de très peu de données sur cette question pour d'autres pays).

Pour le régime d'invalidité, le défi consiste, d'une part, à identifier le trouble mental et, d'autre part, à prendre les bonnes mesures afin d'évaluer la capacité de travail, les besoins et l'aide à apporter. C'est une urgence compte tenu de l'augmentation, dans (presque) tous les pays de l'OCDE, du nombre de demandes de prestations d'invalidité motivées par un trouble mental (notamment chez les jeunes demandeurs). Les raisons qui sous-tendent cette augmentation ne sont pas parfaitement comprises mais, là encore, cette tendance n'est pas la conséquence d'une prévalence plus élevée de ces troubles ; elle n'est due qu'en partie aux plus grandes difficultés que rencontrent aujourd'hui ces personnes sur le marché du travail.

Un grand nombre de ces prestataires présentent des troubles multiples ou comorbides et il semble qu'au fil du temps, le trouble mental soit devenu la caractéristique déterminante dans la mesure où c'est la principale cause de réduction de la capacité de travail de la personne. En d'autres termes, la prise de conscience de la maladie mentale et la perception qu'elle affecte les capacités ont conduit à un changement d'appréciation – sans nécessairement traiter une clientèle différente. Cela ouvre des possibilités de mieux aider ces personnes à retrouver un emploi et d'éviter de les considérer comme définitivement dépendantes du régime d'invalidité.

Néanmoins, ces possibilités n'ont pas été pleinement exploitées à ce jour. Les demandeurs présentant des troubles mentaux sont trop facilement catalogués comme incapables de travailler. Le plus souvent, ils se voient admettre immédiatement au bénéfice *intégral* des prestations ; lorsqu'on leur octroie initialement des prestations *temporaires*, leur statut n'est pas *réévalué* mais est converti en invalidité permanente ; leurs demandes sont moins souvent *rejetées* ; et ils ont moins de probabilités de *quitter* le régime d'invalidité parce que leur état de santé s'améliore ou qu'ils trouvent un emploi. Pour toutes ces raisons, les pouvoirs publics ne s'emploient pas suffisamment à aider cette catégorie de demandeurs à conserver un emploi ou à en retrouver un. Par conséquent, les recommandations de l'OCDE concernant la réforme du système de prestations d'invalidité (voir OCDE, 2010) sont très pertinentes pour les demandeurs souffrant de troubles mentaux : les politiques publiques doivent veiller davantage au maintien des personnes sur le marché du travail et empêcher qu'elles entrent à vie dans un régime d'invalidité.

Souvent, une réforme complète du système de prestations d'invalidité aboutit à une baisse sensible du nombre de nouvelles demandes. Mais surtout, ces réformes – comme aux Pays-Bas, en Suède ou en Suisse – ont également permis une diminution rapide du nombre de nouveaux demandeurs de prestations souffrant de troubles mentaux. Néanmoins, pour pouvoir évaluer l'efficacité de ces réformes, il convient de mieux connaître le devenir des personnes (ayant des problèmes de santé mentale) qui n'ont plus accès aux prestations d'invalidité.

La non divulgation des problèmes de santé mentale entrave leur identification et l'amélioration des politiques

La question de la communication des raisons qui motivent une demande de prestations est partie prenante des défis que rencontre tout système d'indemnisation. En premier lieu, les personnes souffrant de troubles mentaux ignorent souvent leur état, ce qui est très fréquent pour les troubles de la personnalité. En second lieu, même si elles en sont informées, elles choisissent souvent de ne pas en parler, en grande partie à cause de la stigmatisation et de la discrimination qui s'attachent à la maladie mentale et des mauvaises expériences du passé. L'objectif des pouvoirs publics doit alors être d'influer sur les systèmes et sur les pratiques des employeurs de sorte que la divulgation des troubles mentaux procure plus d'avantages (la perspective d'une aide adaptée) que d'inconvénients (discrimination et risque de licenciement) : il s'agit d'aider les personnes concernées à gérer les informations qui les concernent de manière à obtenir des aides suffisantes tout en évitant l'injustice de la discrimination qui accompagne trop facilement la divulgation d'un diagnostic.

Au moment de leur demande de prestations d'invalidité, les personnes sont vraisemblablement désireuses d'évoquer leur maladie mentale si elles en sont informées. Néanmoins, cette étape arrive très tardivement dans le processus, à un moment où, par exemple, les programmes de retour à l'emploi ont peu de chances d'être efficaces. On sait

que pour être efficaces, ces programmes doivent être mis en œuvre beaucoup plus tôt, dans l'idéal au premier congé maladie de longue durée pour des raisons de mauvaise santé mentale, et lorsque la motivation au travail est importante.

Le faible taux de traitement constitue un défi fondamental pour le système de santé mentale

La connaissance et la divulgation des problèmes de santé mentale constituent également un enjeu essentiel pour le système de santé mentale. Les personnes qui ignorent leur maladie et/ou qui ne souhaitent pas en parler solliciteront rarement des conseils et une prise en charge par un médecin. Il s'ensuit que 80 % des personnes souffrant de TMC ne reçoivent aucun traitement ; c'est un pourcentage très élevé, même si un certain nombre d'entre elles n'ont peut-être pas besoin d'être traitées. Même parmi les personnes atteintes de TMG, une sur deux ne demande pas d'aide et n'est pas traitée. Les taux de traitement sont particulièrement faibles chez les jeunes adultes. La prise en charge a légèrement progressé au cours des deux dernières décennies pour toutes les catégories de la population, parallèlement à l'augmentation du nombre de psychiatres, mais il reste d'importantes lacunes à combler.

Ce faible taux de traitement est préoccupant parce que la plupart des troubles mentaux peuvent s'atténuer lorsqu'ils sont traités. D'une part, le traitement améliore les résultats cliniques et dans les domaines autres que professionnels, par exemple en jouant sur l'humeur ou l'estime de soi. Mais il s'avère aussi qu'un traitement « approprié » améliore aussi les résultats professionnels : des études américaines ont montré que le taux d'emploi des personnes bénéficiant d'un traitement adéquat avoisine 70 %, contre seulement 50 % pour celles recevant un traitement traditionnel.

Toutefois, il est souvent difficile de déterminer le traitement le plus approprié. Selon le type de trouble, il associe souvent médicaments et thérapie, en observant des règles de base concernant le nombre et la fréquence des séances de thérapie, le type de médicaments et la durée de prise ainsi que l'importance du suivi effectué par le médecin pour en mesurer les effets. Là réside un autre défi pour le système de santé mentale : non seulement les taux de traitement sont bas, mais environ la moitié seulement des personnes prises en charge reçoivent le bon traitement, selon des études cliniques.

L'offre d'un traitement adapté suppose de clarifier le rôle des médecins généralistes

L'absence relative de traitement approprié est une fois encore à mettre en relation avec les questions de sensibilisation et de divulgation. Les personnes qui sollicitent une aide se tournent principalement vers un médecin généraliste. Or, les médecins généralistes ne sont généralement pas suffisamment formés et qualifiés pour prendre en charge les pathologies mentales, fort complexes, alors même que le taux de prévalence des troubles mentaux chez leurs patients est élevé. Il leur faudra en outre se faire à l'idée que l'absence pour cause de maladie, c'est-à-dire le fait de prescrire du « repos », constitue rarement la bonne réponse en cas de trouble mental et risque même de s'avérer préjudiciable au patient.

La part très élevée des personnes souffrant de TMC traitées uniquement par médicaments et non par thérapie ou les deux est un signe des dysfonctionnements de la prise en charge. En effet, des données cliniques montrent que les médicaments donnent les meilleurs résultats chez les patients souffrant de TMG et fonctionnent le moins bien chez ceux atteints de TMC. Si l'on considère que les médecins généralistes (et, dans de nombreux cas, eux seuls) reçoivent la grande majorité des patients souffrant de troubles

mentaux, et notamment de troubles courants, il reste beaucoup à faire pour qu'ils puissent diagnostiquer et soigner correctement ces patients, ce qui implique de les aiguiller vers des spécialistes le cas échéant. Une orientation plus efficace des patients suppose un système de soins de santé mentale qui tienne compte des besoins des généralistes et qui soit en mesure de fournir rapidement le soutien nécessaire.

Le système de santé mentale doit se transformer

Le système de soins de santé mentale doit également faire face à deux autres défis structurels importants. Premièrement, il s'adresse surtout aux personnes souffrant de TMG. Il n'est souvent pas en mesure d'offrir des réponses efficaces et complètes aux problèmes des personnes atteintes de TMC ou a tendance à les négliger. Cette orientation correspond à un usage inefficient des ressources. Les atouts des stratégies déployées pour les personnes souffrant de TMG, notamment les éléments clés de l'emploi assisté, pourraient être fort utiles pour aider les personnes ayant des TMC à retrouver un emploi.

Dans la même veine, employeurs et entreprises ne sont pas, à ce jour, de véritables partenaires du système de santé mentale. Il n'existe pas d'approche systématique des employeurs. Dans ce contexte, et alors même que l'emploi joue un rôle essentiel dans la guérison, le système de santé mentale n'a que peu de responsabilité quant au devenir professionnel de ses patients. Par conséquent, les indicateurs de la qualité des soins de santé mentale n'intègrent jusqu'à présent aucun élément relatif à l'emploi.

6.3. Nouvelles orientations pour les politiques de la santé mentale et de l'emploi

Les responsables de l'action publique peuvent et doivent répondre plus efficacement aux défis concernant l'intégration sur le marché du travail des personnes souffrant de maladies mentales. Leur action doit évoluer afin d'accorder plus de place aux trois volets suivants : *i)* les troubles mentaux courants et infracliniques ; *ii)* les troubles concernant les personnes qui ont un emploi et celles qui sont sans emploi ; et *iii)* la prévention plutôt que la réaction face aux problèmes.

Deux impératifs ressortent : premièrement, intervenir au bon moment ; deuxièmement, mieux coordonner les interventions. L'apparition précoce de la plupart des troubles mentaux exige que soient abordées différemment la prévention et l'intervention dès les premiers stades. Dans la plupart des cas, il sera beaucoup trop tard pour intervenir si l'on a attendu que le patient demande une pension d'invalidité. Du fait de la complexité du système, l'amélioration de la situation passe par un décloisonnement et par l'intégration, dans les traitements de première intention, des services spécialisés et professionnels.

Une intervention précoce à différents stades

Intervention pendant l'adolescence

L'apparition précoce de la plupart des troubles mentaux nécessite de reconsidérer la prévention et l'intervention. Lorsque les personnes demandent des prestations d'invalidité ou d'autres prestations, il est souvent beaucoup trop tard pour agir. L'aide doit être apportée bien plus tôt :

- Par la prévention des troubles mentaux chez les adolescents scolarisés ou en apprentissage, associée à une intervention précoce et à une orientation vers des services spécialisés le cas échéant.

- Par une intervention précoce et ferme lorsqu'un élève présente des troubles du comportement, afin d'éviter le décrochage.
- En améliorant le niveau d'instruction des jeunes qui quittent prématurément l'école, qui sont particulièrement exposés au risque de connaître des problèmes de santé mentale, par l'apprentissage ou des programmes d'école de la seconde chance.
- En aidant les jeunes qui souffrent de troubles mentaux à passer de l'adolescence à l'âge adulte, et de l'enseignement obligatoire à l'enseignement supérieur puis à l'emploi.

Intervention au travail

En raison du taux élevé de chômage parmi les personnes souffrant de troubles mentaux et des pertes de productivité qu'elles subissent, le lieu de travail est une cible privilégiée de la politique de santé mentale en vue d'améliorer l'intégration de ces personnes sur le marché du travail. Là encore, les pouvoirs publics doivent agir dans différentes directions, mais de manière concertée :

- En garantissant des conditions de travail de qualité qui évitent la tension au travail d'une part, et de bonnes pratiques de gestion d'autre part, afin d'empêcher l'apparition de problèmes de santé mentale d'origine professionnelle et de minimiser les pertes de productivité induites par ces problèmes.
- Par un suivi systématique des congés de maladie afin de déceler au plus tôt les absences de longue durée ou répétées et d'y apporter une réponse adéquate sous la forme d'une aide immédiate au maintien en poste.
- En aidant les employeurs à éviter les licenciements motivés par des problèmes de santé mentale au moyen d'incitations, d'informations et d'un soutien adéquats.

Intervention visant les chômeurs

Aujourd'hui, trop de travailleurs souffrant de maladie mentale perdent leur emploi, tombent dans le chômage et peinent à retrouver un emploi. Ils sont donc exposés à un risque accru de chômage de longue durée et de retrait définitif du marché du travail. Qui plus est, de nombreux chômeurs de longue durée développent des pathologies mentales, ce qui génère un cercle vicieux. Les agents des services de l'emploi doivent apporter une réponse appropriée à ce problème. Les améliorations peuvent passer par les initiatives suivantes :

- S'efforcer d'identifier systématiquement les chômeurs, et notamment ceux de longue durée, qui souffrent de problèmes de santé mentale, et évaluer leur capacité de travail et l'aide dont ils ont besoin.
- Coopérer avec les employeurs pour aider les chômeurs souffrant de maladie mentale à trouver un emploi.
- Et axer les services de retour à l'emploi sur les personnes en congé maladie de longue durée (ou sur les bénéficiaires de prestations pour longue maladie) à cause d'un problème de santé mentale.
- Remplacer les services de soutien professionnel inefficaces par des services efficients, basés sur des faits concrets (ou tout au moins sur l'expérience acquise), et améliorer l'évaluation des résultats.

Intervention visant les demandeurs de prestations d'invalidité

De nombreux demandeurs de prestations d'invalidité souffrant d'une pathologie mentale sont exclus du marché du travail et tombent trop rapidement et définitivement dans le piège de l'inactivité. Pour endiguer, dans la mesure du possible, les nouvelles demandes de prestations d'invalidité et pour aider les bénéficiaires qui sont en mesure de travailler à retrouver un emploi, il faudra :

- Mieux évaluer les problèmes des demandeurs atteints de troubles mentaux, qui souffrent en général de maladies complexes, plurielles et chroniques, et mieux apprécier leur capacité de travail et leur besoin d'assistance.
- Durcir les critères applicables à la fois aux demandeurs de prestations (conformément à leurs capacités) et aux autorités qui les octroient, à savoir renforcer le volet activation du système d'invalidité.
- Permettre aux prestataires de pensions d'invalidité de sortir du système en rendant le travail financièrement attractif et en prenant des mesures afin de dissiper les craintes de perte de prestations, en y associant des mesures de retour à l'emploi mieux ciblées et adaptées aux personnes en rupture avec le marché du travail.

Un soutien coordonné à tous les stades

Les principaux défis stratégiques et la nature des interventions et des aides requises à différents stades du cycle de vie professionnelle sont structurellement similaires. Ils impliquent une meilleure intégration des services avec la participation d'un large éventail d'acteurs et de systèmes afin de travailler ensemble, partager des informations sur les clients et s'adresser mutuellement des clients. Des aides appropriées, opportunes et coordonnées supposent coopération et coordination – à différents moments et de différentes manières – des services de l'emploi et de santé, des établissements d'enseignement et des autorités responsables des prestations.

L'intégration d'approches et de services qui fonctionnent souvent isolément les uns des autres nécessitera l'harmonisation des objectifs et des incitations des différents systèmes mis en place pour aider les personnes souffrant de troubles mentaux. À plus long terme, toutes les parties prenantes tireront profit de l'existence d'aides intégrées et efficaces et de la réduction des dysfonctionnements qui entravent la prestation de services appropriés. Par exemple, l'intégration des services de santé mentale au sein du système d'éducation a des retombées positives sur le niveau d'études et sur d'autres résultats pour les enfants atteints de troubles mentaux. De même, l'intégration des services cliniques et professionnels est associée à l'amélioration des résultats en termes d'emploi.

Les services de santé en particulier sont souvent isolés et déconnectés d'autres systèmes, et négligent le volet emploi alors même qu'il est établi que le travail est bénéfique à la santé mentale et constitue une composante essentielle d'une stratégie de prise en charge plus large. Cela s'explique par le fait que les systèmes actuels de santé mentale mettent résolument l'accent sur les personnes atteintes de troubles mentaux graves. Le recentrage sur les besoins des personnes présentant des troubles courants ne pourra se faire qu'au prix d'une meilleure coordination avec d'autres systèmes et d'une coopération accrue avec les employeurs et les services de l'emploi. Les traitements ne contribuent pas suffisamment, à eux seuls, au maintien dans le système éducatif et dans l'emploi.

La solution réside probablement dans la *manière* dont les programmes sont coordonnés. Certaines approches sont prometteuses, notamment celle qui consiste à permettre aux services de santé mentale d'engager directement un spécialiste de l'emploi qui pourra aider les clients à obtenir et à conserver un emploi, ou encore à instaurer un partenariat officiel entre services de la santé et services de l'emploi, afin de proposer un nouveau service conjoint regroupant l'emploi et le maintien de la personne dans le système éducatif en vue de sa réadaptation.

La prévalence élevée des troubles mentaux chez les enfants, les travailleurs et les chômeurs signifie également que plusieurs protagonistes, en dehors de la sphère spécialisée du traitement des problèmes de santé mentale, ont un rôle essentiel à jouer. Les enseignants, responsables hiérarchiques, agents des services publics de l'emploi et médecins généralistes jouent un rôle clé pour apporter une réponse originale aux problèmes de santé mentale et aux défis qu'ils posent en termes d'emploi. Ces professionnels doivent être mieux sensibilisés aux troubles mentaux et mieux formés pour jouer leur rôle et améliorer ainsi les résultats sur le plan de l'emploi. Il n'est pas nécessaire qu'ils soient psychiatres, mais ils doivent être habilités à aider les élèves, travailleurs, demandeurs d'emploi ou patients, à fournir des soins de meilleure qualité et à coopérer systématiquement avec des spécialistes le cas échéant.

Il faudra enrichir la base de connaissances qui reste incomplète

Enfin, tous les pays, ou toutes les institutions qui y jouent un rôle essentiel, devront redoubler d'efforts pour étoffer la base de connaissances. La méconnaissance des problèmes de santé mentale et la stigmatisation dont ils font l'objet ont généré des lacunes dans tous les systèmes de collecte de données concernés.

Mais surtout, il convient de réunir des données supplémentaires sur les liens entre santé et devenir professionnel. Par exemple, le système de soins de santé mentale devrait recueillir systématiquement des informations sur le statut des patients au regard de l'emploi, avant et après traitement. De même, le service public de l'emploi devrait réunir des données sur l'état de santé mentale et les besoins de ses clients.

Enfin, des travaux plus poussés sont nécessaires pour identifier les pays qui adoptent une approche plus intégrée de la prévention et du traitement des troubles mentaux. C'est l'objectif de la phase suivante de l'examen mené par l'OCDE de la question de la santé mentale et de l'emploi.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

L'OCDE est un forum unique en son genre où les gouvernements œuvrent ensemble pour relever les défis économiques, sociaux et environnementaux que pose la mondialisation. L'OCDE est aussi à l'avant-garde des efforts entrepris pour comprendre les évolutions du monde actuel et les préoccupations qu'elles font naître. Elle aide les gouvernements à faire face à des situations nouvelles en examinant des thèmes tels que le gouvernement d'entreprise, l'économie de l'information et les défis posés par le vieillissement de la population. L'Organisation offre aux gouvernements un cadre leur permettant de comparer leurs expériences en matière de politiques, de chercher des réponses à des problèmes communs, d'identifier les bonnes pratiques et de travailler à la coordination des politiques nationales et internationales.

Les pays membres de l'OCDE sont : l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Chili, la Corée, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, les États-Unis, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, Israël, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, le Mexique, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République slovaque, la République tchèque, le Royaume-Uni, la Slovénie, la Suède, la Suisse et la Turquie. L'Union européenne participe aux travaux de l'OCDE.

Les Éditions OCDE assurent une large diffusion aux travaux de l'Organisation. Ces derniers comprennent les résultats de l'activité de collecte de statistiques, les travaux de recherche menés sur des questions économiques, sociales et environnementales, ainsi que les conventions, les principes directeurs et les modèles développés par les pays membres.

ÉDITIONS OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16
(81 2011 18 2 P) ISBN 978-92-64-12455-4 – n° 59626 2012

Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi

Table des matières

Chapitre 1. Mesurer la santé mentale et ses liens avec l'emploi

Chapitre 2. Emploi, conditions de travail et productivité

Chapitre 3. Prise en charge de la santé mentale : systèmes, services et dispositifs d'aide

Chapitre 4. Régimes de prestations et services du marché du travail

Chapitre 5. Systèmes d'enseignement et passage à la vie active

Chapitre 6. Résumé et conclusions

www.oecd.org/els/invalidite

Merci de citer cet ouvrage comme suit :

OCDE (2012), *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi,* Santé mentale et emploi, Éditions OCDE.
http://dx.doi.org/10.1787/9789264124561-fr

Cet ouvrage est publié sur *OECD iLibrary*, la bibliothèque en ligne de l'OCDE, qui regroupe tous les livres, périodiques et bases de données statistiques de l'Organisation. Rendez-vous sur le site ***www.oecd-ilibrary.org*** et n'hésitez pas à nous contacter pour plus d'informations.

éditionsOCDE
www.oecd.org/editions

ISBN 978-92-64-12455-4
81 2011 18 2 P

