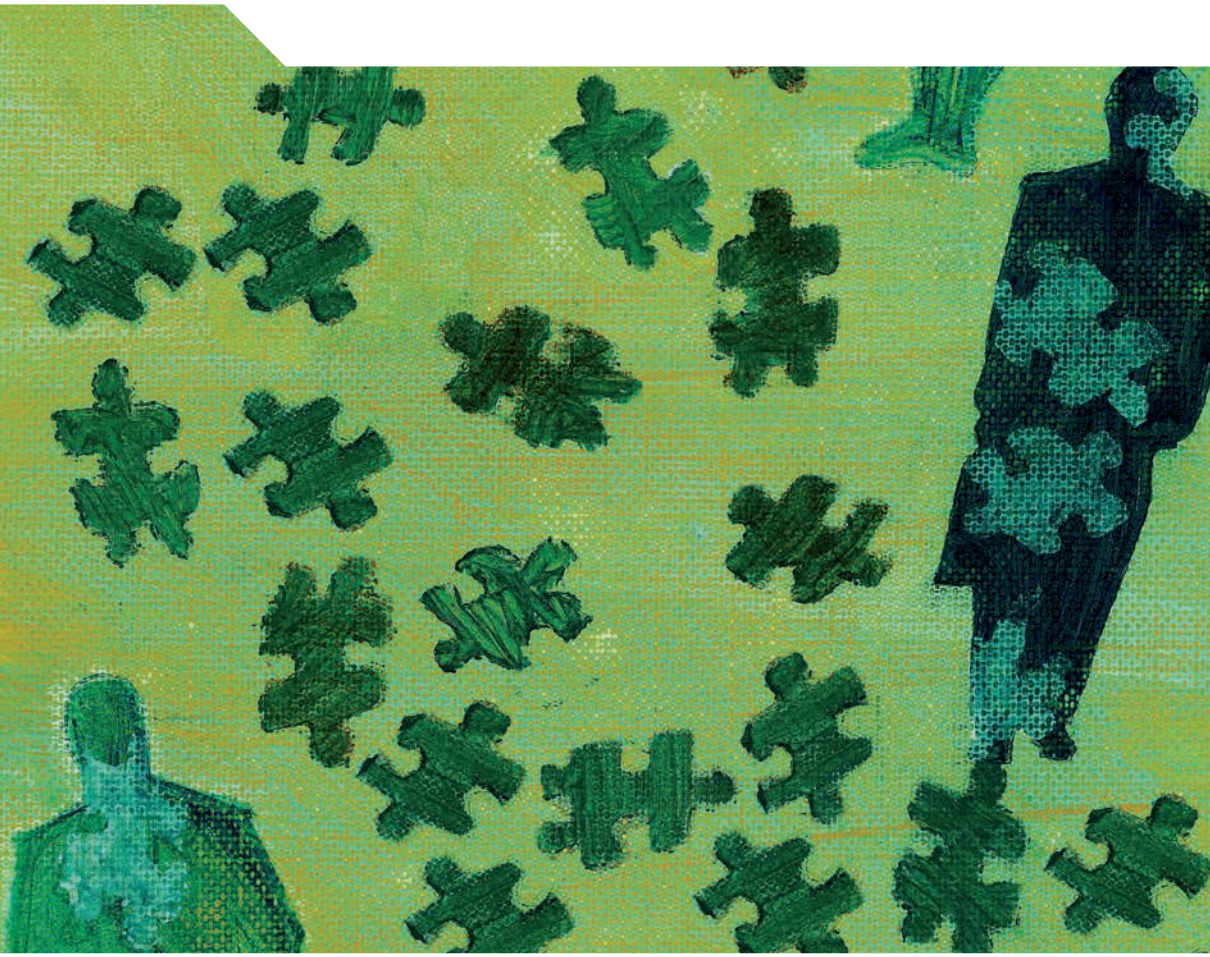
Santé mentale et emploi

SUISSE



OCDE

Santé mentale et emploi : Suisse

OCDE

DES POLITIQUES MEILLEURES
POUR UNE VIE MEILLEURE

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 (2014), *Santé mentale et emploi : Suisse*, Santé mentale et emploi, Éditions OCDE.
http://dx.doi.org/10.1787/9789264205192-fr

ISBN 978-92-64-20518-5 (imprimé)
ISBN 978-92-64-20519-2 (PDF)

Collection : Santé mentale et emploi
ISSN 2226-0382 (imprimé)
ISSN 2226-0390 (en ligne)

Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem-Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Crédits photo : Couverture © Inmagine ltd.

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

© OCDE 2014

La copie, le téléchargement ou l'impression du contenu OCDE pour une utilisation personnelle sont autorisés. Il est possible d'inclure des extraits de publications, de bases de données et de produits multimédia de l'OCDE dans des documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel pédagogique, sous réserve de faire mention de la source et du copyright. Toute demande en vue d'un usage public ou commercial ou concernant les droits de traduction devra être adressée à *rights@oecd.org*. Toute demande d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales devra être soumise au Copyright Clearance Center (CCC), *info@copyright.com*, ou au Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), *contact@cfcopies.com*.

Avant-propos

Dans de nombreux pays de l'OCDE, s'attaquer aux problèmes de santé mentale au sein de la population d'âge actif devient un enjeu essentiel pour les politiques afférentes au secteur social et au marché du travail. Ces aspects ont été trop longtemps négligés, malgré l'importance croissante du coût qui en résulte pour les personnes concernées et pour la société dans son ensemble. Les pays de l'OCDE sont de plus en plus nombreux à reconnaître que les pouvoirs publics ont un rôle majeur à jouer pour améliorer les possibilités d'emploi des personnes en mauvaise santé mentale, en particulier lorsque ces dernières sont très jeunes, pour venir en aide à celles qui ont un emploi mais éprouvent des difficultés dans leur travail, et pour éviter l'apparition de maladies de longue durée et d'incapacités de travail dues à un trouble mental.

Le premier rapport de l'OCDE sur cette question, publié en janvier 2012 et intitulé *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*, recense les principaux enjeux stratégiques sous-jacents auxquels les pays de l'Organisation sont confrontés, en élargissant la base de connaissances et en bousculant certaines idées reçues quant aux liens entre mauvaise santé mentale et travail. Le présent volume, qui traite de la situation en Suisse, fait partie d'une série de rapports analysant l'approche adoptée par certains pays de l'OCDE face à ces défis, sur des sujets tels que la transition de l'école à l'emploi, l'importance du lieu de travail, les organismes qui fournissent des services aux demandeurs d'emploi, l'entrée dans l'assurance invalidité permanente, et la pertinence du système de santé. Les autres rapports se penchent sur la situation en Australie, en Autriche, en Belgique, au Danemark, en Norvège, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Suède. Globalement, ces neuf études s'emploient à approfondir les connaissances relatives aux politiques visant à promouvoir la bonne santé mentale au travail. Par ailleurs, chacune d'elles contient une série de recommandations détaillées propres au pays concerné.

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. Le rapport a été élaboré par Veerle Miranda et Christopher Prinz (responsable

du projet), de l'OCDE, et Niklas Baer, du Service cantonal de psychiatrie du canton de Bâle-Campagne, en Suisse. Les données statistiques ont été fournies par Dana Blumin et Maxime Ladaique. Nous remercions Mark Keese et Stefano Scarpetta pour leurs précieux commentaires. Ce rapport tient compte également des observations émanant de différents experts, ministères et institutions suisses, notamment l'Office fédéral des assurances sociales, le Secrétariat d'État à l'Économie et l'Office fédéral de la santé publique.

Table des matières

Acronymes et abréviations 9

Cantons suisses 11

Résumé 13

Évaluation et recommandations 15

***Chapitre 1.* Les défis posés par la santé mentale et l'emploi en Suisse** 25

Définitions et objectifs 27
Grandes tendances et résultats 30
Description du système suisse de protection sociale 35
Conclusions 38
Notes 38
Références 39

***Chapitre 2.* Conditions de travail et gestion des maladies en Suisse** 41

Conditions de travail et mauvaise santé mentale 42
Prendre en compte les risques psychosociaux au travail 45
Gestion des maladies sur le lieu de travail 47
Responsabilité financière de l'employeur 49
Conclusions 56
Notes 58
Références 59

***Chapitre 3.* Privilégier les interventions plutôt que les prestations financières : une décennie de réformes dans l'assurance invalidité en Suisse** 63

Les troubles mentaux constituent un facteur déterminant de l'augmentation du nombre de demandes de rente d'invalidité 64
Faire face au nombre élevé de nouvelles demandes 70
Adéquation des prestations et incitations à travailler 86
Réagir au nombre important de bénéficiaires 90
Conclusions 100
Notes 104
Références 105

Chapitre 4. **Les efforts de la Suisse pour lutter contre l'inactivité et le chômage de longue durée** 109

Importance des différents systèmes de prestations 110
Il est fréquent qu'un bénéficiaire passe d'un type de prestation à un autre 112
Les chômeurs ayant des problèmes de santé mentale ne sont pas repérés 115
Améliorer l'attention portée par les services sociaux aux problèmes de santé mentale 119
Amélioration de la coopération entre les principaux acteurs au niveau cantonal et local 122
Que savons-nous de l'efficacité de la CII ? 124
Améliorer l'efficacité des services pour les assurés atteints d'une maladie mentale 128
Conclusions 131
Notes 136
Références 137

Chapitre 5. **Tirer davantage parti du système suisse de santé mentale** 141

Caractéristiques du système de santé mentale 142
Organisation et responsabilité des soins de santé mentale 155
La situation en matière d'emploi influe beaucoup sur les résultats des traitements 158
Les services de santé mentale ne sont pas encore prêts à s'occuper des questions relatives à l'emploi 161
Conclusions 163
Références 166

Chapitre 6. **La capacité du système éducatif suisse à gérer les problèmes de santé mentale** 171

Les diverses prestations proposées à l'école 172
Un passage facile de l'école à la vie active, sauf pour les jeunes peu qualifiés 176
Augmentation du nombre de jeunes bénéficiant d'une rente d'invalidité 179
Soutenir le passage à la vie active 182
Conclusions 184
Notes 186
Références 186

Graphiques

Graphique 1.1. Les troubles mentaux coûtent très cher à la société 26
Graphique 1.2. En Suisse, la prévalence des troubles mentaux varie en fonction de l'âge, du sexe et, surtout, du niveau d'études 29
Graphique 1.3. La situation sur le marché du travail est particulièrement bonne en Suisse 32

Graphique 1.4. Augmentation rapide de la part des bénéficiaires d'une rente d'invalidité présentant un problème de santé mentale 33
Graphique 1.5. Les dépenses consacrées aux prestations des assurances maladie et invalidité sont élevées en Suisse 34
Graphique 1.6. Les demandes de rente d'invalidité sont en recul, mais le nombre de bénéficiaires au titre d'un problème de santé mentale continue d'augmenter....35
Graphique 2.1. Les caractéristiques en milieu de travail sont étroitement liées à la santé mentale 43
Graphique 2.2. La fréquence et la durée des absences augmentent avec les problèmes de santé mentale....44
Graphique 2.3. Les entreprises suisses portent moins d'attention à la gestion des risques psychosociaux que celles des autres pays....46
Graphique 3.1. Parmi les bénéficiaires de prestations de l'assurance invalidité, ceux qui souffrent de troubles mentaux sont de plus en plus nombreux....65
Graphique 3.2. Les demandes de rente d'invalidité sont moins souvent motivées par des TMS et davantage par des problèmes de santé mentale 66
Graphique 3.3. La majorité des mesures d'intervention précoce sont mises en œuvre au bénéfice de personnes souffrant de problèmes physiques 76
Graphique 3.4. Le recours aux mesures d'aide à l'emploi s'est intensifié dans les différents groupes 77
Graphique 3.5. Dix-huit mois après leur mise en œuvre, les nouvelles mesures ont un effet légèrement positif sur les résultats en matière d'emploi....80
Graphique 3.6. Mesures de réinsertion – au bénéfice de qui, où et comment sont-elles mises en œuvre ?....81
Graphique 3.7. Les examens et les rapports médicaux et pluridisciplinaires sont beaucoup plus fréquents qu'il y a quelques années....83
Graphique 3.8. L'introduction d'un échelon donnant droit à 75 % d'une rente entière n'a eu que peu d'effet....86
Graphique 3.9. Les sorties de l'assurance invalidité sont exceptionnelles, quel que soit le problème de santé 93
Graphique 3.10. Les révisions de rentes sont fréquentes mais conduisent rarement à une modification des droits à percevoir une rente....94
Graphique 4.1. Le nombre de bénéficiaires est beaucoup plus élevé chez les personnes ayant une mauvaise santé mentale 111
Graphique 5.1. En Suisse, le taux de psychiatres est extrêmement élevé 146
Graphique 5.2. La Suisse dispose de très importantes ressources hospitalières en santé mentale 148
Graphique 5.3. Les taux d'hospitalisation pour troubles mentaux sont globalement en hausse mais varient considérablement, de même que les durées, d'un canton à l'autre 150
Graphique 5.4. Les réadmissions, un phénomène rare en Suisse....151

Graphique 5.5. Le taux de chômage est globalement élevé chez les patients en psychiatrie, mais on observe des différences notables selon les troubles diagnostiqués 159
Graphique 5.6. Pour les patients ambulatoires occupant un emploi, les traitements sont plus courts et le rétablissement meilleur – quelle que soit la gravité de leur maladie 160
Graphique 6.1. Baisse du nombre d'élèves inscrits dans des classes et écoles spécialisées 175
Graphique 6.2. Les résultats des jeunes Suisses en matière d'emploi sont très bons, sauf ceux des jeunes peu qualifiés 177
Graphique 6.3. Étudiants à temps plein et autres catégories d'étudiants (étudiants salariés, employés, jeunes déscolarisés et inactifs 178
Graphique 6.4. Les nouvelles demandes de rente d'invalidité augmentent chez les jeunes mais reculent dans les autres classes d'âge 179
Graphique 6.5. Les jeunes bénéficiaires atteints de troubles mentaux perçoivent généralement une rente d'invalidité entière 180
Graphique 6.6. Les bénéficiaires quittent rarement l'assurance invalidité, notamment lorsqu'ils sont atteints de troubles mentaux 182

Tableaux

Tableau 2.1. La période de paiement du salaire varie en fonction de l'ancienneté 50
Tableau 2.2. La majorité des conventions collectives offrent de meilleures conditions en cas de maladie que celles exigées par la loi 52
Tableau 3.1. La plupart des personnes signalées à l'assurance invalidité dans le cadre d'une détection précoce ont toujours un emploi, en particulier lorsque le signalement est effectué par l'employeur 74
Tableau 4.1. Les bénéficiaires de l'aide sociale sont souvent transférés vers d'autres systèmes de prestations 114
Tableau 6.1. Le pourcentage d'élèves ayant des besoins éducatifs particuliers est relativement élevé en Suisse 174
Tableau 6.2. Les élèves percevant des prestations d'éducation spécialisée ne basculent pas automatiquement vers l'assurance invalidité 181

Acronymes et abréviations

AI	Assurance invalidité
AS-AI-AC	Aide Sociale-Assurance Invalidité-Assurance Chômage (*SHIVALV en allemand*)
CDIP	Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CHF	Franc suisse
CIF	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
CII	Collaboration interinstitutionnelle
CIM	Classification internationale des maladies
CITE	Classification internationale type de l'éducation
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
EDM	Épisode dépressif majeur
EUR	Euro
FSP	Fédération suisse des psychologues
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance maladie
LCA	Loi fédérale sur le contrat d'assurance
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFSP	Office fédéral de la santé publique
PIB	Produit intérieur brut
REST	Réinsertion et soutien sur le lieu de travail
SPE	Service public de l'emploi
PR-AI	Programme de recherche pluriannuel sur l'assurance invalidité
SECO	Secrétariat d'État à l'Économie
SSPP	Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie
SUVA	Principale caisse d'assurance accidents (semi-)privée
TMS	Troubles musculosquelettiques
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
UE	Union européenne

Cantons suisses

AG	Argovie
AI	Appenzell Rhodes-Intérieures
AR	Appenzell Rhodes-Extérieures
BE	Berne
BL	Bâle-Campagne
BS	Bâle-Ville
FR	Fribourg
GE	Genève
GL	Glaris
GR	Grisons
JU	Jura
LU	Lucerne
NE	Neuchâtel
NW	Nidwald
OW	Obwald
SG	Saint-Gall
SH	Schaffhouse
SO	Soleure
SZ	Schwytz
TG	Thurgovie
TI	Tessin
UR	Uri
VD	Vaud
VS	Valais
ZH	Zurich
ZG	Zoug

Résumé

Les pays de la zone OCDE sont de plus en plus nombreux à reconnaître que la mauvaise santé mentale constitue un problème pour les politiques afférentes au secteur social et au marché du travail : elle génère en effet des coûts importants pour les personnes concernées, les employeurs et l'économie tout entière par ses répercussions négatives majeures sur l'emploi, le chômage et la productivité. La politique de la Suisse en la matière offre un tableau contrasté. Plusieurs secteurs – dont la santé, l'éducation et le système de protection sociale – sont dotés de ressources adéquates, ce qui leur permet en principe de mener des actions adaptées aux besoins. Toutefois, l'élaboration des politiques est un processus complexe dans ce pays, en raison du nombre particulièrement élevé d'intervenants, dont les 26 cantons, très indépendants, et un secteur privé important et influent. La coordination des politiques est donc astreignante, ainsi que l'illustre le processus de collaboration interinstitutionnelle, à la fois long et tortueux. En dépit de l'approche volontariste adoptée dans le domaine de l'assurance invalidité et du succès des récentes réformes touchant aux prestations d'invalidité, différents problèmes subsistent, comme l'atteste le nombre toujours aussi élevé de demandes de prestations de l'assurance invalidité émanant de personnes atteintes de troubles mentaux. D'autres changements s'imposent afin d'améliorer sensiblement la situation ; plus généralement, il importe que l'action publique en matière de santé, de politique sociale et d'emploi mette davantage l'accent sur la santé mentale.

L'OCDE recommande aux responsables suisses :

- de renforcer les mesures prises sur le lieu de travail concernant la prévention et la gestion des absences pour maladie, de manière à favoriser le maintien dans l'emploi ;
- de rapprocher l'assurance invalidité du monde du travail, en soulignant le rôle des employeurs et l'intérêt d'interventions précoces axées sur le lieu de travail ;

- de renforcer les capacités permettant de traiter les troubles mentaux dont souffrent fréquemment les clients des services de l'emploi et des bureaux d'aide sociale ;
- d'élargir la collaboration interinstitutionnelle en plaçant le système de santé sur un pied d'égalité avec les autres partenaires, en constituant des réseaux avec les employeurs et en améliorant les incitations financières à l'intention des acteurs principaux ;
- de faire en sorte que le système de santé mentale, qui bénéficie de ressources adéquates, soit plus performant en termes d'emploi, en veillant à une affectation efficace de ces ressources et en donnant la priorité à l'emploi, aussi bien pour la formation des médecins que pour les traitements prodigués ;
- de veiller davantage, dans le domaine de l'éducation, à ce que les jeunes souffrant de troubles mentaux n'interrompent pas prématurément leur études pour des raisons de décrochage scolaire ou parce qu'ils s'orientent vers le régime d'invalidité.

Évaluation et recommandations

Les problèmes de santé mentale représentent un coût élevé pour l'économie suisse – environ 3.2 % du PIB – en raison des pertes de productivité qu'ils induisent chez les personnes concernées titulaires d'un emploi, des dépenses sociales en faveur de celles qui doivent cesser temporairement ou définitivement de travailler, et des soins de santé nécessaires dans tous les cas. Certes, le marché du travail suisse se trouve dans une situation très satisfaisante et les effets de la récente crise économique ont été relativement limités. Pourtant, les personnes souffrant de troubles mentaux ont plus de mal que les autres à décrocher un emploi : cette catégorie de population connaît un taux de chômage quasiment trois fois plus élevé que la moyenne et des taux d'emploi moins bons. Dans l'ensemble, les chiffres de la dépendance à l'égard des prestations sociales sont élevés chez les Suisses d'âge actif (près de 20 %), et l'on a observé, au cours des 15-20 dernières années, un accroissement progressif de la dépendance à l'égard des rentes d'invalidité et de l'aide sociale. Il est important de souligner que les personnes atteintes de troubles mentaux sont largement surreprésentées dans tous les systèmes de prestations, et notamment les rentes d'invalidité, où elles représentent actuellement près de 40 % des nouvelles demandes. De plus, celles d'entre elles qui exercent une activité rencontrent souvent des difficultés au travail, comme en attestent leurs absences pour maladie, plus fréquentes et plus longues que chez les personnes n'ayant pas de problèmes mentaux.

Le système suisse offre des possibilités intéressantes face aux défis que représentent les problèmes de santé mentale en lien avec le travail

Dans les secteurs de la santé, de l'éducation et de la protection sociale, les institutions suisses disposent de ressources adéquates, ce qui leur permet en principe d'obtenir des résultats satisfaisants. Le pays compte un certain nombre de points forts : un système éducatif doté de nombreux outils très efficaces ; un système de santé mentale très accessible ; un marché florissant dans le domaine des services de l'emploi ; un système de protection sociale modulable permettant d'offrir également des prestations partielles ; et un marché du travail suffisamment souple pour autoriser un retour progressif à

la vie active. Grâce à certains de ces atouts, les taux d'emploi des personnes souffrant de troubles mentaux sont plus élevés en Suisse que dans d'autres pays.

Pour autant, les dépenses liées aux prestations de maladie et d'invalidité restent élevées, et sont de plus en plus souvent imputables à des problèmes mentaux. Afin de continuer d'améliorer l'insertion des personnes concernées sur le marché du travail et de les rendre moins dépendantes de l'aide sociale, il faudra éliminer certaines failles du système, réaffecter les ressources et renforcer les incitations destinées aux différentes parties prenantes.

La multitude de parties prenantes ralentit la mise en œuvre de réformes structurelles

Le nombre élevé d'intervenants ayant une influence sur les résultats rend la tâche plus ardue, pour au moins trois raisons. Premièrement, les 26 cantons très indépendants jouent un rôle considérable dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques. Il en résulte des différences marquées en termes de stratégie, de comportement et de résultats d'une région à l'autre, ce qui s'explique notamment par la faiblesse des contrôles et de la supervision au niveau national. Les bonnes pratiques en vigueur dans certaines parties du pays pourraient être sources de précieux enseignements, mais l'absence d'évaluation et de bilan rigoureux constitue à cet égard un obstacle.

Deuxièmement, il existe un important secteur privé (à visées lucratives ou non), capable de se montrer puissant et influent : assureurs santé et maladie, prestataires de services de placement ou autres. Il en découle une grande diversité dans les prestations et la qualité des services, accentuée par le fait que les marchés diffèrent grandement selon les cantons.

Troisièmement, la variabilité est importante également entre les entreprises, qui jouent un rôle essentiel dans la prévention des problèmes mentaux, ainsi que dans la gestion des maladies et du retour à l'emploi. Les incitations financières susceptibles d'encourager les employeurs à faire mieux dans ces domaines sont limitées, et le rôle de ces derniers en tant que partenaires de première importance n'est mis en lumière que très progressivement.

Toute réforme de fond exige donc l'intervention d'un grand nombre d'acteurs, ce qui ralentit le processus. Ainsi, la collaboration interinstitutionnelle a connu un démarrage très lent en 2001 et n'affiche en 2013 – au bout de douze années et en dépit d'investissements considérables – que des résultats bien modestes.

Le système démocratique particulier de la Suisse, qui exige pour toute réforme l'assentiment de la majorité de la population et des cantons, complique également la mise en œuvre de changements de grande ampleur. Les réformes apportées ces dix dernières années à l'assurance invalidité en sont un bon exemple. C'est en soulignant la nécessité de faire évoluer un système qui se dirigeait sinon vers la faillite qu'il a été possible d'obtenir le soutien nécessaire. Les règles ont ainsi pu être modifiées en profondeur, de même que le comportement de la plupart des intervenants. Une fois passé le caractère urgent de la réforme, toutefois, la dernière série de mesures prévue a été rejetée par le Parlement en juin 2013 en dépit d'un sérieux travail de préparation.

Renforcer les mesures prises sur le lieu de travail

Les données concernant les pays de l'OCDE, notamment la Suisse, montrent qu'il existe un lien négatif entre la santé mentale et les résultats sur le marché de l'emploi. Le droit du travail de la Suisse exige des employeurs qu'ils prennent les mesures nécessaires pour protéger la santé des salariés, y compris leur santé mentale. Les données disponibles semblent toutefois indiquer que, de manière générale, les employeurs suisses portent moins d'attention que les entreprises de nombreux autres pays à la gestion des risques psychosociaux au travail, et qu'ils accordent moins d'importance aux pressions de l'inspection du travail.

Le suivi des absences pour maladie et la gestion du retour au travail sont essentiels à une prise en charge rapide des problèmes de santé mentale. Cependant, les employeurs suisses n'ont aucune obligation légale dans ce domaine : la responsabilité financière qui est la leur vis-à-vis des salariés malades dépend des contrats individuels et, le cas échéant, des accords collectifs et des contrats d'assurance. De nombreuses sociétés d'assurances proposent des services de prévention et de réinsertion, dont l'utilisation varie toutefois beaucoup d'une entreprise à l'autre. La couverture d'assurance – en particulier le niveau et la durée des prestations – étant tributaire de l'ancienneté, les travailleurs souffrant de problèmes mentaux sont désavantagés, car ils changent plus fréquemment d'emploi que la moyenne.

Rapprocher l'assurance invalidité du monde du travail

Il y a seulement quelques années, l'assurance invalidité avait un rôle passif : elle intervenait très tardivement (lorsque toutes les autres possibilités de prestations étaient épuisées), prenait des années pour mener à bien les évaluations et remboursait *a posteriori* les coûts éventuellement supportés

par d'autres régimes d'assurance en raison d'une incapacité de travail. Il n'est donc guère surprenant que cette situation ait conduit à une forte augmentation du nombre de pensions d'invalidité jusqu'au milieu des années 2000.

Grâce aux différentes réformes adoptées ces dix dernières années, l'assurance invalidité cesse progressivement d'être un système passif d'administration de prestations à un organisme de réadaptation professionnelle dynamique. Parmi les réformes, qui reposent sur le principe selon lequel aucun des autres acteurs (c'est-à-dire ceux qui intervenaient précédemment) n'est incité à prévenir les demandes de rente d'invalidité, figurent notamment des interventions plus rapides, le renforcement des évaluations et réévaluations médicales, ainsi que de nouvelles mesures assorties d'obligations plus nombreuses pour les demandeurs. Le processus de réforme a réduit sensiblement le nombre de demandes, mais n'a pu mettre un terme à l'augmentation du volume total des rentes d'invalidité accordées en raison d'une mauvaise santé mentale.

Plusieurs facteurs contribuent à cette situation. En premier lieu, les évaluations médicales visent toujours principalement à établir si la personne peut prétendre à des prestations plutôt qu'à déterminer sa capacité à travailler, et les évaluations médico-professionnelles sont rares : il est donc difficile de planifier les mesures de réadaptation, surtout pour les personnes atteintes de problèmes mentaux, dont la capacité à travailler connaît souvent de fortes fluctuations. Deuxièmement, les nouvelles mesures d'intervention précoce ne privilégient pas suffisamment le maintien dans l'emploi sur le marché du travail normal, et ne touchent pas suffisamment de demandeurs ayant des troubles mentaux. Troisièmement, la possibilité de signaler rapidement à l'assurance invalidité les cas d'absences prolongées pour cause de maladie est beaucoup trop rarement utilisée ; le seuil de 30 jours d'absence pour un « signalement précoce » ne présente guère d'intérêt, car de nombreux travailleurs souffrant de problèmes psychiques ne s'absentent pas du travail, mais auraient pourtant besoin de conseils (la réforme rejetée en 2013 prévoyait des services de conseil à l'intention des employeurs et des salariés). Quatrièmement, les désincitations financières à travailler restent importantes, en particulier dans les groupes de population à faibles revenus qui présentent des troubles mentaux, et davantage encore chez les jeunes. Ces désincitations découlent de revenus de remplacement élevés, qu'augmentent encore les prestations complémentaires versées par le canton, et des seuils actuels de l'assurance invalidité : les assurés qui perçoivent déjà une rente n'ont ainsi aucun intérêt à accroître leur nombre d'heures de travail (la suppression de ces seuils figurait également dans le volet de la réforme rejeté en 2013). Enfin, les nouveaux moyens de détection et d'intervention précoces n'ont pas d'incidence sur les jeunes qui ne sont

pas encore entrés sur le marché du travail normal. Pour ce groupe, d'autres dispositifs et d'autres outils devront être mis en place, les établissements scolaires et les services d'aide à l'entrée dans la vie active assumant alors le rôle des employeurs et des caisses d'assurance maladie.

Renforcer les capacités permettant de faire face aux problèmes de santé mentale dans les agences de placement et les bureaux d'aide sociale

Suite à l'adoption, dans les années 90, d'une démarche d'activation plus dynamique dans l'assurance chômage, le service public de l'emploi (SPE) a mis davantage l'accent sur les personnes prêtes à travailler et disponibles pour ce faire. Du coup, les demandeurs d'emploi plus difficiles à placer et confrontés à des problèmes plus complexes sur le marché du travail n'ont plus été considérés comme des clients prioritaires du SPE, ce qui, en dépit d'un faible taux de chômage global en Suisse, s'est traduit par une forte proportion de chômeurs de longue durée.

L'une des conséquences de cette évolution est que les personnes qui n'étaient pas tout à fait prêtes à travailler, dont beaucoup présentaient de sérieux troubles mentaux, ont été de plus en plus souvent orientées vers l'assurance invalidité ou vers les services sociaux. Peu d'individus passent de façon répétée d'un système de prestations à un autre, mais nombreux sont ceux qui se tournent vers l'aide sociale lorsqu'ils n'ont plus droit aux indemnités de chômage et ceux qui, percevant des aides sociales, sollicitent à un moment ou un autre une rente d'invalidité.

Dans de nombreuses agences SPE, le personnel n'a pas conscience de la proportion élevée, parmi les chômeurs qu'il accompagne, de personnes atteintes de troubles mentaux : il s'agit là d'un problème majeur qu'il convient de régler, afin de favoriser un retour rapide à l'emploi et d'éviter que ces personnes ne se coupent du marché du travail. Si les travailleurs sociaux sont davantage informés de la forte prévalence de problèmes mentaux chez leurs clients, ni les agences SPE, ni les bureaux d'aide sociale n'ont les capacités nécessaires pour traiter ces cas efficacement et rapidement.

Redéfinir la collaboration entre les institutions

Face à ces lacunes, la collaboration interinstitutionnelle (CII) s'est imposée comme un objectif central, initialement pour aider les individus aux besoins complexes, qui risquaient le plus de se trouver ballottés d'un système à l'autre (chômage, invalidité, aides sociales). Les efforts en matière de CII ont été considérablement intensifiés ces dix dernières années, et d'importantes ressources ont été mobilisées – quoique de manière très

irrégulière d'une région à l'autre – dans le but de développer des mécanismes et outils de coopération au niveau cantonal et régional. Les premières évaluations ayant montré que seul un très petit nombre de personnes bénéficiaient de ces nouvelles approches, les formes que peut revêtir la CII, ainsi que sa portée, sont élargies en permanence.

Le processus CII constitue un pas dans la bonne direction, mais il reste beaucoup à faire pour dépasser – grâce à une meilleure collaboration – la distinction souvent inadéquate entre les personnes aptes au travail, celles qui sont socialement défavorisées, et celles atteintes d'invalidité. L'initiative souffre de ses priorités institutionnelles, ainsi que des incitations souvent contradictoires des institutions impliquées. Il est cependant difficile de hiérarchiser les mesures d'incitation. Autre point faible du processus : la passivité du secteur de la santé – un aspect crucial pour les patients atteints de troubles mentaux – et l'absence de contacts avec les employeurs. Enfin, la collaboration ne peut assurer facilement, par exemple, l'intégration de services de santé et de services en milieu de travail, pourtant essentielle aux personnes souffrant de problèmes mentaux et souvent plus simple à mettre en œuvre au sein même des organismes.

Améliorer les résultats sur le front de l'emploi grâce à un système de santé mentale doté de ressources adéquates

Le système suisse de santé mentale offre un large éventail de services accessibles et diversifiés, notamment une multitude de centres de traitement (soins hospitaliers et ambulatoires), le nombre de psychiatres par habitant le plus élevé de la zone OCDE (deux fois plus important que dans le pays classé deuxième) et une quantité considérable de psychothérapeutes qualifiés. En dépit de ces ressources, les soins de santé mentale spécialisés ne traitent toutefois que 7 % environ de la population au cours d'une année donnée, un chiffre qui paraît faible par rapport à la prévalence des troubles mentaux sur douze mois, qui atteint environ un tiers de la population. On peut penser dès lors qu'un nombre relativement limité d'individus bénéficient de traitements sophistiqués et coûteux, et cela amène à s'interroger sur l'efficacité d'une telle affectation des ressources alors que, dans l'ensemble, les taux de traitement des troubles mentaux sont largement insuffisants. Ces taux varient beaucoup d'un canton à l'autre, ce qui semble indiquer que le recours au traitement est en grande partie conditionné par l'offre et ne repose pas sur des critères précis d'accès aux soins spécialisés. En outre, les médecins généralistes, dont la clientèle compte de nombreux cas de troubles mentaux, ne traitent qu'un de ces patients sur dix et n'orientent que peu de personnes vers un psychiatre.

Bien que les services psychiatriques soient accessibles et offrent des traitements efficaces, on constate que le système de soins de santé mentale tarde encore, dans une large mesure, à prendre conscience des problèmes que rencontrent les patients sur le plan professionnel. Malgré les répercussions très positives d'un emploi sur la durée et les résultats du traitement, et bien que de nombreux patients – hospitalisés ou non – aient un emploi (même s'ils éprouvent des difficultés au travail), les psychiatres n'ont généralement pas de contacts avec les employeurs. Cet aspect illustre une conception restrictive du traitement, ainsi que les incertitudes du secteur quant à la façon d'intervenir lorsqu'un patient est confronté à des difficultés dans sa vie professionnelle. Par ailleurs, l'absence de système intégré de pilotage ou de gouvernance au niveau national empêche également de mettre l'emploi au cœur du système de santé mentale. Les caisses d'assurance santé ne souhaitent pas non plus financer des soins de santé mentale spécifiquement axés sur le travail. Les questions relatives à l'emploi n'intéressent donc guère les médecins, que ce soit dans le cadre de leur formation ou des prestations qu'ils fournissent.

Mettre davantage l'accent sur la transition des études vers la vie active

La Suisse dispose d'un large éventail de services destinés aux enfants ayant des besoins éducatifs particuliers, à la fois dans les écoles et classes spécialisées, et dans les établissements ordinaires, y compris des services psychologiques et psychiatriques, des services sociaux, ainsi que des dispositifs thérapeutiques et pédagogiques. Les enfants atteints de troubles mentaux diagnostiqués auront donc, selon toute probabilité, accès à des services spécialisés, avec toutefois d'importantes différences d'un établissement scolaire à l'autre. Les jeunes Suisses ont globalement peu de difficultés à entrer dans la vie active, en partie grâce à un système efficace d'enseignement professionnel et parce qu'il est habituel en Suisse de combiner études et travail.

Cependant, trois aspects de cette transition n'ont été à ce jour que rarement abordés. Premièrement, les jeunes peu qualifiés, chez lesquels on trouve une proportion bien plus élevée de troubles mentaux, ont vu se dégrader encore, au cours de la décennie écoulée, leur situation déjà médiocre sur le marché du travail. Deuxièmement, le nombre de demandes de rente d'invalidité ne cesse d'augmenter chez les jeunes, contrairement aux autres groupes d'âge ; beaucoup de ces demandes sont motivées par des troubles psychiques. Troisièmement, les services destinés aux jeunes qui décrochent avant d'avoir achevé le deuxième cycle de l'enseignement secondaire ou avant la fin de leur formation professionnelle – parmi lesquels les individus atteints de troubles mentaux courants sont surreprésentés – sont peu développés et les rares mécanismes en place ne prennent pas en compte

les problèmes de manière globale ou sous l'angle plus large de l'entrée dans la vie active. Ces problèmes soulignent la nécessité d'accorder une plus grande attention aux besoins des jeunes qui présentent des troubles mentaux.

Récapitulatif des principales recommandations de l'OCDE à la Suisse

Défis stratégiques majeurs	Recommandations
1. Les employeurs ne sont pas bien équipés pour faire face à des salariés souffrant d'une mauvaise santé mentale ; par ailleurs, les pratiques sont très variables en matière de suivi et de gestion des maladies.	• Fournir aux employeurs des outils et un soutien appropriés afin de permettre la prise en compte des risques psychosociaux au travail. • Suivre les *extrants* (taux de rotation et absences pour maladie, par exemple) plutôt que les *intrants* (comme les conditions de travail). • Améliorer les incitations financières offertes aux employeurs par le biais de primes d'assurance à taux différencié en fonction de l'expérience. • Envisager de reconnaître les troubles mentaux comme maladie professionnelle.
2. L'assurance invalidité accorde encore trop peu d'attention au rôle des employeurs et aux incitations à travailler destinées aux salariés.	• Faire en sorte que davantage d'employeurs informent l'assurance invalidité lorsqu'ils sont confrontés à des salariés souffrant de troubles mentaux. • Développer les mesures d'intervention précoce qui sont axées sur l'environnement de travail, et intensifier le recours à ce type de mesures pour les personnes atteintes de troubles mentaux. • Accorder plus d'intérêt aux évaluations médico-professionnelles pluridisciplinaires et améliorer la qualité des évaluations médicales et des révisions des rentes dans leur ensemble. • Faire en sorte qu'il soit rentable de continuer à travailler ou d'augmenter son nombre d'heures de travail, en recourant également de façon plus judicieuse aux rentes d'invalidité partielles et en supprimant les seuils d'accès aux prestations de l'assurance invalidité.

Récapitulatif des principales recommandations de l'OCDE à la Suisse
(suite)

Défis stratégiques majeurs	Recommandations
3. Les services publics de l'emploi (SPE) et les bureaux d'aide sociale n'apportent qu'un soutien limité aux personnes atteintes de troubles mentaux.	• S'efforcer de mieux détecter les problèmes de santé mentale des clients des SPE et d'y réagir rapidement, tout en faisant en sorte que les conseillers d'orientation développent leurs connaissances en la matière. • Étendre le cadre d'action des SPE afin de les encourager à mettre davantage l'accent sur les personnes souffrant de troubles psychiques, sur les chômeurs malades et sur les bénéficiaires en fin de droits. • Renforcer la capacité du secteur de l'aide sociale à gérer les problèmes de santé mentale, notamment par le biais de nouveaux services régionaux ou cantonaux à l'intention des petites collectivités.
4. La collaboration interinstitutionnelle (CII) n'est pas à la hauteur des problèmes rencontrés.	• Renforcer et harmoniser les incitations financières à l'appui d'une coopération plus étroite entre les principaux partenaires de la CII (SPE, aide sociale, offices cantonaux AI). • Intégrer le système de santé dans la CII, afin de favoriser une collaboration globale et développer les réseaux entre les équipes de la CII et les employeurs. • Compléter la collaboration par l'intégration des services *à l'intérieur* des institutions concernées.
5. Les importantes ressources disponibles dans le système de soins de santé mentale devraient être affectées de manière à obtenir de meilleurs résultats.	• Renforcer les modules liés à l'emploi dans la formation initiale des médecins au sein des facultés de médecine. • Élaborer des directives concernant l'emploi pour le traitement des troubles mentaux et améliorer la coopération avec les employeurs. • Réduire progressivement les soins hospitaliers au profit des soins ambulatoires et de l'hospitalisation de jour, en mettant davantage l'accent sur les problèmes rencontrés au travail. • Lutter contre les traitements insuffisants grâce à une collaboration plus efficace, à la définition de modalités pour le renvoi des patients entre généralistes et psychiatres et à un meilleur remboursement des traitements psychothérapeutiques.

Récapitulatif des principales recommandations de l'OCDE à la Suisse
(suite)

Défis stratégiques majeurs	Recommandations
6. Les ressources scolaires ne sont pas utilisées efficacement pour lutter contre le décrochage et pour réduire le nombre élevé de nouveaux rentiers AI chez les jeunes.	• Faire connaître aux établissements scolaires l'éventail de services dont ils devraient disposer, ainsi que la manière de les utiliser au mieux afin de prévenir les problèmes mentaux des élèves ou d'y faire face. • S'attaquer au décrochage au cours du deuxième cycle du secondaire ou de la formation professionnelle en assurant un suivi systématique et en améliorant la coopération avec les SPE, l'aide sociale et les services de santé mentale. • Réduire le nombre de jeunes rentiers AI en offrant des incitations à travailler plus intéressantes pour les jeunes à risque.

Chapitre 1

Les défis posés par la santé mentale et l'emploi en Suisse

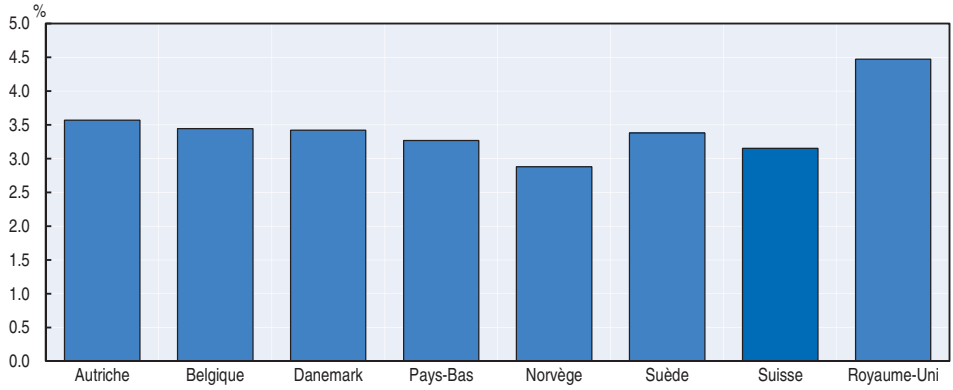
En s'inspirant des conclusions du rapport publié récemment par l'OCDE sous le titre Mal-être au travail ?*, le présent chapitre met en évidence les principaux défis que doit relever la Suisse dans le domaine de la santé mentale et de l'emploi. Il donne un aperçu de la situation des personnes souffrant de troubles mentaux sur le marché du travail suisse par rapport à d'autres pays de l'OCDE, ainsi que de leur situation financière. Ce chapitre décrit aussi le système de prestations sociales de la Suisse et, partant, le contexte dans lequel s'inscrivent les politiques de santé mentale et d'emploi.*

Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Les troubles mentaux constituent un défi important pour le bon fonctionnement des politiques relatives au marché du travail et aux questions sociales dans les pays de l'OCDE. Cet enjeu n'a pas été suffisamment pris en compte à ce jour, signe d'une stigmatisation et de tabous très répandus, et aussi de l'insuffisance des données disponibles quant à l'ampleur du problème et aux réponses que les pouvoirs publics doivent y apporter. Le coût total estimé (direct et indirect) que génèrent pour la société les problèmes de santé mentale est élevé ; il atteint en effet 3 à 4.5 % du PIB dans plusieurs pays de l'OCDE et 3.2 % en Suisse (graphique 1.1)[1]. La plupart de ces coûts n'émanent pas du secteur de la santé : les coûts indirects sous la forme de pertes d'emplois et d'une diminution des performances et de la productivité au travail sont beaucoup plus élevés que les coûts directs de santé ; calculés à partir des estimations détaillées de Gustavsson et al. (2011), les coûts indirects, les coûts médicaux directs et les coûts directs non médicaux s'élèvent respectivement à 53 %, 36 % et 11 % du total des frais liés aux troubles mentaux pour la société[2].

Graphique 1.1. **Les troubles mentaux coûtent très cher à la société**

Coûts liés aux troubles mentaux, en pourcentage du PIB du pays, 2010



Note : Les estimations présentées dans cette étude ont été établies par type de maladie, et couvrent l'ensemble des principales catégories de troubles mentaux, ainsi que les troubles cérébraux. Le graphique tient compte exclusivement des troubles mentaux.

Source : Compilation établie par l'OCDE à partir de l'étude de Gustavsson, A., M. Svensson, F. Jacobi et al. (2011), « Cost of Disorders of the Brain in Europe 2010 », *European Neuropsychopharmacology*, vol. 21, pp. 718-779 pour les estimations de coûts, et d'Eurostat pour le PIB.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932929834

Définitions et objectifs

Selon le rapport *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi* (OCDE, 2012a), les politiques publiques doivent lutter contre les coûts élevés générés par la mauvaise santé mentale en favorisant l'intégration, sur le marché du travail, des personnes touchées par ce type de troubles. Cela suppose d'accorder d'avantage d'attention aux troubles légers ou modérés, aux troubles affectant les personnes en activité et celles qui n'ont pas d'emploi, ainsi qu'aux mesures volontaristes qui permettraient de les aider à se maintenir dans leur emploi ou à en trouver un. Cette conclusion repose sur différentes constatations, notamment le fait qu'une proportion élevée de personnes ayant un problème mental occupent un emploi, mais enregistrent d'importantes pertes de productivité au travail ; et la forte prévalence de ce type de troubles parmi les bénéficiaires d'indemnités de chômage, de prestations de l'aide sociale et de rentes d'invalidité.

Il est indispensable, pour définir des politiques appropriées, de bien comprendre de qui caractérise la mauvaise santé mentale. Dans le présent rapport, on entend par « troubles mentaux » une maladie mentale qui atteint le seuil d'identification clinique permettant de poser un diagnostic d'après les systèmes de classification en psychiatrie, comme la Classification internationale des maladies (CIM-10), utilisée depuis le milieu des années 90 (la CIM-11 est en cours d'élaboration). Selon cette définition, environ 20 % de la population d'âge actif dans un pays moyen de l'OCDE souffrent de troubles mentaux, la prévalence sur la durée de vie pouvant même atteindre 40-50 %. Pour les besoins du présent rapport, des données d'enquête ont été utilisées afin d'évaluer les caractéristiques de ce groupe de population en Suisse et sa situation sur le marché du travail (voir l'encadré 1.1). Les personnes dont le niveau d'études est inférieur au deuxième cycle du secondaire sont davantage susceptibles que les autres d'être atteintes de troubles mentaux (graphique 1.2). La prévalence de ce type de problèmes est en outre légèrement plus marquée chez les femmes, ainsi que chez les individus âgés de 35 à 44 ans ou de 55 à 64 ans.

En Suisse, comme dans d'autres pays, les principaux critères des troubles mentaux sont : l'apparition précoce, la gravité, la persistance et le caractère chronique, un taux élevé de récurrence et la coexistence fréquente d'affections physiques ou d'autres troubles psychologiques. Plus la pathologie est grave, persistante et associée à d'autres maladies, plus le degré d'incapacité de travail est élevé et plus l'impact potentiel sur l'aptitude de la personne à travailler est important. La nature exacte du problème diagnostiqué compte également, mais tout type de problème mental peut être grave ou durable, ou s'accompagner d'autres troubles. La majorité des troubles mentaux sont légers ou modérés, notamment la dépression et l'anxiété.

Encadré 1.1. **Mesurer les troubles mentaux**

Les données administratives cliniques et les données relatives aux bénéficiaires de prestations de l'assurance invalidité comprennent généralement un code de classification du diagnostic du patient ou bénéficiaire, fondé sur la CIM-10 (Classification internationale des maladies, 10e révision), permettant d'évaluer l'existence d'un trouble mental. C'est également le cas en Suisse. Toutefois, ces données administratives ne fournissent pas d'informations détaillées sur la situation économique et sociale de l'individu concerné, et elles ne couvrent qu'une partie de l'ensemble des personnes présentant des troubles mentaux.

À l'inverse, les résultats d'enquêtes peuvent constituer une source intéressante d'informations sur les variables socio-économiques, mais ne contiennent le plus souvent que des données *subjectives* sur l'état de santé mentale de la population couverte. L'existence d'un trouble mental peut néanmoins être mesurée, dans de telles enquêtes, au moyen d'une série de questions portant, entre autres, sur l'irritabilité, la nervosité, l'insomnie, le désespoir, le bonheur, la dévalorisation, etc., les valeurs les plus élevées correspondant à une mauvaise santé mentale. Pour les besoins de l'étude de l'OCDE sur la santé mentale et l'emploi, qui s'appuie sur les résultats cohérents d'études épidémiologiques menées dans différents pays de l'OCDE, on a considéré que les 20 % de la population qui présentent les valeurs les plus élevées, suivant les instruments utilisés dans chaque enquête, souffrent d'un trouble mental au sens clinique du terme, ce trouble étant « grave » pour les 5 % supérieurs, et « léger à modéré » ou « courant » pour les 15 % restants.

Cette méthodologie permet de comparer les instruments utilisés pour des enquêtes ou dans des pays différents. L'étude de l'OCDE (2012a) et le site www.oecd.org/els/invalidite fournissent une description et une justification plus détaillées de cette approche et des implications possibles. Il importe de souligner ici que l'objectif consiste à mesurer les résultats, au plan social et sur le marché du travail, des personnes souffrant de troubles mentaux, et non la prévalence de ces troubles en tant que tels.

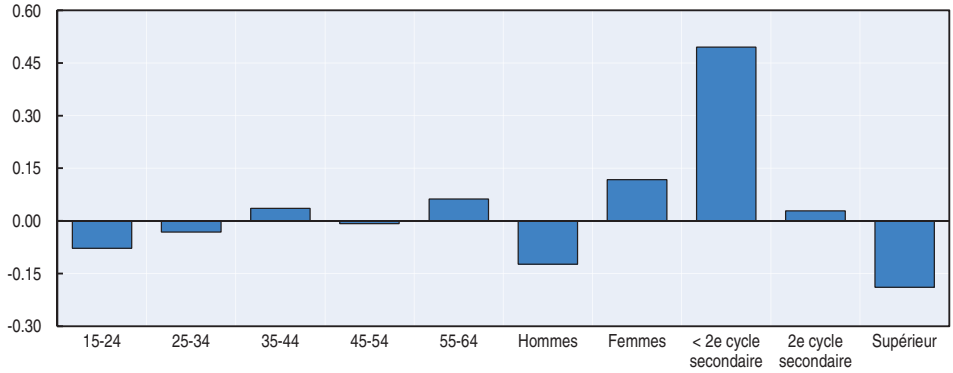
Les données utilisées dans le présent rapport proviennent essentiellement de l'Enquête suisse sur la santé (éditions de 2002 et 2007 ; les données de 2012 seront disponibles prochainement). La variable relative aux troubles mentaux est fondée dans ces enquêtes sur dix questions associées à la dépression : tristesse, intérêt, fatigue, appétit, sommeil, réactivité, désir sexuel, confiance, concentration, pensées suicidaires. Trois catégories de réponse sont possible pour chaque question (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).

L'une des difficultés importantes auxquelles se heurtent les responsables publics tient au nombre de cas qui ne sont pas décelés, révélés ou identifiés – un problème qui découle directement des préjugés associés à la maladie mentale, mais aussi à l'essence même de la capacité mentale, car chacun considère que ce dont il fait l'expérience est normal. Cependant, il n'est pas toujours possible de déterminer clairement si une identification plus rapide et plus complète permettrait systématiquement d'améliorer les résultats, ou si elle contribuerait au contraire à étiqueter et à stigmatiser les populations

concernées. Il s'ensuit qu'il importe surtout d'intervenir auprès des personnes souffrant de troubles mentaux, plutôt que de les étiqueter comme telles, et que les politiques évitant cette classification peuvent parfois donner les meilleurs résultats.

Graphique 1.2. **En Suisse, la prévalence des troubles mentaux varie en fonction de l'âge, du sexe et, surtout, du niveau d'études**

Personnes atteintes de troubles mentaux (graves ou modérés), par tranche d'âge, sexe et niveau d'études, par rapport à la prévalence globale dans la population suisse d'âge actif, 2007



Note : « Inférieur au 2e cycle de l'enseignement secondaire » correspond 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 : Calculs effectués par l'OCDE à partir de l'Enquête suisse sur la santé, 2007.

StatLink *http://dx.doi.org/10.178/888932929853*

Selon l'étude de l'OCDE *Mal-être au travail ?* (OCDE, 2012a), la réforme doit s'articuler autour de deux grands axes. Premièrement, les politiques publiques doivent privilégier la prévention, l'identification rapide des besoins et l'intervention à différents stades du cycle de vie, notamment lors du passage à la vie active, au poste de travail et lorsqu'un salarié est sur le point de perdre son emploi ou d'entrer dans le système de protection sociale. Deuxièmement, il importe de mettre en place une approche coordonnée entre les différents secteurs, et d'y intégrer les partenaires des domaines de la santé et de l'emploi et, au besoin, d'autres domaines pour le bien des personnes présentant des troubles mentaux.

Malgré les coûts élevés que génère une mauvaise santé mentale, à la fois pour les individus concernés et pour la société, ni les politiques ni les institutions ne prêtent une attention suffisante aux problèmes posés par les

troubles mentaux. Le rapport recense quatre priorités essentielles, auxquelles les politiques publiques doivent s'intéresser d'urgence :

- *Le rôle des établissements scolaires* dans la protection et la promotion de la santé mentale des enfants et des jeunes, et celui des mesures proposées aux périodes de transition afin d'aider les jeunes vulnérables à accéder au marché du travail.
- *Le rôle du lieu de travail* dans la protection et la promotion de la santé mentale, afin de prévenir l'apparition de la maladie, la perte de productivité au travail et, à terme, la sortie du marché du travail.
- *Le rôle des services publics de l'emploi* à l'égard des bénéficiaires de prestations de longue durée (assurance maladie, assurance invalidité et chômage) qui ne travaillent pas.
- *Le rôle des services de psychiatrie* fournis de manière à aider les patients d'âge actif à se maintenir dans l'emploi ou à reprendre le travail.

Le présent rapport examine comment les politiques publiques et les institutions de la Suisse abordent le défi consistant à éviter que les troubles mentaux n'entraînent l'exclusion du marché de l'emploi et à montrer que le travail contribue au contraire à une meilleure santé mentale. La structure du rapport se présente comme suit. Le premier chapitre décrit le contexte général : il examine notamment certains des résultats majeurs enregistrés en Suisse, sur le marché du travail et au plan social, concernant les personnes atteintes de troubles mentaux, ainsi que les principaux systèmes de protection sociale mis en place à leur intention. Les autres chapitres analysent successivement les enjeux auxquels les pouvoirs publics suisses sont confrontés, et plus précisément le rôle du lieu de travail, celui des prestations de l'assurance invalidité, de l'assurance chômage et de l'aide sociale, et l'importance du système de santé et du système éducatif.

Grandes tendances et résultats

En Suisse, le taux d'emploi des personnes atteintes de troubles mentaux est remarquablement élevé. En 2007, quelque 70 % des individus âgés de 15 à 64 ans qui présentaient un trouble mental modéré ou grave avaient un emploi : ce chiffre, qui est le plus élevé parmi les pays de l'OCDE figurant dans le graphique 1.3 (partie A), est inférieur de dix points de pourcentage seulement au taux d'emploi des personnes ne souffrant d'aucun trouble mental. On ne dispose pas de données ventilées selon l'état de santé mentale pour les années postérieures à la crise économique, mais dans l'ensemble, l'impact de cette dernière a été très faible dans le pays, les taux de chômage

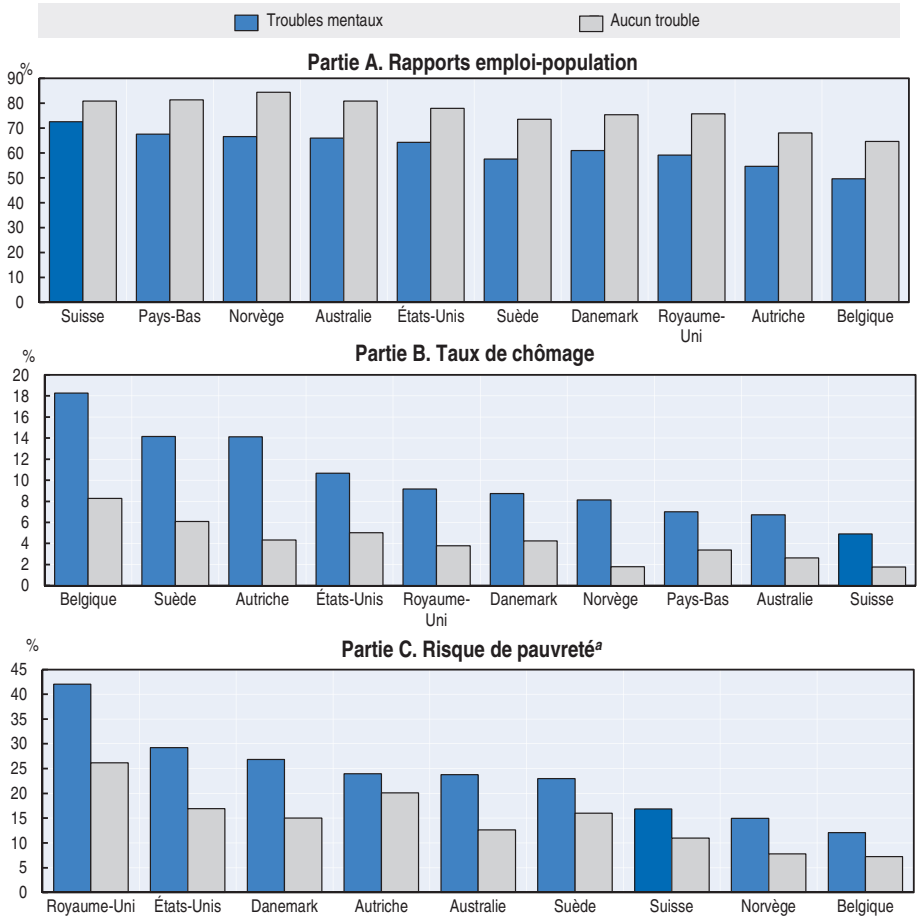
étant restés en 2008-11 voisins de 4 %, voire inférieurs à ce pourcentage (OCDE, 2012b). Le taux de chômage est, certes, environ trois fois plus élevé chez les personnes souffrant de troubles mentaux que chez les autres, mais il reste très bas en valeur absolue : il se situait à 5 % en 2007 (graphique 1.3, partie B). Du fait de ces bons résultats, le risque de pauvreté est faible chez ces personnes, si on le compare avec celui d'autres pays de l'OCDE (graphique 1.3, partie C). Il n'en reste pas moins que ce groupe de population est une fois et demie plus exposé au risque de pauvreté liée aux revenus que les personnes ne présentant aucun problème mental.

En outre, le pourcentage des bénéficiaires de prestations de l'assurance invalidité, ainsi que la part des personnes atteintes de troubles mentaux parmi ces bénéficiaires, ont augmenté de façon constante au cours des 20 dernières années en Suisse, comme dans de nombreux pays de l'OCDE. Depuis 1995, le taux de rentes d'invalidité a augmenté chaque année de 1.5 % en moyenne et, en 2012, 4.7 % de la population âgée de 20 à 64 ans percevaient une prestation de l'assurance invalidité en Suisse (graphique 1.4, partie A). La hausse annuelle du nombre total de bénéficiaires a été plus forte chez les personnes souffrant d'une mauvaise santé mentale, avec une moyenne de 2.6 % sur la période 1995-2012. En 2012, les troubles mentaux représentaient environ 37 % de l'ensemble des rentes d'invalidité, contre 24 % en 1995 (graphique 1.4, partie B).

En Suisse, la proportion de personnes percevant une rente d'invalidité est inférieure d'un point de pourcentage à la moyenne OCDE, mais le pays se classe en tête pour ce qui concerne les dépenses consacrées aux prestations de maladie et d'invalidité, tant en pourcentage du total des dépenses publiques qu'en pourcentage des indemnités de chômage (graphique 1.5, parties A et B). La Suisse a consacré 2.6 % de son PIB aux systèmes d'assurance maladie et d'invalidité en 2008, soit environ cinq fois le budget de l'assurance chômage.

Le niveau élevé des coûts que représentent les systèmes d'assurance maladie et d'invalidité pour les finances publiques ont conduit à des réformes majeures : axées dans un premier temps sur la réduction du nombre de demandes de pension d'invalidité (avec des résultats très positifs ces dernières années), ces réformes s'étendent désormais aux personnes qui bénéficient déjà de telles prestations (le chapitre 3 fournit davantage de détails à cet égard). Le nombre de demandes de rentes d'invalidité s'est réduit à partir de 2004 (graphique 1.6, partie A), ce qui a entraîné une baisse progressive du volume des bénéficiaires depuis 2006 (graphique 1.6, partie B). Cependant, la hausse persistante du nombre de personnes bénéficiant d'une rente d'invalidité liée à un problème de santé mentale reste un enjeu important.

Graphique 1.3. **La situation sur le marché du travail est particulièrement bonne en Suisse**



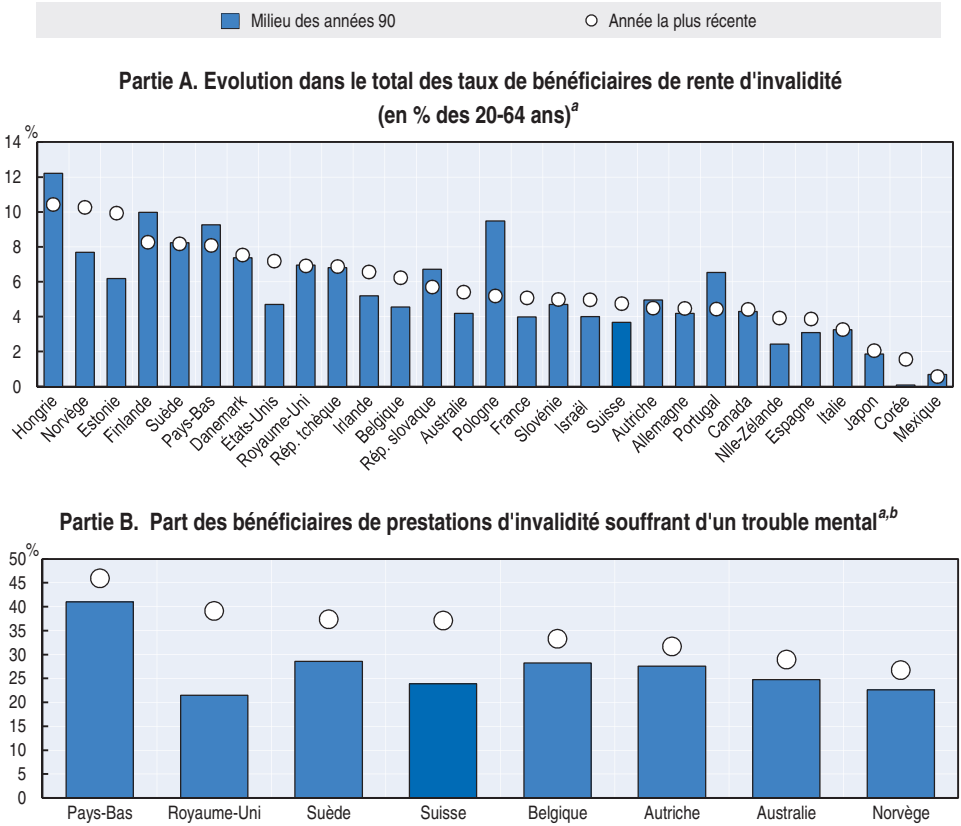
Note : Au Royaume-Uni, la statistique concernant le risque de pauvreté constitue une surestimation, car les données sous-jacentes indiquent les revenus bruts plutôt que les revenus nets (alors que ce sont ces derniers qui sont utilisés pour tous les autres pays). Toutefois, les données fondées sur les revenus nets qui proviennent de l'Enquête 2006 sur la santé en Angleterre confirment un risque de pauvreté élevé, d'un niveau comparable à celui des États-Unis.

a. Pourcentage de personnes vivant dans des ménages dont le revenu équivalent est inférieur au seuil de revenu faible (établi à 60 % du revenu équivalent médian).

Source : Calculs effectués par l'OCDE à partir d'enquêtes nationales sur la santé. Australie : Enquête nationale sur la santé 2007/08 ; Autriche : Enquête sur la santé par interview 2006/07 ; Belgique : Enquête sur la santé par interview 2008 ; Danemark : Enquête nationale sur la santé par interview 2005 ; États-Unis : Enquête nationale par entretien sur la santé 2008 ; Norvège : Enquête sur le niveau de vie et la santé 2008 ; Pays-Bas : Enquête sur la santé POLS 2007/09 ; Royaume-Uni : Enquête sur la morbidité psychiatrique chez les adultes 2007 ; Suède : Enquête sur les conditions de vie 2009/10 ; Suisse : Enquête sur la santé 2007.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932929872*

Graphique 1.4. **Augmentation rapide de la part des bénéficiaires d'une rente d'invalidité présentant un problème de santé mentale**



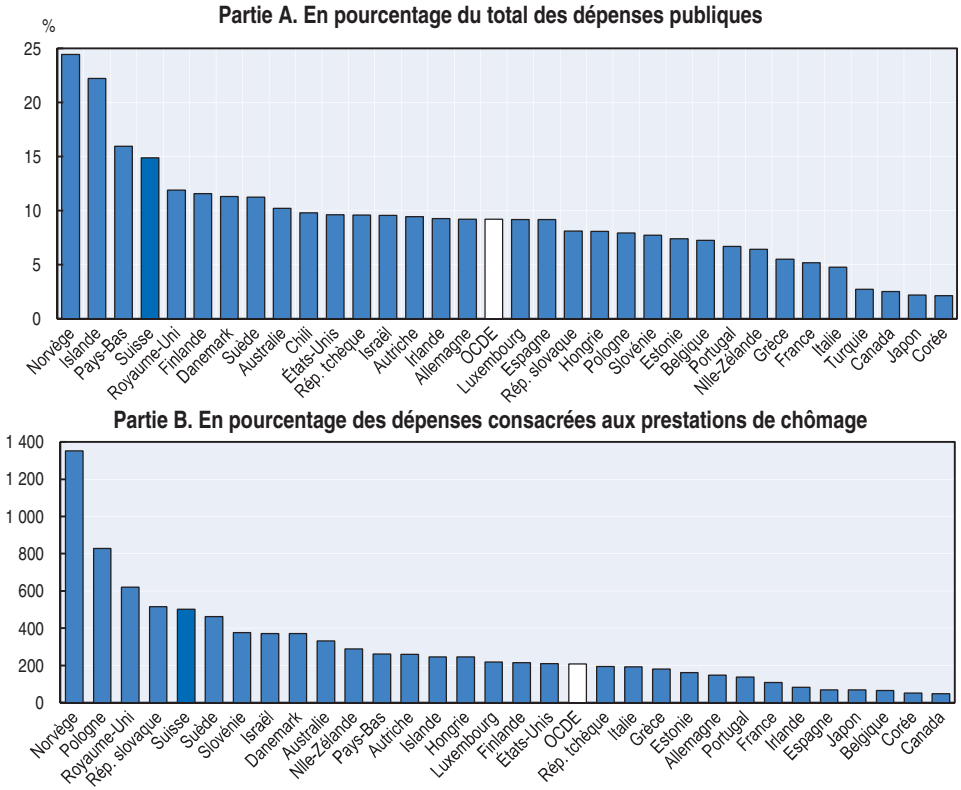
a. Pour la Norvège, les prestations versées à titre temporaire sont prises en compte dans le partie A, mais pas dans le partie B.

b. Les données concernant la Belgique, les Pays-Bas et la Suède tiennent compte du retard mental, des troubles d'origine organique et des troubles non spécifiés (catégories non traitées dans le présent rapport).

Source : Calculs effectués par l'OCDE à partir du questionnaire de l'OCDE sur l'incapacité de travail et questionnaire de l'OCDE sur la santé mentale.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932929891

Graphique 1.5. **Les dépenses consacrées aux prestations des assurances maladie et invalidité sont élevées en Suisse**

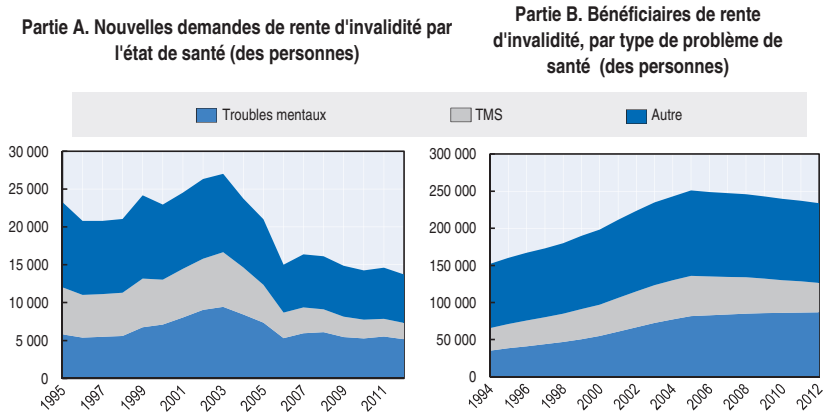


Note : Les prestations maladie englobent l'ensemble des régimes publics et des régimes privés obligatoires de congés de maladie rémunérés (indemnités journalières versées en cas d'accident du travail ou de maladie) ; les rentes d'invalidité comprennent les régimes publics et les régimes privés obligatoires d'assurance invalidité comme, dans le cas de la Suisse, l'assurance invalidité publique et des régimes de retraite obligatoires, ainsi que les indemnités couvrant les coûts supplémentaires générés par une incapacité. Les données relatives à la Suisse portent sur l'année 2008, tandis que celles de la plupart des autres pays concernent 2009.

Source : *Base de données de l'OCDE sur les dépenses sociales*, www.oecd.org/els/social/expenditure.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932929910*

Graphique 1.6. **Les demandes de rente d'invalidité sont en recul, mais le nombre de bénéficiaires au titre d'un problème de santé mentale continue d'augmenter**



TMS : Troubles musculosquelettiques.

Source : Calculs effectués par l'OCDE à partir de données de l'Office fédéral des assurances sociales.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932929929

Description du système suisse de protection sociale

Le système suisse de sécurité sociale comprend les volets suivants : 1) la prévoyance vieillesse, survivants et invalidité (système dit « des trois piliers ») ; 2) la couverture maladie et accident ; 3) les allocations de maternité ; 4) les indemnités pour perte de gain due au service militaire ; 5) l'assurance chômage ; et 6) les allocations familiales. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) supervise les questions relatives à la maladie, aux accidents, aux maladies professionnelles et à la maternité ; l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) se charge des rentes et gère les allocations familiales en coopération avec les autorités cantonales, et le Secrétariat d'État à l'Économie a la responsabilité globale des indemnités de chômage. Les conditions d'accès et les taux d'indemnisation pratiqués dans le cadre de certains systèmes de prestations suisses sont abordés dans l'encadré 1.2.

Le système de la protection sociale est financée au premier chef par les cotisations prélevées sur les revenus, à l'exception de l'assurance maladie, pour laquelle chaque assuré doit verser une prime à un fonds d'assurance privé –l'assurance maladie est obligatoire, mais chacun peut choisir librement l'organisme auquel il souhaite être affilié. Par ailleurs, la Confédération et les cantons cotisent à des degrés divers à plusieurs fonds d'assurance sociale, versent des indemnités complémentaires et prennent en charge les primes des personnes dont le revenu est très faible (voir OFAS, 2012, pour un aperçu détaillé de l'organisation et du financement du système de sécurité sociale de la Suisse).

Encadré 1.2. **Conditions d'accès et taux d'indemnisation pratiqués dans le cadre de certains systèmes de prestations suisses**

Indemnités de chômage

Tout demandeur d'emploi sollicitant des indemnités de chômage doit avoir cotisé pendant au moins douze mois au cours des deux années écoulées. Des dérogations sont possibles dans certains cas, par exemple si la personne concernée n'a pu travailler pour cause de formation, de maladie, d'accident ou de maternité, ou bien si elle cherche à reprendre une activité après un divorce, après avoir quitté l'assurance invalidité ou après avoir travaillé l'étranger. Si elle a quitté un emploi adapté à sa situation sans avoir la certitude d'en trouver un autre, elle risque une suspension de ses prestations pendant une durée de 6 à 12 semaines. L'accès aux indemnités de chômage requiert la recherche active d'un emploi, notamment au travers de mesures mises en place sur le marché du travail. Les bénéficiaires sont généralement tenus d'accepter toute proposition correspondant à leurs capacités, même si l'activité en question diffère de leur profession précédente. Ils ont toutefois la possibilité, dans les premiers temps de la période de chômage, de concentrer leurs recherches sur des emplois similaires à leur activité antérieure, sous réserve que les postes vacants soient suffisamment nombreux, et peuvent refuser un emploi dont la rémunération serait inférieure à 70 % de celle qu'ils percevaient auparavant.. Les individus âgés de moins de 30 ans doivent accepter toute offre d'emploi jugée raisonnable par le conseiller d'orientation de l'agence d'emploi. La durée des prestations de l'assurance chômage est liée à la période de cotisation : l'assuré peut percevoir au maximum de 200 à 520 journées d'indemnité, la prestation correspondant à 80 % (70 % pour un certain nombre d'exceptions) du salaire assuré, avec un plafond établi à 10 500 CHF (8 740 EUR) par mois (OFAS, 2012).

Prestations de maladie

Le système des assurances maladie comprend une assurance maladie obligatoire et une assurance facultative en vue de l'obtention d'indemnités. Un salarié est cependant protégé par la loi, et continue de percevoir une rémunération pendant la durée de son congé maladie, la collectifs peuvent offrir des conditions plus favorables dans de nombreux cas, grâce à des assurances collectives prévoyant le versement d'indemnités journalières (voir le chapitre 2). Les assurances maladie sont fournies par des caisses et des organismes privés reconnus, sous le contrôle de l'OFSP.

Rentes d'invalidité

Les rentes d'invalidité s'inscrivent dans un système à trois piliers (comme les prestations de vieillesse et les rentes de réversion). Le premier, qui vise à couvrir les besoins fondamentaux des bénéficiaires, est obligatoire pour tous, y compris les travailleurs indépendants et ceux qui n'ont pas d'activité rémunérée. Le deuxième pilier est obligatoire pour les employeurs et les employés exclusivement, et le troisième correspond à un régime non obligatoire. L'assurance invalidité est organisée et mise en œuvre par les 26 offices cantonaux de l'AI, sous la supervision administrative et financière de l'OFAS.

Encadré 1.2. **Conditions d'accès et taux d'indemnisation pratiqués dans le cadre de certains systèmes de prestations suisses** *(suite)*

Assurance invalidité : 1er pilier

Toute personne domiciliée en Suisse ou exerçant une activité rémunérée dans le pays doit souscrire une assurance invalidité obligatoire. Peut prétendre à une rente d'invalidité celui ou celle dont la capacité de gagner sa vie ou d'accomplir les activités usuelles ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation et souffrant d'une incapacité de travail d'au moins 40 %. Le bénéficiaire perçoit la rente d'invalidité dans son intégralité si l'incapacité de travail est d'au moins 70 %, il en perçoit les trois-quarts pour une incapacité de travail d'au moins 60 %, la moitié pour une incapacité de travail d'au moins 50 % et le quart pour une incapacité de travail d'au moins 40 %.

Le versement des prestations d'invalidité commence au plus tôt six mois après que l'assuré a soumis sa demande. Dans l'intervalle, ce dernier peut bénéficier de mesures d'intervention précoce, axées sur le maintien de la personne dans son emploi ou sur son reclassement. Il ne s'agit pas d'indemnités journalières, mais de mesures d'adaptation du poste de travail, de stages de formation, de services d'aide au placement, de réadaptation socio-professionnelle, etc. S'il est établi au cours de cette période que la personne peut recouvrer sa capacité de gain, elle ne pourra percevoir une rente d'invalidité, mais pourra bénéficier de mesures de reclassement et d'indemnités journalières pendant une période d'un an au maximum. Voir le chapitre 3 pour un examen plus détaillé des conditions d'accès aux prestations et des mesures d'intervention.

Assurance invalidité : 2e pilier

Toute personne de plus de 17 ans qui occupe un emploi et qui perçoit, chez un seul employeur, un salaire annuel supérieur à 20 880 CHF (17 378 EUR) doit obligatoirement souscrire, au titre du deuxième pilier, une assurance couvrant les risques d'invalidité et de décès. Les personnes sans emploi sont couverts également, mais les conditions sont plus restrictives ; il existe également une assurance facultative pour les indépendants. La définition de l'invalidité est la même que pour le premier pilier, mais les assureurs ont le droit d'opter pour une acception plus large. Là encore, c'est le degré d'incapacité de travail qui détermine le type de prestation dont bénéficiera le demandeur : un quart de la rente pour une incapacité de travail d'au moins 40 %, la moitié pour une incapacité de travail d'au moins 50 %, trois quarts pour une incapacité de travail de 60 %. Seules les personnes présentant une incapacité de travail de plus de 70 % peuvent prétendre à une rente entière. La prestation d'invalidité du deuxième pilier peut se voir réduite si, ajoutée à d'autres revenus et indemnités, elle dépasse 90 % du revenu annuel dont l'assuré est privé du fait de son incapacité de travail.

Conclusions

Les informations dont on dispose permettent de dégager les points clés ci-après :

- Le marché du travail de la Suisse se caractérise par une certaine souplesse, avec un taux d'emploi élevé et un taux de chômage faible ; il a très peu souffert de la récession économique récente. Par ailleurs, la situation sur le marché du travail des personnes atteintes de troubles mentaux est remarquablement bonne, et le taux de pauvreté dans cette catégorie de population est plus faible que dans la majorité des autres pays de l'OCDE.
- Malgré d'excellents résultats en matière d'emploi, la proportion de bénéficiaires d'une rente d'invalidité a augmenté régulièrement jusqu'en 2006, ce qui a eu pour effet de consacrer d'importants moyens publics aux prestations pour maladie et invalidité. Les troubles mentaux sont devenus la première cause de demande de rente d'invalidité, et ont représenté 38 % des nouvelles demandes en 2012.
- D'importantes réformes de l'assurance invalidité, renforçant le principe d'une réadaptation avant l'octroi de prestations et privilégiant les mesures d'intervention précoce, ont permis de freiner la hausse des nouvelles demandes de rente ; toutefois, la proportion des demandes motivées par une pathologie mentale continue d'augmenter, ce qui demeure problématique.

Notes

1. Selon la définition qu'en donne le présent rapport, les troubles mentaux n'incluent pas les déficiences intellectuelles ; celles-ci comprennent divers déficits intellectuels, dont 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 sont pas traitées non plus dans ce rapport.
2. Dans la présente étude, les coûts indirects comprennent les pertes de productivité et le coût des prestations ; les coûts médicaux directs englobent les biens et services liés à la prévention, au diagnostic et au traitement des troubles ; les coûts directs non médicaux concernent tous les autres biens et services en rapport avec ces troubles, comme les services sociaux.

Références

Gustavsson, A. et al. et CDBE 2010 Study Group (2011), « Cost of Disorders of the Brain in Europe 2010 », *European Neuropsychopharmacology,* vol. 21, pp. 718-779.

OCDE (2012a), *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264124561-fr.

OCDE (2012b), *Perspectives de l'emploi de l'OCDE 2012*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2012-fr.

OFAS (2012), *Aperçu de la sécurité sociale suisse*, Office fédéral des assurances sociales, Berne.

Chapitre 2

Conditions de travail et gestion des maladies en Suisse

Les employeurs sont les mieux placés pour aider les personnes en activité à faire face aux problèmes de santé mentale et à conserver leur emploi. Le présent chapitre décrit en premier lieu le lien entre mauvaise santé mentale et conditions de travail, baisse de productivité et absences pour maladie. Il examine ensuite les stratégies de prévention des risques psychosociaux au travail, ainsi que les stratégies de gestion des maladies adoptées par les entreprises suisses. Il se termine par un examen de la responsabilité financière des employeurs suisses dans les cas d'absence pour maladie.

De plus en plus d'indices permettent de conclure que le fait d'occuper un emploi exerce des effets positifs sur la santé mentale, en procurant statut social, garantie de revenu, structure temporelle, sentiment d'identité et d'accomplissement. Toutefois, des emplois de piètre qualité ou un climat professionnel psychologiquement malsain peuvent compromettre la santé mentale et, partant, rendre plus précaire la situation des individus concernés sur le marché du travail. L'environnement de travail est dès lors une cible privilégiée pour améliorer et poursuivre l'insertion sur le marché du travail des personnes atteintes de problèmes mentaux, et une réaction rapide en cas d'absence pour maladie est essentielle.

Conditions de travail et mauvaise santé mentale

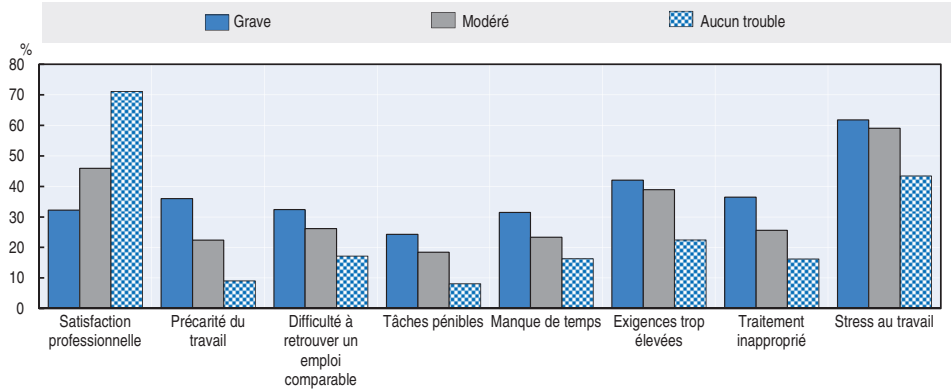
En s'appuyant sur les disponibles concernant plusieurs pays de l'OCDE, l'étude menée par cette dernière sur la santé mentale et le travail et intitulée *Mal-être au travail ?* (OCDE, 2012) aboutit aux conclusions suivantes : i) les travailleurs atteints d'un trouble mental perçoivent leur emploi comme étant de piètre qualité ; ii) la tension au travail peut avoir d'importantes répercussions négatives sur la santé mentale du travailleur ; iii) la tension au travail auto déclarée s'est accrue avec le temps dans la plupart des professions ; et iv) une bonne gestion est l'un des facteurs clés permettant de garantir la qualité de l'emploi et l'atténuation des risques pour la santé mentale au travail.

Les données issues de l'Enquête suisse sur la santé de 2007 vont dans le sens de ces constatations. Les personnes atteintes d'un trouble mental grave ou modéré sont en moyenne beaucoup moins satisfaites de leur emploi, leur sentiment de précarité est plus fort, et elles semblent souffrir plus souvent de tension au travail (graphique 2.1). Elles sont également plus susceptibles de déclarer qu'il leur serait très difficile de trouver un emploi comparable en cas de licenciement. En outre, les travailleurs atteints d'un trouble mental déclarent plus souvent effectuer des tâches pénibles et répétitives, disposer d'insuffisamment de temps pour réaliser toutes les tâches requises, être confrontés à des exigences professionnelles trop élevées, et être traités de façon incorrecte.

De simples associations entre les conditions de travail et l'état de santé mentale ne sont cependant pas suffisantes pour établir un lien de causalité. Elles peuvent par contre illustrer le fait que les travailleurs ayant une santé mentale déficiente sont moins susceptibles de trouver un emploi de bonne qualité ou perçoivent leurs conditions de travail comme étant de moins bonne qualité. Néanmoins, les nombreuses publications sur ce sujet (voir par exemple la méta-analyse de Stansfeld et Candy, 2006) fournissent des preuves sérieuses des effets directs d'une forte tension au travail et d'autres conditions de travail sur la santé mentale.

Graphique 2.1. **Les caractéristiques en milieu de travail sont étroitement liées à la santé mentale**

Part des personnes qui répondent positivement à diverses questions sur les conditions de travail, selon la gravité du trouble mental, 2007



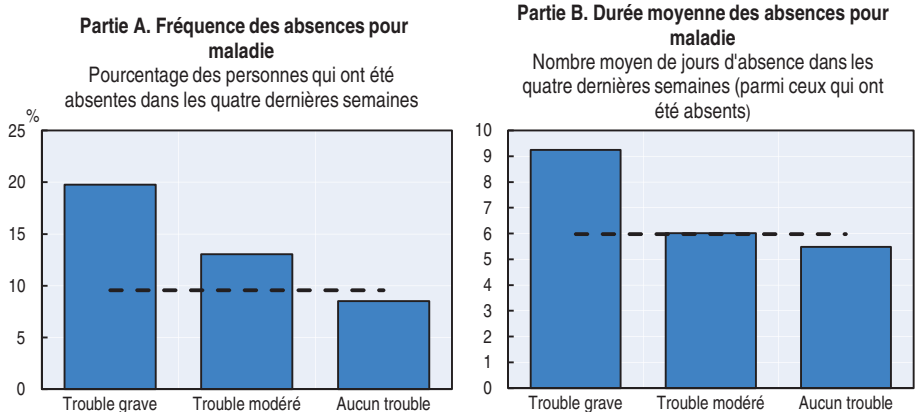
Source : Calculs effectués par l'OCDE à partir de l'Enquête suisse sur la santé, 2007.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932929948

En retour, les problèmes de santé mentale ont également des conséquences sur la productivité des travailleurs. Les données issues de l'Enquête suisse sur la santé révèlent que les travailleurs atteints d'un trouble mental grave prennent plus de congés maladie que les personnes qui ont une bonne santé mentale : sur une période de quatre semaines, les absences pour maladie sont plus fréquentes (20 %, contre moins de 10 % pour les personnes sans trouble de ce type), et en moyenne, leur durée est plus longue (neuf jours comparés à 5.5 jours) (graphique 2.2). Chez les employés atteints de troubles mentaux modérés, cependant, l'incidence et la durée des congés maladie sont nettement plus proches de celles des personnes sans problème de santé mentale. Les données d'autres pays de l'OCDE suggèrent en outre qu'une moins bonne productivité au travail (c'est-à-dire pour les personnes qui ne prennent pas de congés maladie) est bien plus fréquemment observée parmi les individus souffrant d'un trouble mental grave ou modéré (OCDE, 2012). En outre, leurs supérieurs hiérarchiques subissent une plus grande tension et la cohésion de l'équipe est affectée (Baer et al., 2011).

Graphique 2.2. **La fréquence et la durée des absences augmentent avec les problèmes de santé mentale**

Fréquence des absences pour maladie (en %) et durée moyenne des absences (en jours), selon la gravité du trouble mental, 2010.



Source : Calculs effectués par l'OCDE à partir de l'Enquête suisse sur la santé, 2007.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932929967*

Comme leurs supérieurs et leurs collègues (et bien souvent les intéressés eux-mêmes) comprennent mal les maladies mentales et les besoins spécifiques des travailleurs atteints de troubles mentaux, les faibles niveaux de productivité des personnes concernées sont souvent interprétés comme un manque de motivation ou de compétence, ce qui accroît les risques de licenciement. Toutefois, il est reconnu qu'un bon encadrement et un style de gestion adapté font partie des facteurs les plus importants pour promouvoir un bon environnement de travail (Kelloway et Barling, 2010), constatation d'ailleurs confirmée récemment dans un bulletin de la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (CFST, 2012). Comme mentionné dans *Mal être au travail ?* (OCDE, 2012), le rôle du supérieur hiérarchique est encore plus important pour les personnes atteintes de troubles mentaux, qui sont plus nombreuses à déclarer être insuffisamment respectées et reconnues au travail. Pourtant, une enquête menée par Baer et al. (2011) auprès de cadres dirigeants dans les cantons de Bâle-Ville et Bâle-Campagne révèle que les dirigeants rencontrent d'importantes difficultés à gérer les employés ayant des problèmes de santé mentale, et que trop souvent ils « règlent » le problème en licenciant le travailleur concerné. Leur étude suggère également que les dirigeants manquent d'aide et d'information sur la façon de conserver les employés ayant des problèmes psychologiques.

Prendre en compte les risques psychosociaux au travail

Les employeurs sont contraints par la loi de prendre toutes les mesures appropriées nécessaires pour protéger la santé des employés (Article 6 de la Loi fédérale sur le travail). La protection de la santé mentale est spécifiquement mentionnée et les facteurs de risque des problèmes psychosociaux, notamment la tension au travail, et leurs effets potentiels sur la santé mentale sont abordés en détails dans cette loi (Ordonnance 3 relative à la Loi sur le travail, Article 2)[1]. Toutefois, contrairement aux risques physiques, il n'existe aucune disposition explicite dans la Loi sur le travail concernant la façon dont les employeurs doivent identifier et évaluer les risques pour la santé mentale au travail. Les pratiques varient donc fortement d'une entreprise à l'autre.

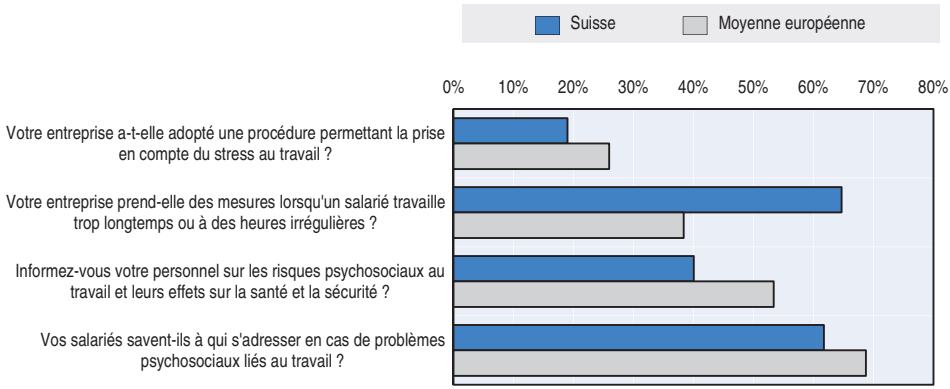
Ce sont principalement les cantons qui contrôlent le respect de la législation du travail[2], mais ils n'exercent qu'un suivi très limité des problèmes psychosociaux sur le lieu de travail. Les cantons emploient 194 inspecteurs du travail, dont la coordination est assurée par le Secrétariat d'État à l'Économie (SECO). Suite à plusieurs études portant sur les conséquences négatives d'un climat de travail psychologiquement malsain (Ramaciotti et Perriard, 2000 ; Strub et Schär Moser, 2008, par exemple), le SECO a publié en 2009 un guide à l'intention des inspecteurs du travail cantonaux afin de les former à identifier les facteurs de risque pour la santé mentale dans une société et à intervenir auprès des entreprises qui ne respectent pas la législation sur le travail (SECO, 2009). Lorsqu'il est possible d'établir que la santé des employés est affectée de manière négative par les conditions de travail, l'inspecteur du travail peut demander l'intervention d'un spécialiste de la prévention. Toutefois, comme les modalités des inspections ne permettent pas, en règle générale, de repérer facilement les facteurs de stress psychosocial, il n'est pas simple pour les inspecteurs du travail de détecter les problèmes lors des visites de contrôle, et il est rarement possible de prouver l'existence de pratiques d'encadrement inappropriées ou une négligence de la part de l'employeur. De plus, seules 7 % des entreprises sont visitées par les inspecteurs chaque année, principalement dans les secteurs présentant des risques élevés d'accidents. Dans l'ensemble, la pression exercée par les inspections du travail sur les entreprises concernant la prise en compte des risques psychosociaux au travail est perçue comme étant beaucoup moins forte que dans certains pays de l'Union européenne (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, 2010).

Une étude menée par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (2010) examine dans quelle mesure les entreprises en Suisse et dans d'autres pays européens abordent les risques psychosociaux au travail. Les

résultats révèlent que moins d'une entreprise sur cinq en Suisse dispose d'une procédure de prise en compte du stress au travail, alors qu'elles sont en moyenne une sur quatre en Europe (graphique 2.3). En outre, les entreprises suisses fournissent généralement moins d'informations à leurs employés sur les risques psychosociaux au travail et leurs effets sur la santé, ou sur les personnes à contacter lorsque de tels problèmes surviennent. En revanche, les entreprises suisses prennent plus facilement les mesures nécessaires lorsque des employés travaillent trop longtemps ou à des heures irrégulières.

Graphique 2.3. **Les entreprises suisses portent moins d'attention à la gestion des risques psychosociaux que celles des autres pays**

Part des entreprises qui ont répondu positivement aux questions, 2009



Source : Compilation de l'OCDE à partir de l'Enquête auprès des entreprises sur les risques nouveaux et émergents (ESENER) de 2009 menée par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, https://osha.europa.eu/sub/esener/en.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932929986*

Le rapport mentionne également qu'en moyenne seules 3 % des entreprises de l'échantillon (l'ensemble des pays de l'Union européenne) disent mettre en place une gamme complète de dispositifs de gestion des risques psychosociaux[3], alors que les établissements ne prévoyant rien représentent 12 %. Pour ce qui est de la gestion des risques physiques, les pourcentages sont 13 % et 2 % respectivement. La gestion des risques psychosociaux apparaît ainsi moins bien prise en compte au niveau organisationnel que les risques généraux.

Plusieurs campagnes de sensibilisation au stress et au harcèlement sexuel au travail ont déjà été menées à l'échelle du pays, mais peu de choses sont entreprises autour des questions relatives à la santé mentale et au travail

de manière plus générale. En 2008, le SECO, la SUVA et la Fédération suisse des psychologues (FSP) ont créé une plateforme Internet dédiée au stress au travail, qui propose des informations aux employeurs et aux employés[4]. Par ailleurs, Promotion Santé Suisse – une fondation publique semi-autonome active dans le domaine de la promotion de la santé – et l'assureur accidents SUVA proposent des directives et des formations sur la prise en compte du stress au travail et sur la prévention de l'épuisement professionnel. La SUVA propose une analyse des ressources et du stress spécifique à chaque entreprise qui peut constituer la base pour des mesures de gestion préventive. Enfin, Promotion Santé Suisse a élaboré un label « Friendly Work Space » pour les entreprises particulièrement actives et performantes dans ce domaine[5], et soutient un réseau grâce auquel les entreprises peuvent partager les bonnes pratiques dans le domaine de la promotion de la santé au travail (qui concerne également les aspects psychosociaux)[6].

En dépit de ces initiatives, des améliorations restent possibles. Les assureurs accidents de Suisse ne considèrent généralement pas les troubles mentaux comme des maladies professionnelles donnant droit à une indemnisation. En fait, une maladie mentale ne peut être considérée comme professionnelle que s'il peut être prouvé que le travail est la principale cause de la maladie – « principale » signifiant au moins 75 % de la cause (comparés à 50 % pour les maladies professionnelles reconnues). Ceci est virtuellement impossible à prouver pour la presque totalité des maladies mentales, y compris les maladies liées au stress (pour les mêmes raisons, les troubles musculosquelettiques sont eux aussi rarement reconnus comme maladie professionnelle en Suisse). La SUVA considère ces maladies comme des « ennuis de santé en lien avec le travail », c'est-à-dire des problèmes de santé qui sont affectés et potentiellement aggravés par le travail, mais pas causés par celui-ci. Pour toutes ces maladies, l'accent est mis sur la prévention et elles ne génèrent aucune indemnité d'accident du travail. La situation est bien différente dans d'autres pays, qui ont progressivement vu ces dernières années les maladies mentales devenir les principales maladies professionnelles donnant droit à des indemnités. En Australie par exemple, un tiers des coûts des systèmes d'indemnisation des travailleurs concernaient les maladies mentales en 2011.

Gestion des maladies sur le lieu de travail

La plupart du temps, les problèmes ne deviennent visibles que lorsque les employés prennent des arrêts de travail de longue durée et/ou de manière répétée. Pourtant, lorsqu'elles sont fréquentes et prolongées, les absences pour maladie peuvent rapidement devenir un obstacle majeur au maintien ou au retour au travail des bénéficiaires. Une analyse détaillée de l'ensemble des

bénéficiaires d'indemnités de l'assurance invalidité atteints de troubles mentaux, menée par Baer et al. (2009), révèle que les signes avant-coureurs les plus communs annonçant des demandes de prestations de l'assurance invalidité sont, outre l'apparition de symptômes psychosociaux ou somatoformes, l'absentéisme, les problèmes relationnels avec les collègues et des changements d'employeur inhabituellement fréquents. Un suivi systématique des congés maladie et une intervention précoce sont ainsi nécessaires afin d'empêcher que les personnes atteintes de troubles mentaux se coupent du marché du travail, voire que s'instaure chez elles une dépendance à l'égard des rentes d'invalidité de longue durée. Plus le soutien intervient à un stade précoce, meilleures sont les chances d'éviter une aggravation de la maladie ou une comorbidité avec des troubles somatiques ou d'autres troubles mentaux – deux facteurs qui rendent particulièrement difficile la réinsertion sur le marché du travail. Reconnaissant l'existence de cette situation, les récentes réformes de l'assurance invalidité ont mis l'accent sur l'identification précoce et l'intervention rapide (voir le chapitre 3).

Il n'existe en Suisse aucune obligation légale exigeant des employeurs qu'ils s'investissent activement dans la gestion des maladies ou qu'ils soutiennent le retour au travail des employés après une longue période d'arrêt maladie. La gestion des risques liés à la maladie et à l'invalidité est de plus en plus courante en Suisse, mais les pratiques des services de ressources humaines dans ce domaine varient fortement d'une entreprise à l'autre. Une étude menée auprès de huit entreprises de secteurs distincts et de tailles différentes donne à penser que, si de nombreuses entreprises mettent en place un suivi individualisé après environ un mois d'absence, d'autres attendent parfois deux, voire trois mois avant d'agir (Geisen et al., 2008). L'étude révèle également qu'il est très important pour les entreprises de relever et de suivre systématiquement les absences pour maladie de leurs employés. Pourtant, les recherches relatives à la gestion des maladies dévoilent que de multiples absences de courte durée ne sont bien souvent pas comptabilisées (Kern et al., 2009).

Les prestataires d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie proposent souvent toute une gamme de services de prévention et de réinsertion – l'encadré 2.1 fournit un exemple de bonne pratique avec Helsana, première assurance santé privée de Suisse. Certaines données empiriques suggèrent toutefois que, suite aux importants efforts fournis par l'assurance invalidité publique en matière de détection précoce (voir le chapitre 3), les assureurs privés ont de nouveau réduit leur activité dans ce domaine.

Les entreprises ont désormais la possibilité d'informer l'assurance invalidité des éventuelles maladies invalidantes. Malgré les avantages que l'employeur peut éventuellement en retirer – absences moins fréquentes et

retour au travail plus rapide des salariés en cause (Müller, 2007) – cette option est rarement mise en œuvre dans le cas de problèmes psychologiques (Baer et al., 2011). Une enquête représentative réalisée par l'Office fédéral des assurances sociales indique que, si la majorité des employeurs suisses ont conscience du rôle de l'assurance invalidité en matière de réinsertion, un petit nombre d'entre eux seulement connaissent bien les mesures d'incitation à la réinsertion dont ils peuvent bénéficier (OFAS, 2012). En particulier, les caisses d'assurance invalidité peuvent fournir des conseils et des aides, ainsi qu'un remboursement des coûts entrainés par la hausse des taux de cotisation de l'assurance indemnités journalières (voir ci-après). Au vu de l'influence positive que les contacts personnels avec les offices cantonaux d'invalidité semblent avoir sur les taux de réinsertion, l'Office fédéral des assurances sociales a lancé une campagne d'information afin d'inciter les employeurs à se familiariser davantage avec les instruments de réinsertion professionnelle, à améliorer l'idée qu'ils se font de l'assurance invalidité et à renforcer leurs contacts personnels avec les offices cantonaux[7].

Encadré 2.1. **Services de prévention et de réinsertion proposés par Helsana**

Helsana, première assurance santé privée de Suisse, fournit des services de prévention et de réinsertion à ses clients, c'est-à-dire aux entreprises. Les sociétés bénéficient d'une aide pour la mise en place d'un environnement de travail sain grâce à l'évaluation des facteurs de risque (y compris des facteurs qui peuvent générer des problèmes de santé mentale) et à l'élaboration d'un plan de prévention. Helsana propose également un suivi individualisé des employés qui éprouvent des difficultés à revenir au travail après un accident ou une maladie, sur demande de l'employeur ou de l'employé lui-même. Après généralement 30 jours d'absence pour maladie, un gestionnaire de cas d'Helsana entre en contact avec l'employé et l'accompagne dans son retour au travail. Ce soutien consiste principalement en une coordination des différents acteurs impliqués, à savoir l'employé, l'employeur, les médecins et l'assureur, mais il peut également s'agir d'un encadrement professionnel (en partie en collaboration avec les caisses d'assurance invalidité), d'une aide à l'adaptation de l'emploi ou de l'environnement professionnel, d'un soutien à la réorientation ou à la reconversion.

Il n'existe pas de statistiques sur le nombre d'entreprises qui utilisent ces services, mais des données empiriques suggèrent qu'il s'agit principalement des entreprises qui connaissent des coûts élevés dus à de forts taux d'absentéisme, une forte rotation des effectifs, des dépenses de santé élevées et des problèmes de recrutement.

Responsabilité financière de l'employeur

Lorsqu'un employé tombe malade, l'employeur est obligé de continuer à lui verser son salaire, la durée minimale étant fonction de l'ancienneté de l'employé (tableau 2.1). Le versement du salaire ne peut être interrompu en cas de

licenciement, sauf si celui-ci relève de la responsabilité de l'employé. Par ailleurs, le Code civil suisse (Art. 336c) interdit à un employeur de licencier un employé – après la période d'essai – si ce dernier est totalement ou partiellement dans l'incapacité de travailler du fait d'une maladie ou d'un accident pendant : i) 30 jours pour les employés dont l'ancienneté est inférieure à un an ; ii) 90 jours pour les employés dont l'ancienneté est comprise entre un et cinq ans ; et iii) 180 jours pour les employés dont l'ancienneté est supérieure ou égale à six ans. Ces périodes sont aussi longues, et généralement plus longues, que la période obligatoire de versement des salaires.

Tableau 2.1. **La période de paiement du salaire varie en fonction de l'ancienneté**

Durée de la période de paiement du salaire en Suisse en fonction de l'ancienneté, trois échelles différentes

Ancienneté	Echelle de Berne[a]	Echelle de Zurich[b]	Echelle de Bâle[c]
3-12 mois	3 semaines	3 semaines	3 semaines
2 ans	4 semaines	8 semaines	9 semaines
3 ans	9 semaines	9 semaines	9 semaines
4 ans	9 semaines	10 semaines	13 semaines
5 ans	13 semaines	11 semaines	13 semaines
6 ans	13 semaines	12 semaines	13 semaines
7 ans	13 semaines	13 semaines	13 semaines
8 ans	13 semaines	14 semaines	13 semaines
9 ans	13 semaines	15 semaines	13 semaines
10 ans	17 semaines	16 semaines	13 semaines
11 ans	17 semaines	17 semaines	17 semaines
15 ans	22 semaines	21 semaines	17 semaines
20 ans	26 semaines	26 semaines	22 semaines
21 ans	26 semaines	27 semaines	26 semaines
25 ans	30 semaines	31 semaines	26 semaines
30 ans	33 semaines	36 semaines	26 semaines
35 ans	39 semaines	41 semaines	26 semaines
40 ans	39 semaines	46 semaines	26 semaines

a. L'échelle de Berne est utilisée dans les cantons suivants : Berne, Lucerne, Zoug, Fribourg, Soleure, Saint-Gall, Argovie, Vaud, Valais, Genève, Neuchâtel, Jura, Obwald, Nidwald, Schwytz, Glaris, Uri, Tessin, Grisons.

b. L'échelle de Zurich est utilisée dans les cantons suivants : Appenzell Rhodes-Intérieures, Appenzell Rhodes-Extérieures, Zurich, Schaffhouse, Thurgovie.

c. L'échelle de Bâle est utilisée dans les cantons suivants : Bâle-Campagne, Bâle-Ville.

Source : Conseil fédéral (2009), *Évaluation du Système d'Assurance d'Indemnités Journalières en Cas de Maladie et Propositions de Réforme*, Rapport du Conseil fédéral en réponse au Postulat 04.3000 de la Commission de la Sécurité sociale et de la Santé publique du Conseil national, du 16 janvier 2004.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932930442*

Des conditions plus favorables que celles exigées par la loi en matière de période de prise en charge du salaire et de protection contre les licenciements peuvent être établies dans un contrat de travail individuel ou des conventions collectives. Selon l'Enquête sur les conventions collectives de travail en Suisse menée en 2009 par l'Office fédéral de la statistique, 67 % des conventions collectives concernant au moins 1 500 employés (pas nécessairement dans la même société) offrent des conditions plus favorables en termes de durée de prise en charge du salaire. Ces dispositions s'appliquent à 74 % des employés couverts par ces conventions, soit environ 25 % de l'ensemble des salariés de Suisse. Dans la plupart des cas, la durée de la période de paiement du salaire ne dépend pas de l'ancienneté et couvre soit la totalité du salaire (dans 27 % des conventions collectives examinées durant l'enquête) soit une partie dégressive de celui-ci (dans 28 % de l'ensemble des conventions). Les protections supplémentaires contre les licenciements en cas de maladie sont moins répandues : seules 31 % des conventions collectives offrent de meilleures conditions à cet égard, ce qui représente à peine 7 % de l'ensemble des salariés en Suisse (tableau 2.2).

Du fait de sa responsabilité financière potentiellement longue à l'égard des salariés malades, l'employeur est généralement assuré, par le biais d'un contrat d'assurance collective, contre le risque d'obligation de paiement du salaire pendant une longue période, mais certaines grandes entreprises et certains services publics choisissent de ne pas s'assurer car ils ont la capacité de gérer ce risque en interne (Conseil fédéral, 2009). L'assurance maladie d'indemnités journalières est réglementée par deux législations, la Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) et la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), mais il n'existe pas de cas « standard » car les dispositions des assurances varient beaucoup d'une société à l'autre et d'un salarié à l'autre, en fonction du contrat de travail et d'assurance, ainsi que des conventions collectives (voir l'encadré 2.1 pour plus de détails). Il n'est également pas possible d'estimer un taux de couverture des indemnités journalières parmi les salariés, car les assureurs ne reçoivent des informations que sur la masse salariale totale de la société. Néanmoins, il ressort de l'Enquête de 2009 sur les conventions collectives de travail que 82 % des conventions collectives couvrant au moins 1 500 salariés obligent les sociétés à conclure un contrat d'assurance collective, ce qui concerne environ 22 % de l'ensemble des salariés en Suisse (voir le tableau dans l'encadré 2.2), et 13 % des conventions collectives recommandent ces assurances collectives à leurs sociétés membres.

Tableau 2.2. **La majorité des conventions collectives offrent de meilleures conditions en cas de maladie que celles exigées par la loi**

Conventions collectives de travail (secteur privé et public)[a] couvrant au moins 1 500 employés et offrant davantage que le minimum légal en termes de période de paiement du salaire et de protection contre le licenciement en cas de maladie, 2009

	Conventions collectives		Salariés couverts		
	Nombre	% du total	Nombre[b]	% des salariés couverts par les conventions collectives	% du nombre total de salariés en Suisse
Nombre total de conventions collectives[a]	98		1 390 900		
Période de versement du salaire[c]	66	67%	1 034 000	74%	25%
En fonction de l'ancienneté	8	8%	338 900	24%	8%
Salaire plein pendant une période limitée	26	27%	155 800	11%	4%
Salaire partiel ou dégressif pendant une période limitée	27	28%	504 000	36%	12%
Autres[d]	5	5%	35 300	3%	1%
Protection contre le licenciement en cas de maladie	30	31%	294 000	21%	7%
Pendant une période limitée	3	3%	15 400	1%	0%
En fonction de l'ancienneté	8	8%	83 000	6%	2%
En fonction du droit au versement continu du salaire	4	4%	32 000	2%	1%
En fonction des droits prévus dans l'assurance	5	5%	82 400	6%	2%
Autres[e]	10	10%	81 200	6%	2%

a. Il s'agit d'une sélection de conventions collectives de travail (secteur privé et public) ayant des dispositions prescriptives, couvrant au moins 1 500 salariés (98 conventions et 1 390 900 salariés). En 2009 on comptait 602 conventions collectives normatives en Suisse, couvrant 1 533 100 salariés. Ne sont pas compris dans les données : les conventions collectives sans dispositions de fond (12 conventions collectives et 166 200 salariés) et le domaine du travail temporaire.

b. Les dispositions dans les conventions collectives peuvent s'appliquer à l'ensemble des salariés soumis à la convention, ou uniquement à un groupe particulier de salariés. Les statistiques fournies par l'Office fédéral de la statistique ne permettent pas de faire ce type de distinction.

c. Les différences entre les conditions peuvent porter sur une combinaison avec une indemnité journalière maladie (obligatoire, possible ou recommandée), ou sur un régime autre pour l'ensemble des salariés ou pour un groupe particulier.

d. Maintien de la rémunération dans les conventions collectives de travail ne prévoyant pas d'indemnités journalières en cas de maladie.

e. La protection additionnelle dépend d'une combinaison de facteurs, comme l'âge ou l'ancienneté du salarié et les dispositions de l'assurance.

Source : Calculs du secrétariat de l'OCDE d'après l'Enquête sur les conventions collectives de travail en Suisse menée en 2009 (Office fédéral de la statistique, OFS) ; nombre de salariés d'après l'Enquête suisse sur la population active.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932930461

Les individus peuvent également souscrire de manière volontaire à une assurance individuelle d'indemnités journalières – par exemple les travailleurs indépendants qui ne sont couverts par aucune assurance collective ou les salariés qui désirent une couverture complémentaire – mais les primes sont généralement bien plus élevées pour les contrats individuels car le risque peut être réparti sur un large groupe dans le cas des assurances collectives (Conseil fédéral, 2009). De ce fait, l'assurance individuelle ne joue pas un rôle très important. En 2010, 18 % des primes versées pour des contrats d'assurance relevant de la LAMal concernaient des contrats individuels (OFSP, 2012), et il ressort d'une enquête ad hoc menée en 2007 auprès des principaux assureurs par l'Office fédéral de la santé publique que les assurances individuelles jouent un rôle encore moins important parmi les contrats relevant de la LCA (Conseil fédéral, 2009).

Encadré 2.2. **Système d'indemnités journalières maladie en Suisse**

L'assurance sociale maladie comprend un système d'assurance maladie obligatoire et une assurance d'indemnités journalières optionnelle. Cette dernière est réglementée par deux législations : la Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) et la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). L'assurance maladie est principalement fournie par des assureurs privés, qui proposent les deux types d'assurance.

Législation

L'assurance d'indemnités journalières relevant de la LAMal est une assurance sociale qui est assujettie à quelques obligations : i) les sociétés d'assurance ne peuvent refuser de couvrir un individu âgé de 15 à 65 ans qui souhaiterait conclure un contrat d'assurance d'indemnités journalières ; ii) chacun doit être traité équitablement en ce qui concerne les primes, le niveau et la durée des prestations de maladie ; iii) la durée minimale des prestations de maladie doit être d'au moins 720 jours sur une période de 900 jours ; iv) les assureurs peuvent exclure les maladies déjà déclarées de la couverture, mais ces réserves prennent fin au plus tard après cinq ans d'affiliation ; et v) si un individu doit changer de société d'assurance car son contrat de travail prend fin, la nouvelle société d'assurance ne peut imposer de nouvelles réserves. La loi n'impose cependant aucun montant minimum en matière de prestations, et dans de nombreux cas les indemnités journalières sont très modestes (Conseil fédéral, 2009).

Les assurances d'indemnités journalières proposées dans le cadre de la LCA sont des assurances privées qui sont bien plus souples car les conditions se négocient directement avec la société d'assurance. Les assureurs ont le droit de refuser des demandes et d'exclure certaines maladies sans limites dans le temps, et les primes peuvent varier en fonction de l'âge, du sexe, de l'état de santé et d'autres critères. Les sociétés d'assurance ont également la possibilité d'ajuster leurs primes en fonction de l'évolution des risques. Comme les assurances LCA sont bien plus souples et mieux adaptées aux besoins des employeurs que les assurances LAMal, la plupart des contrats d'assurance d'indemnités journalières relèvent de la LCA, ce qui représente 92 % de l'ensemble des prestations de maladie en 2010 (OFSP, 2012).

Encadré 2.2. **Système d'indemnités journalières maladie en Suisse** *(suite)*

Contrats d'assurance collective

Bien que les assurances d'indemnités journalières soient optionnelles, un contrat de travail individuel ou une convention collective de travail peut les rendre obligatoires pour les salariés. Si une telle assurance est obligatoire pour le salarié, le Code civil Suisse (Art. 324b) et la juridiction imposent que l'employeur prenne en charge au moins 50 % de la prime (le reste est déduit du salaire de l'employé) et que les indemnités journalières équivalent à au moins 80 % du salaire - après trois jours de carence - pendant au moins 720 jours dans une période de 900 jours. L'assurance d'indemnités journalières est dans ce cas contractée sous la forme d'un contrat d'assurance collective par la société avec les mêmes conditions pour tous les salariés (Conseil fédéral, 2009).

Réglementation en matière d'indemnités maladie dans les conventions collectives de travail

Conventions collectives de travail (secteur privé et public)[a] couvrant au moins 1 500 salariés, 2009

	Conventions collectives		Salariés couverts		
	Nombre	% du total	Nombre[b]	% des salariés couverts par les conventions collectives	% du nombre total de salariés en Suisse
Nombre total de conventions collectives[a]	98	100%	1 390 900	100%	34%
Conventions qui obligent ou recommandent une assurance collective d'indemnités journalières	93	95%	1 355 600	97%	33%
Obligatoire	80	82%	915 400	66%	22%
Recommandée, possible	13	13%	440 200	32%	11%
Montant des indemnités journalières[c,d]					
Non défini	6	6%	107 400	8%	3%
Indemnités dégressives	6	6%	117 500	8%	3%
100% du salaire	7	7%	21 400	2%	1%
<100% du salaire (montant ou minimum fixe)	74	76%	1 109 200	80%	27%
Durée maximale des indemnités journalières[c,d]					
Non définie	8	8%	110 800	8%	3%
<= 720 jours	57	58%	963 100	69%	24%
>720 jours	28	29%	281 700	20%	7%
Partage du coût de la prime d'assurance					
Non défini	13	13%	104 600	8%	3%
Non défini mais au moins 50% pour l'employeur	13	13%	345 500	25%	8%
>50% pour l'employeur	11	11%	120 700	9%	3%
Part égale entre l'employeur et le salarié	47	48%	620 500	45%	15%
Autre[e]	9	9%	164 300	12%	4%

Encadré 2.2. **Système d'indemnités journalières maladie en Suisse** *(suite)*

a. Il s'agit d'une sélection de conventions collectives de travail (secteur privé et public) contenant des dispositions prescriptives et couvrant au moins 1 500 salariés (environ 98 conventions et 1 390 900 salariés). En 2009, on comptait en Suisse 602 conventions collectives normatives, couvrant 1 533 100 salariés. Ne sont pas compris dans les données : les conventions collectives sans dispositions de fond (12 conventions collectives et 166 200 salariés) et le domaine du travail temporaire.

b. Les dispositions des conventions collectives peuvent s'appliquer à l'ensemble des salariés relevant de la convention, ou uniquement à un groupe particulier d'employés. Les statistiques fournies par l'Office fédéral de la statistique ne permettent pas de faire la distinction.

c. Dispositions (obligatoires, possibles ou recommandées) prévues dans les conventions collectives concernant généralement les travailleurs ayant un contrat à durée indéterminée ou ayant exercé leurs fonctions pendant plus de trois mois après la fin de leur période d'essai. Le tableau n'inclut pas les conventions collectives qui fixent des conditions spécifiques pour certaines maladies ou affections définies pour un ou plusieurs groupes et pour des travailleurs ayant un statut particulier (contrats à durée déterminée ou travailleurs occupant leur poste depuis moins de trois mois, personnel auxiliaire, salariés en période d'essai, etc.).

d. Les dispositions contractuelles et les conditions générales d'assurance (réserves, couverture de l'assurance, délais d'attente, bonus, etc.) sont indispensables à l'établissement du contenu des contrats d'assurance et de la définition complète des prestations (montant/durée). Le tableau ne tient pas compte des variations liées au salaire journalier de référence convenu (composantes de la rémunération), des périodes de référence des prestations (par exemple 900 jours consécutifs), des limites et conditions spécifiques marquant le début ou la fin des prestations d'assurance, etc.

e. Cette catégorie inclut une répartition des coûts sous la forme d'un pourcentage du salaire ou d'une possibilité de remboursement.

Source : Calculs du secrétariat de l'OCDE d'après l'Enquête sur les conventions collectives de travail en Suisse menée en 2009 (Office fédéral de la statistique, OFS) ; nombre de salariés d'après l'Enquête suisse sur la population active.

Indemnités journalières en cas de licenciement

Alors qu'une assurance individuelle est indépendante du statut professionnel d'un individu, la couverture d'une assurance collective cesse normalement avec la fin du contrat de travail, même si certains autres arrangements sont possibles. En vertu des contrats d'assurance LAMal, les salariés ont la possibilité de passer sur un contrat d'assurance individuel offrant les mêmes conditions pour autant qu'ils continuent de payer la prime d'assurance. Avec les contrats LCA, cette possibilité n'existe pas, sauf indication expresse dans le contrat. Par contre, si le salarié perçoit des indemnités journalières maladie au moment de son licenciement, la société d'assurance est tenue de continuer à verser ces indemnités pendant toute la durée précisée dans le contrat d'assurance. Cependant, la majorité des contrats d'assurance LCA comprennent une clause limitant le versement des indemnités journalières à 30 jours après le licenciement (Conseil fédéral, 2009).

Pour résumer, même si la couverture exacte du système d'indemnités journalières maladie reste floue du fait d'un manque de données et des grandes différences entre les sociétés et les contrats d'assurance, la situation

semble impliquer que les individus souffrant de problèmes de santé mentale sont susceptibles d'être moins bien protégés en termes de droits aux prestations maladie et de réglementation liée aux procédures de licenciement en cas de maladie. Les personnes atteintes d'un trouble mental ont en moyenne une ancienneté moins importante et sont plus susceptibles d'occuper des emplois dont la durée est inférieure à dix ans (OCDE, 2012), elles éprouvent généralement davantage de difficultés à conserver leur emploi et ont tendance à changer fréquemment d'emploi (cette dernière situation est particulièrement vraie pour les personnes souffrant d'un trouble mental modéré). C'est pourquoi la période pendant laquelle elles sont protégées des licenciements, tout comme la durée de leurs droits aux indemnités maladie, sont plus courtes. Cette situation implique une diminution de la responsabilité des employeurs ainsi que des assureurs, et par conséquent une plus faible probabilité que ces personnes soient déclarées à l'assurance invalidité à un stade précoce – sauf si elles signalent elles-mêmes leur cas, ce qui n'est pas très probable non plus, car ces personnes ont rarement conscience de souffrir d'un trouble mental.

En principe, les coûts générés par de nombreuses absences pour maladie entraîneraient une augmentation des primes à la charge des employeurs, ce qui devrait théoriquement inciter ces derniers à faire de la prévention pour limiter les absences de longue durée et l'apparition d'incapacités dues à un mauvais état de santé[8]. Certaines observations ponctuelles montrent pourtant que ces primes modulées en fonction de l'historique de la situation n'ont qu'un impact limité sur la prévention et les interventions ; il semble en effet qu'en raison d'une vive concurrence sur le marché des assurances, les entreprises puissent changer facilement d'assureur et renégocier à cette occasion le montant de leur cotisation.

Conclusions

Le droit du travail en Suisse exige des employeurs qu'ils prennent les mesures nécessaires pour protéger la santé des salariés, y compris leur santé mentale. Les données dont on dispose laissent toutefois penser qu'ils accordent globalement moins d'attention à la gestion des risques psychosociaux au travail que ne le font en moyenne les entreprises de l'Union européenne, et que la pression exercée par l'inspection du travail pour inciter les employeurs suisses à prendre en compte ces risques est perçue comme étant moins importante. Ces dernières années, la sensibilisation aux problèmes de santé mentale sur le lieu de travail s'est accrue chez les inspecteurs du travail, mais il est rare qu'ils soient en mesure d'apporter la preuve de pratiques de gestion inappropriées ou de négligences au sein d'une entreprise, ce qui fait de ces inspections des outils de prévention assez peu efficaces.

Le suivi et la gestion des maladies constituent une phase critique pour une prise en charge rapide et efficace des problèmes de santé mentale. Cependant, le contexte suisse ne garantit pas le suivi, ni la bonne gestion, des absences pour maladie. Les employeurs n'ont aucune obligation légale dans ce domaine, et leur responsabilité financière à l'égard des salariés malades varie selon les contrats de travail et, le cas échéant, en fonction des conventions et des contrats d'assurance collectifs. De nombreux assureurs (et notamment les caisses d'assurance invalidité) proposent des services de prévention et de réinsertion, mais les aides disponibles et leur utilisation varient beaucoup d'une entreprise à l'autre. Il importe de souligner que les travailleurs atteints de problèmes de santé mentale, qui changent plus souvent d'emploi que la moyenne, sont désavantagés car la couverture des assurances – notamment le niveau et la durée des versements – est liée à l'ancienneté.

Mieux prendre en compte les risques psychosociaux au travail

- *Accroître la sensibilisation aux liens entre santé mentale et travail.* Organiser des campagnes nationales sur les causes et les conséquences de la mauvaise santé mentale au travail et fournir des informations et des formations afin d'aider entreprises et gestionnaires à prendre en compte les problèmes de santé mentale de leurs employés.

- *Mettre en place des dispositifs d'aide à l'intention des employeurs.* Développer des outils facilement accessibles et des principes directeurs à destination des employeurs sur ce qu'il faut évaluer et sur la façon de le faire, et également sur les moyens permettant d'éliminer ou d'atténuer les risques psychosociaux identifiés. Fournir l'aide d'experts externes si nécessaire, en particulier aux petites et moyennes entreprises.

- *Contrôler le respect de la législation du travail*. Plutôt que le suivi des *intrants* (conditions de travail et ressources, par exemple), les autorités suisses pourraient, afin de lutter contre les facteurs de risques psychosociaux au travail, assurer le suivi des *extrants* (comme les taux de rotation des effectifs et d'absences pour maladie). Une large diffusion de ces informations inciterait les entreprises à traiter correctement les problèmes qui se posent dans ce domaine.

- *Envisager de modifier la législation sur l'assurance accidents.* Actuellement, les maladies mentales ne sont pas reconnues comme maladies professionnelles. Il est nécessaire d'ouvrir un débat sur la reconnaissance partielle des troubles de santé mentale liés au travail

que ce dernier vient accentuer, à l'instar de ce qui se fait déjà, par exemple, en Australie. Accroître la responsabilité des assureurs accidents – qui jouissent d'une expérience précieuse et disposent d'outils efficaces (notamment le suivi individualisé) pour aider les salariés à garder leur emploi ou à reprendre le travail rapidement – serait souhaitable.

Renforcer la gestion et le suivi des absences pour maladie

- *Encourager le suivi des absences pour maladie.* Mettre en place des contrôles réguliers des certificats médicaux et exiger des employeurs qu'ils signalent à l'assurance invalidité les travailleurs connaissant de longues périodes d'absence (30 jours consécutifs) ou des absences régulières. Le non-respect de cette obligation devrait entraîner systématiquement une amende payable directement à la caisse d'assurance invalidité.
- *Améliorer les incitations financières.* Encourager une adoption plus large des primes modulables au titre des assurances indemnités journalières en cas de maladie, l'objectif étant d'inciter davantage les employeurs à gérer activement les absences pour maladie. Permettre aux assureurs de subordonner le montant des primes au respect, par les employeurs, de leurs obligations en matière de suivi et à la prise en compte des avis des assureurs concernant la gestion des absences pour maladie et du retour au travail des salariés après un congé maladie.
- *Améliorer l'accès à l'aide de professionnels pour les employeurs.* Les employeurs doivent avoir accès à des avis professionnels afin d'aider les salariés souffrant de problèmes mentaux à rester au travail ou à reprendre rapidement leur activité s'ils sont en arrêt maladie. Les services de médecine du travail doivent être développés de manière générale, et plus particulièrement dans le cadre des systèmes privés d'assurance maladie et de l'assurance invalidité publique.

Notes

1. Voir SECO (2011) pour un examen détaillé de la législation.
2. La SUVA, principale caisse d'assurance accidents (semi-)privée de Suisse, emploie également quelque 150 inspecteurs chargés de contrôler les violations de la Loi sur le travail dans les entreprises présentant un risque élevé pour la sécurité (environ 6 % de l'ensemble des sociétés en

Suisse) ; toutefois, ces inspecteurs ne sont généralement pas formés aux risques psychosociaux et n'ont dans ce domaine qu'un rôle marginal.

3. Les six aspects de la gestion des risques psychosociaux qui ont été inclus sont: 1) modification de l'organisation du travail ; 2) soutien confidentiel pour les salariés ; 3) mise en place d'une procédure de résolution des conflits ; 4) aménagement du temps de travail ; 5) refonte de l'aire de travail ; et 6) offre de formations.
4. www.stressnostress.ch. (consulté le 16 avril 2013).
5. www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Betriebliche_Gesundheitsfoerderung/Tipps_Tools/label/unser_anliegen.php?lang=e (consulté le 16 avril 2013).
6. www.quint-essenz.ch/en (consulté le 16 avril 2013).
7. www.bsv.admin.ch/themen/iv/00023/03200/index.html?lang=fr (consulté le 17 septembre 2013).
8. La variabilité des primes d'assurance en fonction du nombre de cas de maladies dans une compagnie particulière – également appelée modulation des cotisations – est examinée dans OCDE (2006).

Références

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (2010), « Enquête auprès des entreprises sur les risques nouveaux et émergents (ESENER) – Gestion de la santé et de la sécurité au travail », Union européenne, Luxembourg.

Baer, N., U. Frick, et T. Fasel (2009), « Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen: Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe » [Études de cas sur les rentes d'invalidité pour raisons psychologiques : une typologie des bénéficiaires, leurs troubles, leur stress et les processus d'exclusion], *FoP-IV Forschungsbericht*, n° 6/09, Office fédéral des assurances sociales, Berne.

Baer, N., U. Frick, T. Fasel et W. Wiedermann (2011), « "Schwierige" Mitarbeiter: Wahrnehmung und Bewältigung Psychisch Bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche – eine Pilotstudie in Basel-Stadt und Basel-Landschaft » [Les employés "difficiles" : perception et gestion par les employeurs et les directeurs des ressources humaines des situations liées à des problèmes psychologiques – Une étude pilote à Bâle-Ville et Bâle-Campagne],

FoP-IV Forschungsbericht, n° 1/11, Office fédéral des assurances sociales, Berne.

CFST (2012), *Communications de la Commission Fédérale de Coordination pour la Sécurité au Travail*, n° 74 (mai 2012), Lucerne.

Conseil fédéral (2009), *Évaluation du Système d'Assurance d'Indemnités Journalières en Cas de Maladie et Propositions de Réforme*, Rapport du Conseil fédéral en réponse au Postulat 04.3000 de la Commission de la Sécurité sociale et de la Santé publique du Conseil national, du 16 janvier 2004.

Geisen, T., A. Lichtenauer, C. Roulin, et G. Schielke (2008), « Disability Management in Unternehmen in der Schweiz » [Gestion du handicap dans les entreprises suisses], *FoP-IV Forschungsbericht* n° 03/08, Office fédéral des assurances sociales, Berne.

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

Kern, F., K. Zuercher et B. Dranuser (2009), « Détection Santé : Plusieurs Failles dans la Gestion des Absences Grèvent le Processus », Regards Des Gens et de Idées, *HR Today,* n° 01/2009, Planfayon.

Müller, R. (2007), « Détection et intervention précoces : un défi et une opportunité pour les employeurs », *Sécurité Sociale CHSS,* n° 06/2007, Office fédéral des assurances sociales, Berne.

OCDE (2012), *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264124561-fr.

OCDE (2006), *Maladie, invalidité et travail : surmonter les obstacles (vol. 1) Norvège, Pologne, Suisse,* Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264026346-fr.

OFAS (2012), *Perception de l'AI par les employeurs : analyse des résultats de l'enquête menée en janvier/février 2012*, Office fédéral des assurances sociales, Berne.

OFSP (2012), *Statistique de l'assurance maladie obligatoire 2010*, Office fédéral de la santé publique, Berne.

Ramaciotti, D. et J. Perriard (2000), *Les coûts du stress en Suisse*, Secrétariat d'État à l'économie, Berne.

SECO (2011), *Commentaire des ordonnances 3 et 4 relatives à la Loi sur le travail*, Secrétariat d'État à l'Économie, Berne.

SECO (2009), *Guide d'action par rapport aux facteurs de risques psychosociaux au travail*, Secrétariat d'État à l'Économie, Berne.

Stansfeld, S. et B. Candy (2006), « Psychosocial Work Environment and Mental Health – A Meta-Analytic Review », *Scandinavian Journal of Work and Health*, Vol. 32, Special Issue No. 6, pp. 443-462.

Strub, S. et M. Schär Moser (2008), *Risque et ampleur du harcèlement sexuel sur le lieu de travail : Une enquête représentative en Suisse alémanique et en Suisse romande*, Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes BFEG et Secrétariat d'État à l'Économie, Berne.

Chapitre 3

Privilégier les interventions plutôt que les prestations financières : une décennie de réformes dans l'assurance invalidité en Suisse

L'assurance invalidité suisse a connu, ces dix dernières années, une série de réformes ambitieuses nettement axées sur la santé mentale, dont l'objectif était de contenir la progression forte et constante du nombre de bénéficiaires souffrant de troubles mentaux. Le présent chapitre donne un aperçu de la nature de ces réformes, parmi lesquelles figurent l'instauration, à l'intérieur même du système d'assurance, de services médicaux pouvant prendre le pas sur les évaluations des médecins traitants ; il souligne la place faite désormais aux interventions précoces et à la réinsertion professionnelle des bénéficiaires de rentes d'invalidité ; il fournit également une première évaluation des effets constatés à ce jour. Au-delà des réformes, les modifications apportées à la législation et un débat public soutenu semblent avoir contribué à sensibiliser l'ensemble des acteurs et, partant, à réduire sensiblement le nombre de nouvelles demandes. D'importants défis subsistent néanmoins.

Jusqu'aux années 90, la proportion de bénéficiaires d'une rente d'invalidité était relativement faible en Suisse et seul un petit nombre d'entre eux percevait une allocation liée à un problème de santé mentale. Après 1990, le nombre global de bénéficiaires n'a cessé d'augmenter. Il est en recul depuis quelques années, mais la part des bénéficiaires atteints de troubles mentaux a continué de progresser. La hausse des prestations de l'assurance invalidité est à l'origine d'un déficit préoccupant dans la caisse d'assurance invalidité. Or, les disponibilités de cette dernière étaient partagées avec la caisse vieillesse, dont l'avenir s'est de ce fait trouvé menacé – compte tenu en particulier d'un contexte démographique marqué par le vieillissement de la population.

Cette situation a suscité diverses initiatives politiques et plusieurs réformes de l'assurance invalidité (AI) au cours de la décennie écoulée, le système n'étant désormais plus fondé sur des processus purement administratifs mais plutôt sur le principe d'intervention. Un ensemble de mesures financières et juridiques ont été mises en œuvre afin de stabiliser et de réduire les déficits financiers dus à l'augmentation du nombre de rentiers. On ne sait pas encore quelles mesures ont permis – et jusqu'à quel point – le recul récent du nombre de rentiers de l'assurance invalidité. D'autres pays pourraient tirer certains enseignements des changements introduits en Suisse, en particulier pour ce qui concerne l'intérêt de services médicaux reposant sur un système d'assurance ou d'une intervention précoce. Toutefois, le problème de l'exclusion du marché du travail liée aux troubles mentaux n'est pas réglé à ce jour.

Les troubles mentaux constituent un facteur déterminant de l'augmentation du nombre de demandes de rente d'invalidité

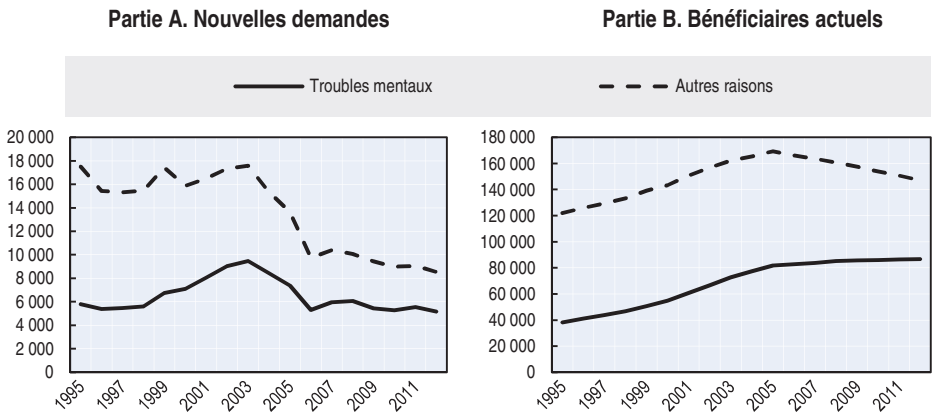
Le nombre de bénéficiaires de prestations de l'assurance invalidité n'a cessé d'augmenter en Suisse au cours des 20 dernières années – avec un pic en 2005 – et la plupart des demandes sont motivées par des problèmes de santé mentale. Bien que générale, cette augmentation a été particulièrement marquée dans certains cantons urbains, comme Bâle-Ville et Genève. Depuis 2003, les demandes liées à des troubles mentaux ont diminué, puis se sont stabilisées à un niveau proche de celui de 1995, alors que les demandes motivées par d'autres raisons sont tombées nettement en deçà de ce niveau (graphique 3.1). En conséquence, les personnes qui perçoivent une rente d'invalidité à cause d'un problème de santé mentale représentent aujourd'hui environ 40 % du total[1].

Étant donné l'augmentation régulière du nombre de bénéficiaires, la situation financière de l'assurance invalidité s'est dégradée à partir du milieu des années 90, avec pour résultat un déficit cumulé de 15 milliards CHF au

sein de la caisse vieillesse en 2010. Plusieurs mesures à court et à long termes ont été mises en œuvre ces dix dernières années afin d'équilibrer le budget de l'assurance invalidité et de libérer la caisse assurance vieillesse et survivants : i) création d'une assurance invalidité distincte, avec un capital de départ de 5 milliards CHF provenant de la caisse de l'assurance vieillesse et survivants ; ii) augmentation temporaire, entre 2011 et 2017, de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA), de 7.6 % à 8 %, afin de cofinancer la nouvelle caisse et de ramener à l'équilibre le déficit annuel de la caisse d'assurance invalidité, qui atteint approximativement un milliard CHF ; iii) mise en application de trois révisions de la Loi sur l'assurance invalidité.

Graphique 3.1. **Parmi les bénéficiaires de prestations de l'assurance invalidité, ceux qui souffrent de troubles mentaux sont de plus en plus nombreux**

Nombre de nouvelles demandes et de bénéficiaires actuels : problèmes de santé mentale et autres raisons, 1995-2012



Source : Calculs effectués par l'OCDE à partir des données de l'Office fédéral des assurances sociales.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932930005*

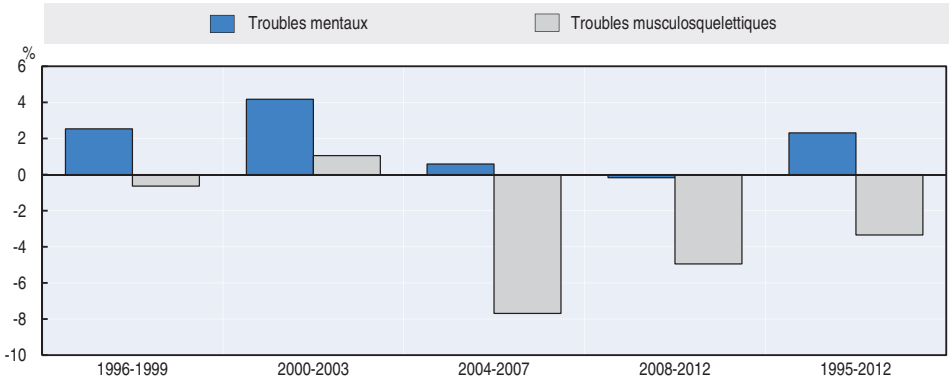
Parallèlement aux discussions suscitées par ces réformes et à un référendum portant sur l'augmentation de la TVA, un vif débat public a eu lieu sur l'assurance invalidité en général et, plus particulièrement, sur la proportion croissante de personnes atteintes de troubles mentaux parmi les bénéficiaires. Il semble que ce débat ait eu des répercussions sur l'ensemble des parties prenantes, et qu'il ait permis de mieux les sensibiliser au fait que non seulement l'exclusion grandissante du marché du travail des personnes ayant des problèmes de santé mentale nuit à leur qualité de vie, mais entraînera à terme des coûts considérables (Modetta, 2006).

Les problèmes de santé mentale deviennent plus importants que les troubles musculosquelettiques

Les demandes de rente d'invalidité motivées par des troubles musculosquelettiques (TMS) ont enregistré, à partir de 2003, une baisse sensible, alors que les demandes dues à des problèmes de santé mentale ont augmenté jusqu'à une date très récente. Au cours de la période 1995-2012, les TMS ont reculé de 3.3 % par an, tandis que les troubles mentaux progressaient chaque année de 2.3 % (graphique 3.2).

Graphique 3.2. **Les demandes de rente d'invalidité sont moins souvent motivées par des TMS et davantage par des problèmes de santé mentale**

Évolution du pourcentage annuel moyen des nouvelles demandes, pour les troubles mentaux et les TMS, 1995-2012



Source : Calculs effectués par l'OCDE à partir des données de l'Office fédéral des assurances sociales.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932930024*

Différents éléments peuvent expliquer ces tendances divergentes. En premier lieu, les récentes réformes du système d'invalidité peuvent avoir eu un impact sensible sur les demandes motivées par des TMS, mais moins marqué sur celles qui sont dues à des troubles mentaux. Deuxièmement, l'évolution de la nature même des activités, marquée par le déclin des tâches manuelles et l'augmentation des tâches exigeantes sur le plan cognitif, peut avoir entraîné des répercussions sur la fréquence de certains problèmes de santé. Troisièmement, il est possible que les diagnostics de type somatique (musculosquelettiques) soient en baisse et que les diagnostics d'ordre psychiatrique se multiplient du fait de la comorbidité élevée entre troubles mentaux et troubles physiques dans la population ; associé à une sensibilisation accrue aux problèmes de santé mentale, ce phénomène a pu

inciter tant les demandeurs que leurs médecins à donner une nouvelle appellation – éventuellement plus précise – à leurs troubles de santé.

Les troubles mentaux ne contribuent pas tous de la même façon à l'envolée du nombre de bénéficiaires de rentes d'invalidité[2]. Celle-ci est due principalement aux troubles dits « psychogènes et réactionnels », c'est-à-dire censés être causés par des mécanismes psychologiques (et donc pas d'origine biologique)[3]. Le nombre de bénéficiaires qui perçoivent une rente d'invalidité en raison d'un trouble mental réactionnel a triplé entre 1995 et 2012, et a décuplé par rapport au milieu des années 80, passant d'environ 5 000 à 50 000. Depuis 1995, la grande majorité des nouvelles demandes motivées par des problèmes de santé mentale appartiennent à cette catégorie.

Qui sont les « nouveaux » demandeurs ?

Caractéristiques du diagnostic

Une analyse approfondie du groupe hétérogène des bénéficiaires souffrant de troubles réactionnels entre 1993 et 2006 a montré que les principaux diagnostics justifiant l'octroi d'une rente d'invalidité concernaient des troubles de la personnalité, des états dépressifs récurrents et des problèmes de somatisation (Baer et al., 2009). Les deux dernières catégories se sont développées de manière disproportionnée. Les troubles somatoformes s'accompagnent souvent de difficultés sociales, d'un recours intensif à la médecine générale et de traitements psychologiques insuffisants, ce qui constitue une difficulté importante pour l'assurance invalidité. Les personnes concernées ont en moyenne un faible niveau de scolarisation et, partant, concentrent leur attention sur la douleur et le rétablissement : elles bénéficient donc rarement de mesures de réadaptation professionnelle, et leur pronostic d'emploi est particulièrement sombre (bien pire que celui de patients schizophrènes, par exemple) – le résultat étant généralement l'octroi d'une rente d'invalidité. Le principe de l'AI selon lequel les demandeurs sans formation professionnelle ne peuvent prétendre à des mesures de réinsertion paraît contreproductif à cet égard.

S'agissant des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a décrété en 2004 que les douleurs sans cause physique ne conduisaient pas nécessairement à une incapacité de travailler et n'ouvraient donc pas le droit à une rente d'invalidité. En 2011, le Tribunal a étendu cette décision à l'ensemble des problèmes de santé sans cause organique clairement définie, comme les douleurs cervicales (coup du lapin), le syndrome de fatigue chronique ou la fibromyalgie. Cette mesure est conforme aux décisions antérieures d'exclure certains problèmes de santé de l'accès aux prestations

de l'assurance invalidité, comme cela avait été le cas pour les troubles liés à la consommation de drogues. Ces décisions judiciaires s'appuient principalement sur l'idée selon laquelle il est raisonnable de penser que ces problèmes de santé particuliers peuvent être surmontés.

Si les troubles de la personnalité constituent la première raison de l'attribution d'une rente d'invalidité, les troubles dépressifs sont les plus courants chez les bénéficiaires. Ce constat quelque peu déroutant peut s'expliquer par la nature du processus d'évaluation médicale : très lourd, celui-ci fait généralement intervenir plusieurs médecins qui poseront plusieurs diagnostics (en moyenne cinq pour chaque patient), parfois différents. Ainsi, de nombreux demandeurs chez lesquels on avait d'abord diagnostiqué un trouble physique ont par la suite fait l'objet d'un diagnostic d'ordre psychiatrique. On voit dès lors que le diagnostic le plus fréquent ne correspond pas nécessairement à celui qui détermine l'attribution d'une rente d'invalidité. Les troubles de la personnalité représentent environ un tiers des prestations actuelles (Baer et al., 2009). Il s'agit d'un aspect important, car les mesures habituelles de réadaptation professionnelle prévues dans le cadre de l'assurance invalidité (formation, reclassement, conseil professionnel) et les services de réadaptation en général avaient été conçus pour des personnes qui, du fait d'un problème de santé d'origine physique, ne pouvaient plus assumer les tâches liées à leur emploi. Les mesures en question s'avèrent souvent inefficaces pour les troubles de la personnalité persistants impliquant, en règle générale, de bonnes qualifications professionnelles mais une sociabilité déficiente. Différentes mesures axées sur les demandeurs atteints de troubles mentaux ont été instaurées en 2008 (vois ci-après).

Des parcours professionnels chaotiques

Environ 85 % des bénéficiaires actuels de rentes d'invalidité souffrant de troubles mentaux réactionnels ont travaillé pendant des années, voire des décennies, avant de demander une rente (âge moyen : 40 ans). Toutefois, leur revenu annuel ne représente que le tiers environ du revenu de la population active (Baer et al., 2009). Non seulement les demandeurs ont pour la plupart de faibles salaires, signe d'un niveau de formation peu élevé, mais ils ont en outre bénéficié à plusieurs reprises de l'aide sociale et de l'assurance chômage ; bon nombre des personnes souffrant de troubles mentaux et touchant une rente d'invalidité n'ont donc jamais été pleinement intégrées dans le marché du travail.

Groupes sociaux vulnérables

Entre 1993 et 2006, on a enregistré une augmentation considérable de certains groupes de population bénéficiant de rentes d'invalidité en raison de

troubles mentaux réactionnels : immigrés peu instruits, travailleurs âgés et mères célibataires (Baer et al., 2009). Aucune de ces caractéristiques socio-démographiques ne devrait influer sur la décision d'accorder ou non une telle prestation, mais dans la pratique, elles jouent manifestement un rôle majeur dans le processus d'évaluation. Il est généralement accepté que, du moins jusqu'en 2005 environ, l'ensemble des intervenants – employeurs, médecins, services municipaux d'aide sociale, tribunaux, etc. – ont estimé pertinent d'orienter vers l'assurance invalidité les personnes qui rencontraient au travail de graves problèmes liés à leur état de santé ou dont les perspectives professionnelles étaient très mauvaises. La proportion de demandeurs ayant fait l'objet de mesures de réadaptation professionnelle avant de se voir accorder une rente se situait donc aux environs de 13 % seulement, voire même de 4 % dans le cas des immigrés. Le principe en vigueur depuis 1960 dans l'assurance invalidité, selon lequel la réadaptation doit primer sur le versement d'une rente, s'en est trouvé mis à mal.

La part des immigrés parmi les bénéficiaires de rentes d'invalidité en raison de troubles mentaux réactionnels est passée de 28 % en 1993 à 40 % en 2006, alors que la proportion de personnes de nationalité étrangère dans l'ensemble de la population est restée très stable (approximativement 20 %). En 2008, la part de nouveaux demandeurs originaires de l'ex-Yougoslavie (avec un taux de 0.7 %) et de la Turquie (0.8 %) était plus de deux fois supérieure à celle des demandeurs de nationalité suisse (0.3 %) (Bolliger et al., 2010). Les demandeurs sont nettement moins nombreux chez les immigrés issus de pays à revenu élevé (comme l'Allemagne ou les pays scandinaves).

Par conséquent, le principal facteur à prendre en compte n'est probablement pas l'immigration en soi, mais le manque de formation d'une partie des immigrés et ses répercussions : connaissances linguistiques limitées, surreprésentation dans les activités manuelles exigeantes physiquement, faibles perspectives d'emploi et niveau peu élevé des salaires, par exemple, autant d'éléments qui rendent attrayante la perspective de taux d'indemnisation élevés (Bütler, 2009). De plus, contrairement aux aides sociales, les rentes d'invalidité ne sont généralement pas liées au lieu de résidence, ce qui permet aux immigrés de conserver ces prestations lorsqu'ils retournent dans leur pays d'origine (à l'exception du Kosovo, conformément à la décisions prise récemment par la Cour fédérale) (Bolliger et al., 2010).

Selon deux études suisses récentes consacrées aux immigrés dans l'assurance invalidité (Bolliger et al., 2010; Guggisberg et al., 2010), l'état de santé auto-évalué – moins bon chez les immigrés – explique en grande partie le risque plus élevé d'avoir recours à l'assurance invalidité. On ignore cependant si un état de santé jugé médiocre par les intéressés eux-mêmes

correspond à une prévalence réellement plus élevée de problèmes de santé. L'immigration issue de pays pauvres ou socialement désavantagés peut être liée à certaines fragilités en matière de santé mentale, mais, dans la mesure où le fait de migrer exige un effort et une détermination considérables, on peut y voir également le signe d'une certaine capacité de résistance. Enfin, les faits montrent que le versement de rentes d'invalidité plus nombreuses est la conséquence d'un nombre plus élevé de demandes, et qu'elle ne résulte pas d'une procédure d'attribution discriminatoire (Bolliger et al., 2010).

Pour résumer, plusieurs facteurs ont contribué à l'augmentation rapide du nombre de nouveaux bénéficiaires entre le milieu des années 90 et 2006 : i) propension générale à orienter vers l'invalidité les personnes ayant de mauvaises perspectives d'emploi, avec cependant d'importantes différences entre les offices cantonaux d'assurance invalidité ; ii) passivité quant à l'aptitude au travail des personnes atteintes de troubles mentaux courants ; iii) système de réadaptation professionnelle à la fois incomplet et peu rigoureux, ne proposant aucune mesure ciblée à la majorité des demandeurs atteints de troubles mentaux, voire pas de mesures du tout ; iv) des incitations financières considérables pour les groupes à faible revenu à demander l'assurance invalidité ; v) absence d'incitations financières, insuffisance des garanties financières et du soutien offerts aux bénéficiaires actuels pour les encourager à rechercher un emploi ; vi) révisions des rentes insuffisantes de la capacité de travail restante des rentiers ; vii) priorité donnée aux critères administratifs, médicaux et juridiques plutôt qu'à la réadaptation ; viii) manque flagrant de mesures d'intervention précoce en faveur d'une réinsertion professionnelle.

Faire face au nombre élevé de nouvelles demandes

Il existe principalement deux options pour réduire le nombre de bénéficiaires de rentes d'invalidité : soit limiter la quantité de nouvelles demandes, et le niveau des prestations accordées, soit faire augmenter le nombre de sorties du système, par le retour à l'emploi ou le transfert vers d'autres systèmes de prestations.

En raison de la multiplication des demandes depuis les années 90, la Loi fédérale sur l'assurance invalidité a été modifiée à trois reprises (encadrés 3.1 et 3.4) ; les quatrième et cinquième révisions ont porté plus spécialement sur les nouveaux demandeurs, la sixième étant quant à elle axée sur le volume total des rentes d'invalidité. Toutes ces réformes ont mis l'accent sur la prise en compte des problèmes de santé mentale.

La quatrième révision de la Loi sur l'assurance invalidité (en vigueur depuis 2004) était axée sur les problématiques liées aux divergences

constatées dans l'évaluation médicale des demandeurs, au demeurant relativement tolérante. Elle a constitué la première réforme visant explicitement à réduire le déficit financier en limitant le nombre de nouvelles demandes. Par ailleurs, elle visait à atténuer les différences considérables observées entre les offices cantonaux de l'assurance invalidité en ce qui concerne le nombre de demandeurs et le nombre de rentiers, et aussi à renforcer les mesures de réadaptation. Enfin, un nouveau service d'aide à la recherche active d'un emploi a été mis en place pour les demandeurs ayant conservé une partie de leur capacité de travail, alors que cet aspect relevait antérieurement de la seule responsabilité du système public de l'emploi (encadré 3.1).

Encadré 3.1. **Quatrième révision de la Loi sur l'assurance invalidité : renforcer l'évaluation médicale et l'aide active au placement afin de réduire le nombre de nouvelles demandes**

La quatrième révision de la loi a instauré dix nouveaux services médicaux régionaux au sein des offices cantonaux de l'assurance invalidité, l'objectif étant de permettre une évaluation adéquate et comparable des capacités fonctionnelles des demandeurs. Ces services peuvent, si nécessaire, procéder eux-mêmes à des examens, ce qui n'était pas possible auparavant pour l'assurance invalidité.

Autre mesure importante comprise dans cette réforme : l'introduction de services de placement, et d'une indemnité correspondant à 75 % de la rente d'invalidité complète pour les demandeurs ayant perdu de 60 à 69 % de leur capacité de gain (portant à quatre le nombre de niveaux d'indemnisation : 25 %, 50 %, 75 % et 100 %). Auparavant, la perte des deux tiers de la capacité de gain suffisait à l'obtention d'une rente d'invalidité entière.

L'instauration d'audits réguliers et plus fréquents, ainsi que la mise en place d'un nouveau système de controlling, ont renforcé le contrôle exercé par l'Office fédéral des assurances sociales sur les offices cantonaux. Enfin, la réforme a supprimé, pour les nouveaux demandeurs, l'indemnité complémentaire à laquelle les conjoints pouvaient auparavant prétendre.

La cinquième révision, qui date de 2008, a cessé de se concentrer sur les rentes d'invalidité et a recentré le système sur la réadaptation – un processus déjà amorcé lors de la quatrième révision. Cette réforme s'est attachée à corriger la faiblesse des mesures de reclassement professionnel, et a introduit un certain nombre de mesures en faveur d'une intervention précoce. La mise en œuvre de nouveaux outils d'identification et d'intervention précoces, axées sur les personnes risquant de solliciter une rente, a sensiblement fait évoluer les modalités d'accès au système de l'assurance invalidité (encadré 3.2).

Ce changement de paradigme supposait i) d'intervenir plus rapidement au lieu d'attendre pendant des mois, voire des années, des documents médicaux, des calculs administratifs ou des décisions quant à l'octroi d'une rente ; ii) de personnaliser les interventions, c'est-à-dire de rencontrer les demandeurs au lieu de travailler exclusivement sur dossier ; iii) d'axer ces interventions sur la conservation ou le retour à l'emploi plutôt que sur le versement d'une rente d'invalidité.

Encadré 3.2. **Cinquième révision de la Loi sur l'assurance invalidité : des mesures de réadaptation généreuses assorties d'obligations strictes afin de faire baisser le nombre de demandes**

La cinquième révision a renforcé l'importance de la réadaptation professionnelle, en mettant l'accent sur le maintien dans l'emploi, et a concrétisé plus généralement l'adoption d'un modèle différent en matière d'assurance invalidité. Cette réforme a été la première à instaurer une nouvelle initiative dans le sens d'une réadaptation conçue presque exclusivement pour les demandeurs atteints de troubles mentaux (mesures dites « d'insertion »). Elle a en outre permis la mise en œuvre de règles plus strictes concernant l'accès aux prestations de l'assurance invalidité, les demandeurs ayant désormais l'obligation de coopérer. Les principales mesures de réadaptation étaient les suivantes :

- Détection précoce des personnes menacées d'invalidité qui inclut une application à « bas seuil » de l'assurance invalidité à laquelle peuvent avoir recours, au bout de 30 jours d'absence pour maladie ou après plusieurs absences de courte durée, diverses catégories d'acteurs (demandeurs, employeurs, autres assureurs sociaux et privés, médecins, membres de la famille ou travailleurs sociaux).
- Mesures d'intervention précoce visant à permettre à l'assuré de conserver son emploi ou d'en trouver un nouveau, notamment : i) adaptation du poste de travail ; ii) cours de formation ; iii) aide active au placement ; iv) conseil en matière d'orientation professionnelle ; v) réadaptation socio-professionnelle ; vi) mesures d'activation. Ces mesures nécessitent une évaluation et un plan de réadaptation contraignant. Leur mise en œuvre, qui s'effectue sous le contrôle des offices cantonaux, doit avoir une durée et un coût limités (maximum de 20 000 CHF, et une moyenne prévue de 5 000 CHF par personne). Au début de la période d'intervention, une évaluation (« triage ») a lieu – dans un délai de 180 jours – quant à l'orientation principale à donner aux mesures qui suivront. Dès lors que cette décision fondamentale est prise (il peut s'agir de nouvelles mesures de réadaptation, d'une évaluation del'admissibilité à une rente d'invalidité, ou de la décision de ne pas accorder de prestations), la période initiale d'intervention prend fin. Par rapport à la situation qui prévalait avant la réforme, cette décision relativement rapide devrait permettre à la fois à l'assurance et au demandeur d'axer leur attention sur le retour à l'emploi plutôt que sur la perspective d'une rente plus élevée, évitant ainsi la paralysie du processus de réadaptation. À cet égard, le demandeur doit recevoir le soutien d'un gestionnaire de dossier privilégiant l'emploi, qui jouira d'une certaine marge de manœuvre pour proposer des mesures de réadaptation (alors que la procédure administrative antérieure visait principalement à évaluer les droits des demandeurs à obtenir une rente).

Encadré 3.2. **Cinquième révision de la Loi sur l'assurance invalidité : des mesures de réadaptation généreuses assorties d'obligations strictes afin de faire baisser le nombre de demandes** *(suite)*

- Octroi d'importantes subventions salariales aux employeurs qui embauchent une personne ayant sollicité une rente d'invalidité. Ces subventions peuvent être versées pendant six mois et représenter jusqu'à 100 % du salaire si le demandeur n'a pas pleinement recouvré sa capacité de travail. Par ailleurs, en cas d'absences pour maladie de la part du demandeur ainsi embauché, l'augmentation potentielle de la cotisation de l'employeur à l'assurance d'indemnités journalières est remboursée. Enfin, si les mesures de réinsertion sont mises en œuvre au sein d'une entreprise (plutôt que dans un atelier protégé), l'employeur perçoit pendant un an une subvention d'un montant maximum de 100 CHF par journée de travail.

Des mesures complémentaires ont été prises afin de limiter les incitations négatives à la poursuite d'une activité et, plus généralement, de réduire le déficit de l'assurance invalidité. Les initiatives financières sont les suivantes : i) suppression de la prestation complémentaire versée aux conjoints de tous les rentiers ; ii) suppression des prestations médicale pour les demandeurs adultes (celles-ci ne sont plus financées par la caisse d'invalidité, mais par la caisse-maladie ou accident) ; iii) suppression du supplément de carrière (fictif) pour les demandeurs âgés de moins de 45 ans (les assurés au bénéfice d'une rente d'invalidité avant l'âge de 20 ans perçoivent toujours une rente extraordinaire qui se monte à 133 % du montant minimal de la rente ordinaire complète) ; iv) suppression des indemnités journalières pour les demandeurs qui n'avaient pas d'emploi avant de solliciter une rente ; v) allongement (d'un à trois ans) de la durée minimale de cotisation à l'assurance invalidité afin de pouvoir prétendre à une rente ; vi) sanctions financières à l'encontre de toute personne n'ayant pas soumis de demande à l'assurance invalidité alors qu'il lui avait été prescrit de le faire après détection précoce de son problème.

La détection précoce de l'incapacité de travail est un outil puissant sur lequel il convient de mettre l'accent

Entre 2008 et 2010, le premier contact avec l'assurance invalidité a eu lieu, pour un individu sur quatre, dans le cadre d'un « signalement précoce » informel, et non lors de l'enregistrement formel classique, qui oblige la caisse d'assurance à lancer la procédure d'instruction complète (Bolliger et al., 2012). Le nombre de signalements dans le cadre de la détection précoce est demeuré très stable depuis l'instauration de cette mesure : il était de 11 300 en 2009 et de 11 200 en 2012. La composition des institutions auxquelles incombe ce signalement n'a pas changé non plus : 25 % des cas ont été signalés par l'assuré ou par un membre de sa famille, 30 % par l'employeur, 10 % par un médecin, 25 % par une assurance privée (assurance indemnités journalières, par exemple), les 10 % restants étant répartis entre l'assurance accident et les services de l'aide sociale. Globalement, la part des personnes conservant un emploi est plus élevée chez les bénéficiaires d'une rente qui ont fait l'objet d'une communication précoce (77 %) que chez ceux ayant suivi la procédure formelle (65 %) (Bolliger et al., 2012).

Tableau 3.1. **La plupart des personnes signalées à l'assurance invalidité dans le cadre d'une détection précoce ont toujours un emploi, en particulier lorsque le signalement est effectué par l'employeur**

Situation, au regard de l'emploi, des demandeurs dont le cas a été signalé dans le cadre d'une détection précoce, selon l'instance à l'origine de la démarche

Auteur de la démarche	% du total des signalements précoces (2009)	% de demandeurs ayant un emploi (2008-10)
Employeur	27%	89%
Assurance indemnités journalières	13%	80%
Assurance privée	13%	79%
Assurance accident	6%	74%
Demandeur, membre de la famille	25%	73%
Médecin	9%	69%
Assurance chômage, etc.	4%	39%
Travailleur social	4%	28%
Total	100%	77%

Source : Bolliger, C. et al. (2012), « Eingliederung vor Rente », BSV ; Statistique de l'AI 2009, Office fédéral des assurances sociales.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932930480*

Le niveau élevé du taux d'emploi au moment de la communication est encourageant, et laisse penser qu'une initiative prise à un stade précoce peut faire une énorme différence. S'il s'écoule généralement un délai important avant que soit établi le contact avec les services de l'aide sociale ou de l'assurance chômage, les employeurs, notamment, mais aussi les assurances d'indemnités journalières, peuvent entrer en relation avec l'assurance invalidité à un stade très précoce. Lorsque les premiers contacts sont établis par les employeurs, cela signifie en principe que les intéressés sont toujours titulaires d'un emploi (tableau 3.1). Il est encourageant de constater que les employeurs signalent presque 30 % des cas, même si ce résultat devrait encore être amélioré. Le nombre encore trop faible de signalements dans le cadre de la détection précoce tient notamment au fait que cette mesure reste méconnue (Bolliger et al., 2012), et à ce que de nombreux employeurs ne sont pas suffisamment convaincus de l'efficacité des aides fournies par l'assurance invalidité (Baer et al., 2011).

Les mesures d'intervention précoce devraient être élargies aux cas de troubles mentaux réactionnels

Parallèlement aux procédures de communication dans le cadre de la détection précoce, une série de mesures d'intervention ont été mises en place

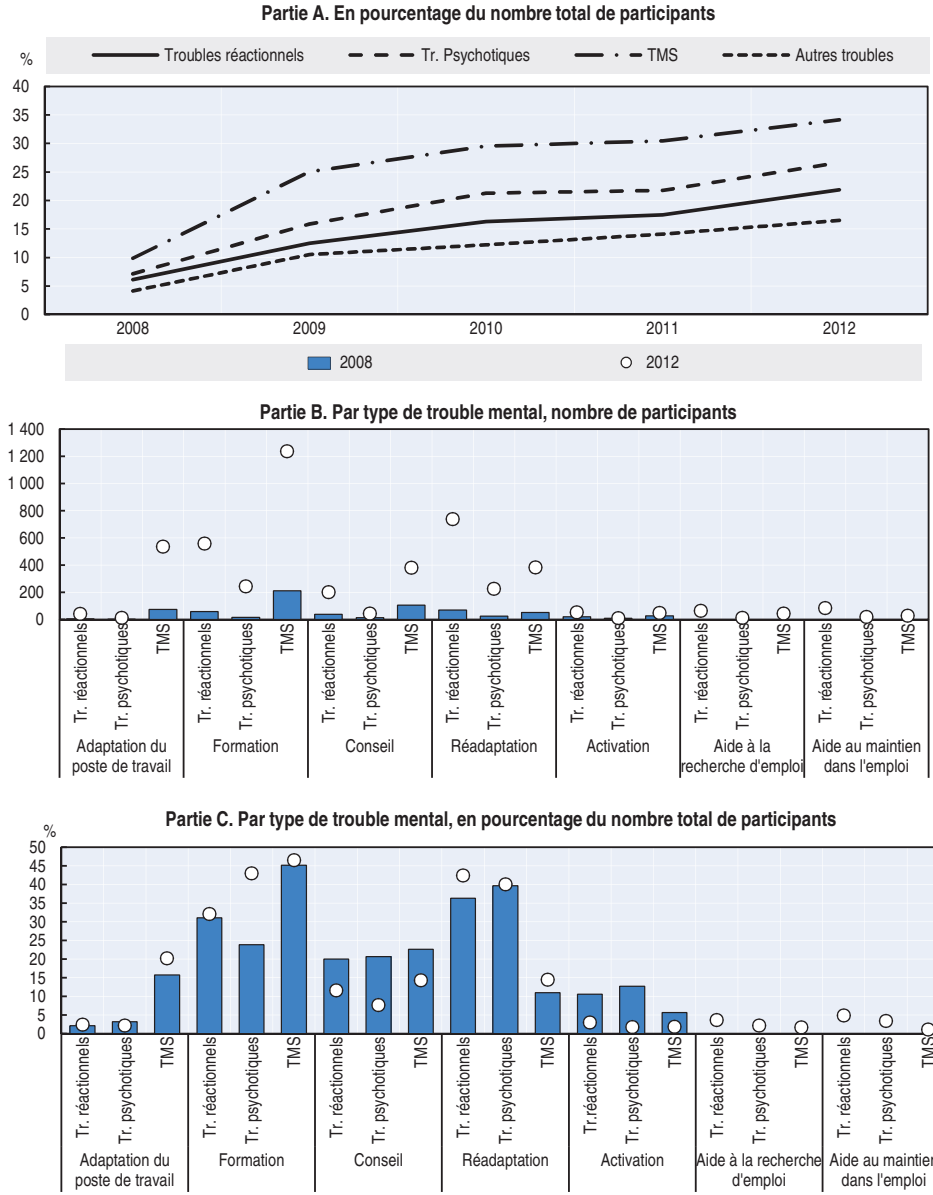
afin de proposer un soutien dans les meilleurs délais. L'objectif premier est ici de permettre à la personne concernée de conserver son emploi. Les salariés atteints de troubles mentaux constituent l'une des cibles principales en la matière. Il est donc logique que la part des individus souffrant de problèmes mentaux qui suivent un programme de réadaptation et prennent part à des mesures d'intervention précoce soit passée d'approximativement 5 % en 2008 à environ 25 % en 2012 (graphique 3.3, partie A). La proportion était cependant moins élevée chez les demandeurs présentant des troubles mentaux réactionnels, dont les chances d'avoir un emploi sont pourtant meilleures que celles des demandeurs atteints de névroses. Par ailleurs, bien que ces mesures aient été conçues plus spécialement à l'intention des assurés souffrant de problèmes mentaux, ce sont les personnes atteintes de TMS qui en ont le plus profité (Bolliger et al., 2012). Environ 70 % des mesures d'intervention précoce concernent des individus souffrant d'un trouble d'origine physique, 30 % seulement portant sur des personnes atteintes de problèmes mentaux – alors que ces dernières représentent 40 % des nouvelles demandes de rente d'invalidité, et probablement un pourcentage plus élevé encore des communications dans le cadre de la détection précoce.

Il n'en reste pas moins que le nombre de mesures d'intervention précoce chez les personnes atteintes de troubles mentaux a fortement augmenté depuis leur mise en œuvre (graphique 3.3, partie B). La réadaptation socio-professionnelle est la mesure la plus fréquente chez les demandeurs présentant une mauvaise santé mentale (graphique 3.3, partie C : Réadaptation), Conçue précisément à l'intention des personnes souffrant de troubles mentaux, nombreuses à avoir besoin d'un soutien à la fois psychologique et professionnel, cette mesure vise à leur permettre de recouvrer une capacité de travail de base alors même qu'elles n'ont pas encore la stabilité nécessaire pour évoluer dans un environnement de travail normal[4].

En ce qui concerne la nature des mesures d'intervention précoce, on constate qu'il s'agit principalement de formations, de réadaptation socio-professionnelle et, dans une moindre mesure, de conseils en orientation professionnelle. Les mesures d'adaptation de l'environnement de travail, ainsi que l'aide à la recherche d'emploi et au maintien dans l'emploi (c'est-à-dire les conseils à l'intention du salarié et de l'employeur, etc.), sont rarement mises en œuvre dans le cadre de l'intervention précoce (graphique 3.3, parties B et C). L'adaptation du poste de travail reste apparemment axée sur les travailleurs souffrant de troubles physiques. Quant aux aides au placement et au maintien dans l'emploi, elles ne sont presque pas utilisées, ce qui s'explique en partie par leur introduction relativement récente. Enfin, on s'explique mal la baisse du recours aux services de conseil.

Graphique 3.3. **La majorité des mesures d'intervention précoce sont mises en œuvre au bénéfice de personnes souffrant de problèmes physiques**

Recours aux mesures de réadaptation professionnelle, en fonction du problème de santé, 2008-12



Source : Calculs effectués par l'OCDE à partir des données de l'Office fédéral des assurances sociales.

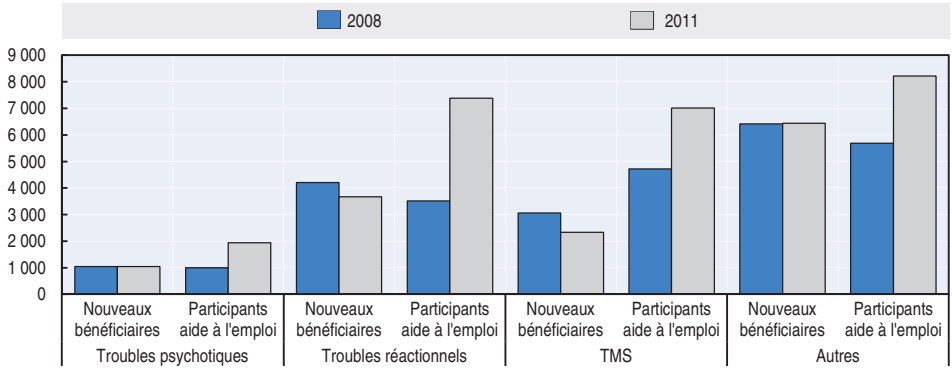
StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932930043*

Privilégiant l'insertion, la cinquième révision de l'assurance invalidité s'est généralement traduite par un recours accru à des mesures d'aide à l'emploi, notamment la formation, la réadaptation socio-professionnelle, les conseils en matière d'orientation et l'aide au placement (graphique 3.4). En 2008, le nombre de demandes de rente restait supérieur à celui des personnes bénéficiant de telles mesures, sauf dans les cas de TMS. À peine trois ans plus tard, la situation avait beaucoup évolué : chez les personnes atteintes de névroses, le nombre de bénéficiaires de mesures de réadaptation était aussi élevé que celui des nouveaux demandeurs, et il était deux fois plus important dans la catégorie des troubles réactionnels.

La prévalence accrue des mesures de réadaptation professionnelle constitue un facteur important, car celles-ci ont montré que les offices cantonaux de l'assurance invalidité, qui accordent plus fréquemment ce type de mesures – c'est-à-dire ceux dont l'approche privilégie nettement l'orientation professionnelle – affichent de meilleurs résultats en matière de réinsertion (Bolliger et al., 2012).

Graphique 3.4. **Le recours aux mesures d'aide à l'emploi s'est intensifié dans les différents groupes**

Nouveaux bénéficiaires de prestations de l'assurance invalidité et participants aux programmes d'aide à l'emploi, pour chaque grande catégorie de troubles



Note : Les « mesures d'aide à l'emploi » englobent les mesures d'intervention précoce, de réadaptation et de soutien professionnel.

Source : Calculs effectués par l'OCDE à partir des données de l'Office fédéral des assurances sociales.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932930062*

Il est essentiel, pour que les mesures portent leurs fruits, qu'elles atteignent les personnes qui ont des problèmes

Une évaluation récente des effets des nouvelles mesures d'intervention précoce montre qu'avant la réforme, 40 % des demandeurs de prestations exerçaient une activité 18 mois environ après leur premier contact avec l'office cantonal d'assurance invalidité. Ce chiffre a légèrement augmenté suite à la réforme, passant à 44 % (Bolliger et al., 2012). Si plusieurs facteurs ont pu contribuer à cette hausse (évolution de la conjoncture économique, par exemple), les résultats montrent que, avant et après la réforme, le taux d'emploi était nettement meilleur, au bout de 18 mois, chez les demandeurs qui avaient un emploi lors de leur premier contact avec l'office cantonal que chez ceux qui n'en avaient pas (graphique 3.5, partie A). Parmi ceux qui exerçaient une activité au début du processus, 55 % avaient un emploi 18 mois plus tard, contre 30% chez les autres. S'agissant de ces derniers, les mesures d'aide à l'emploi font toute la différence : les demandeurs sans emploi qui bénéficient de telles mesures présentent par la suite un taux d'emploi plus élevé que ceux qui n'en bénéficient pas, même si cet effet s'est atténué après la réforme.

Si les retombées des mesures d'aide à l'emploi semblent moindres après la réforme, c'est peut-être en partie à cause du nombre accru de bénéficiaires admis à bénéficier d'un programme de réadaptation professionnelle (graphique 3.5, partie B). Il est probable que la sélection s'est effectuée selon des critères moins rigoureux qu'avant la réforme (concernant l'état de santé ou l'éducation, par exemple). Cela vaut pour la totalité des demandeurs, indépendamment de leur situation initiale en matière d'emploi. L'amélioration globale (de 40 à 44 %) du taux d'emploi des demandeurs 18 mois après leur premier contact avec l'office cantonal de l'assurance invalidité tient principalement au nombre accru de ceux qui étaient titulaires d'un emploi lors de la mise en route du processus et qui l'ont conservé sans recourir à des mesures de réadaptation professionnelle, et non à une plus grande efficacité desdites mesures. Il importe de déterminer si une intervention précoce se traduira à l'avenir par une amélioration plus sensible des résultats en matière d'emploi (cette évaluation ayant été effectuée au début du processus). S'agissant du rapport coût-efficacité, les mesures d'intervention précoce ne sont guère onéreuses : le coût moyen se situe aux environs de 5 000 CHF, un chiffre à comparer par exemple au coût maintes fois supérieur des mesures de reclassement, qui ne débouchent pourtant pas toujours sur un emploi.

Caractéristiques des nouvelles mesures de réinsertion

Les mesures dites «de réinsertion » associent les aspects psychologiques (acquisition de compétences sociales et formation cognitive, renforcement

de la motivation, etc.), sociaux (meilleure structuration de la journée, etc.) et professionnels (réaccoutumance à la vie active, etc.), ce qui devrait aider les demandeurs atteints de troubles mentaux à stabiliser leur état de santé et à se préparer à des mesures de réadaptation professionnelle plus exigeantes. L'objectif consiste essentiellement à proposer un soutien professionnel largement accessible, afin de prévenir les états chroniques et d'offrir rapidement aux patients une perspective d'emploi.

Les mesures de réinsertion ont pour objet de réduire les différences par rapport aux mesures classiques d'aide au retour à l'emploi, plus intensives. La réadaptation socio-professionnelle vise à atteindre une capacité de travail de 50 %, minimum requis pour pouvoir bénéficier de manière plus soutenue de conseils professionnels, d'une formation ou d'un reclassement. La combinaison d'éléments sociaux et professionnels tient compte du fait que les personnes atteintes de troubles mentaux ont besoin d'un soutien psychologique pour renforcer leur aptitude à travailler. Bien que l'on puisse considérer la mise en œuvre de ces mesures de réinsertion comme une étape importante, les données scientifiques dont on dispose à propos des programmes d'emplois aidés montrent systématiquement qu'en raison de la nature souvent récurrente des problèmes de santé mentale, le soutien doit être illimité pour donner de bons résultats. Les nouvelles mesures de réinsertion restent actuellement limitées à une année au total au cours de la vie. Un allongement de cette durée avait été prévu dans la deuxième partie de la sixième révision, rejetée par le Parlement en juin 2013.

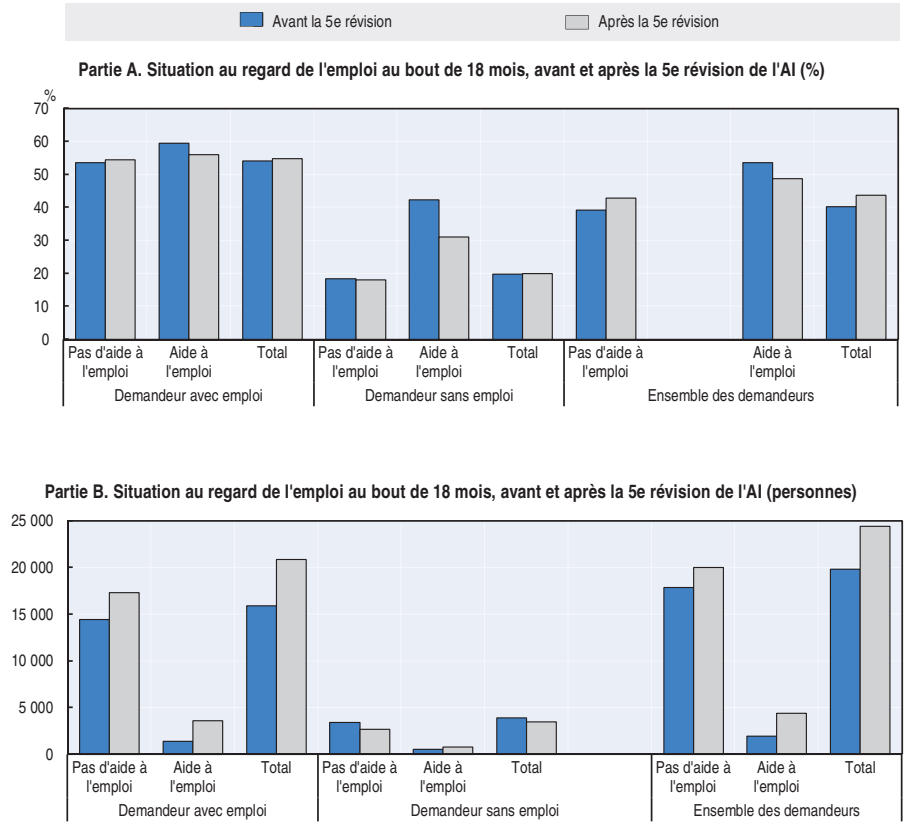
Les mesures de réinsertion comportent deux étapes : i) un entraînement à la résilience, avec une présence quotidienne d'au moins deux heures sur le lieu de travail, quatre jours par semaine ; ii) une formation plus exigeante, prévoyant une présence quotidienne d'au moins quatre heures sur le lieu de travail, quatre jours par semaine. Ces nouvelles mesures sont censées fournir un outil de soutien spécifique, tenant compte des caractéristiques communes à de nombreux demandeurs souffrant de troubles mentaux : grande vulnérabilité aux situations stressantes, manque d'énergie ou déficience cognitive après une crise ou une rechute. Les mesures de réinsertion peuvent intervenir dans un site spécialisé (atelier protégé, etc.) ou dans une entreprise « normale », qu'il s'agisse de celle qui employait le demandeur précédemment ou d'une autre. L'assurance invalidité peut verser à l'entreprise concernée jusqu'à 100 CHF par jour pour financer ce type de mesure d'insertion.

Depuis leur mise en place, les mesures de réinsertion sont de plus en plus utilisées par les demandeurs atteints de troubles mentaux, et l'on est passé d'environ 300 cas en 2008 à 2 500 en 2012 (graphique 3.6, partie A). Les possibilités légales et les incitations financières à l'application de ces mesures dans les entreprises classiques n'ont guère été exploitées à ce jour.

Le nombre de mesures de réinsertion utilisées chez l'employeur (antérieur ou actuel) est voisin de zéro, alors que la grande majorité des demandeurs sont des personnes atteintes de troubles mentaux réactionnels, qui n'ont généralement pas besoin d'un environnement protégé, mais plutôt de reprendre rapidement une activité « normale » en bénéficiant d'un « coach » professionnel.

Graphique 3.5. **Dix-huit mois après leur mise en œuvre, les nouvelles mesures ont un effet légèrement positif sur les résultats en matière d'emploi**

Situation des bénéficiaires de mesures d'intervention précoce au regard de l'emploi après 18 mois, en fonction de leur situation au moment de la demande et du type de mesure d'aide à l'emploi



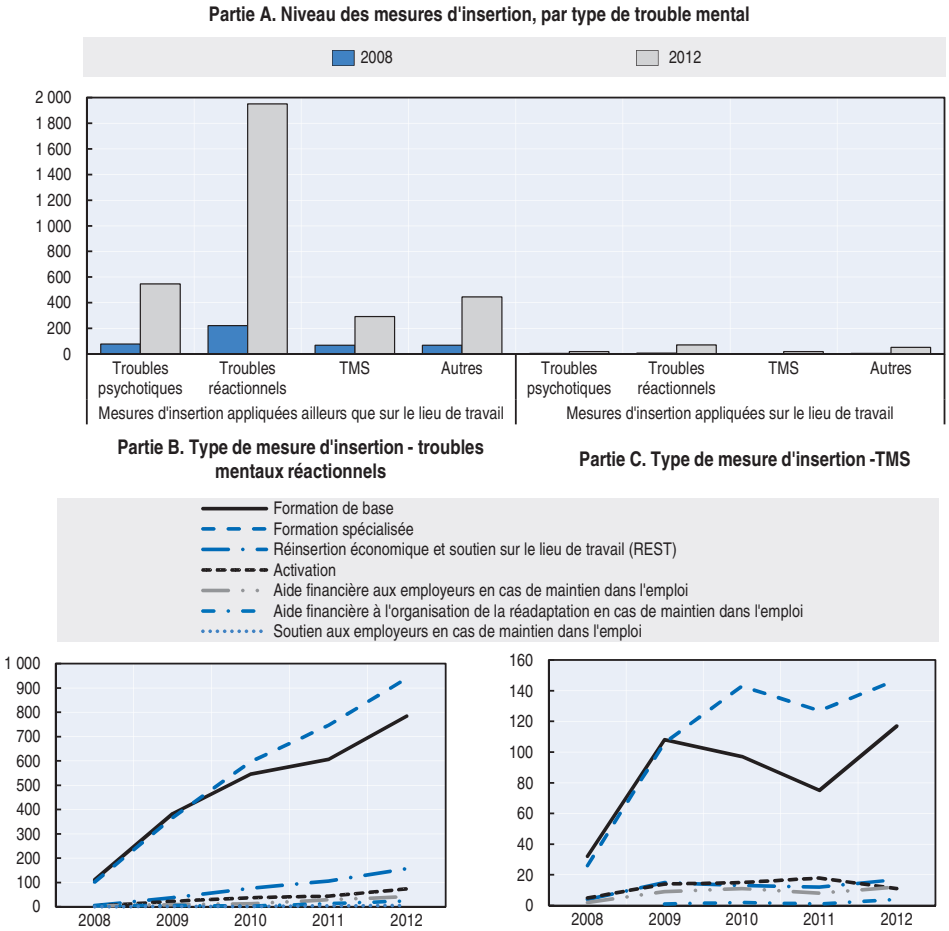
Note : la mention « Demandeur avec emploi » concerne la situation au moment de la demande, c'est-à-dire juste avant le premier contact avec l'assurance invalidité.

Source : Calculs effectués par l'OCDE à partir des données de Bolliger, C et al. (2012), « Eingliederung vor Rente », BSV.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932930081*

Graphique 3.6. **Mesures de réinsertion – au bénéfice de qui, où et comment sont-elles mises en œuvre ?**

Participants aux mesures de réinsertion, en fonction du problème de santé et du type de mesure, 2008-12



Source : Calculs effectués par l'OCDE à partir des données de l'Office fédéral des assurances sociales.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932930100*

La gamme des mesures de réinsertion utilisées est la même pour les personnes atteintes de troubles réactionnels (partie B) et pour celles qui souffrent de TMS (partie C). Seules des formations de base et de perfectionnement ont été accordées en grand nombre (dans la pratique, ces mesures interviennent souvent les unes après les autres). Les mesures REST

(réinsertion et soutien sur le lieu de travail), censées intervenir dans un espace proche du marché du travail normal, n'ont guère été utilisées jusqu'ici, et toutes les autres (prestations en espèces et soutien aux employeurs en cas de maintien dans l'emploi, notamment) l'ont été moins souvent encore, voire jamais. La situation actuelle reste donc caractérisée par i) un recours très fréquent à la formation dans un cadre protégé, et par l'insuffisance des mesures de soutien sur le lieu de travail ou des incitations destinées aux employeurs ; ii) la place importante accordée aux pathologies mentales graves (schizophrénie ou dépression sévère, entre autres) et l'absence de mesures REST pour les personnes atteintes de troubles mentaux courants. Ces aides fournies sur le lieu de travail s'avèrent généralement moins coûteuses que les mesures classiques de réadaptation professionnelle, et devraient être moins onéreuses encore dans le cas des individus présentant des troubles mentaux courants, qui conservent généralement une meilleure capacité de travail. Il se peut que le potentiel offert par les mesures de réinsertion ne soit pas encore pleinement exploité à cause des incertitudes qui demeurent quant aux cibles de telle ou telle mesure. Par ailleurs, l'idée que des prestations en espèces puissent être versées à l'employeur en cas de maintien du patient dans l'emploi, et aux organismes de réadaptation si l'emploi du patient est garanti, doit encore se concrétiser.

Aide active au placement

La quatrième révision comportait une autre initiative majeure : l'instauration de services d'aide au placement, assortie de l'embauche de 200 conseillers entre 2004 et 2006. Actuellement, un tiers environ des agents des offices cantonaux de l'assurance invalidité qui s'occupent de la réadaptation sont également des spécialistes de l'aide au placement. Des études ont montré que plus les offices cantonaux consacrent des ressources importantes au recrutement de spécialistes de l'insertion professionnelle, plus leur efficacité s'améliore (Guggisberg et al., 2008, confirmé par Bolliger et al., 2012). L'aide active au placement peut jouer un rôle déterminant chez les demandeurs souffrant de troubles mentaux, nombreux à ne pas se lancer par eux-mêmes dans la recherche active d'un emploi en raison de diverses angoisses et d'une attitude d'évitement.

Évaluation des demandeurs

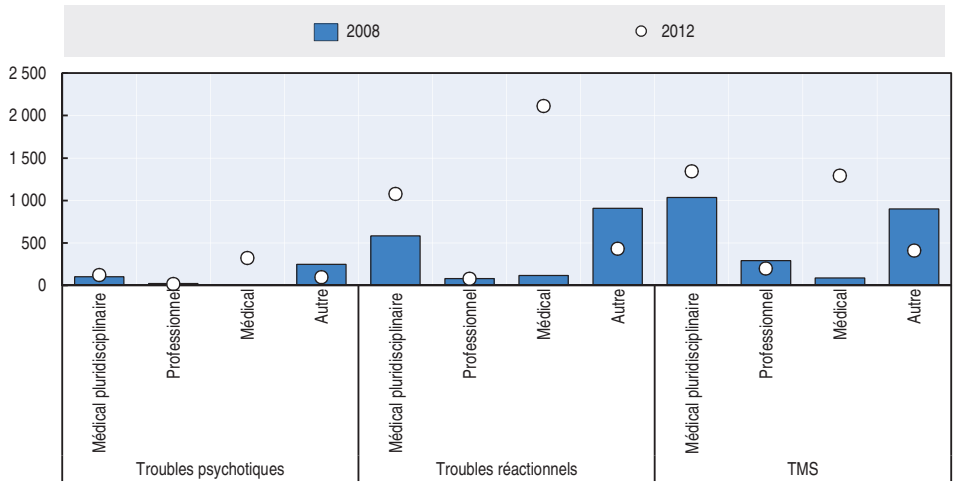
La cinquième révision de l'assurance invalidité a instauré une procédure d'évaluation plus rapide. Actuellement, quelque 75 % des mesures d'intervention précoce sont mises en œuvre en moyenne dans les six mois qui suivent le signalement des personnes concernées ; on observe cependant des différences importantes entre les cantons (Bolliger et al., 2012). Malgré certaines améliorations, on relève encore une perte de temps considérable

avant le début des interventions proprement dites. Il demeure essentiel d'effectuer une analyse approfondie du problème de santé du demandeur et de ses conséquences sur l'exécution d'un travail – en vue d'évaluer non seulement le degré d'incapacité de travail, mais aussi la nécessité d'un parcours de réadaptation afin de déterminer les mesures appropriées.

Dans l'ensemble, le nombre d'évaluations et d'expertises médicales (à chaque étape du processus) a augmenté très sensiblement depuis 2008 (graphique 3.7). En ce qui concerne les troubles mentaux réactionnels, on est passé de 700 rapports médicaux et pluridisciplinaires en 2008 à plus de 3 100 en 2012 – alors que le nombre d'évaluations professionnelles est resté le même. L'élaboration d'un rapport, qui fournit un descriptif complet de la situation médicale, personnelle et professionnelle du demandeur, est très coûteuse en temps et en argent (10 000 CHF par demandeur en moyenne). Les raisons de cette forte augmentation pourraient être liées en partie aux décisions de justice qui exigent des évaluations médicales complémentaires. Il est cependant très probable que les rapports médicaux aient été demandés en vue de permettre une décision quant à l'attribution d'une rente d'invalidité à l'issue du processus, et non pour planifier un parcours de réadaptation professionnelle à partir de bases solides.

Graphique 3.7. **Les examens et les rapports médicaux et pluridisciplinaires sont beaucoup plus fréquents qu'il y a quelques années**

Nombre d'examens/rapports, par catégorie et par type de troubles, 2008-12



Source : Calculs effectués par l'OCDE à partir des données de l'Office fédéral des assurances sociales.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932930119

Les examens médicaux ont toujours été poussés (entre 1993 et 2006, chaque demandeur atteint de troubles mentaux réactionnels était examiné par quelque cinq médecins), mais les rapports correspondants ne décrivaient pas pour autant de façon claire les incapacités fonctionnelles découlant de l'état de santé (Baer et al., 2009). Ces examens sont devenus aujourd'hui plus rigoureux encore, en raison notamment des recours de plus en plus nombreux à l'encontre de décisions relatives à l'octroi d'une rente – on est passé de 2 200 à 5 400 recours entre 2004 et 2009, avec un léger recul par la suite. L'examen plus strict de la capacité de travail par les services médicaux régionaux, en particulier dans les cas de douleurs aux causes mal définies, ainsi que le nombre croissant de demandeurs atteints de troubles mentaux réactionnels, ont contribué à la multiplication des examens médicaux.

Les services médicaux régionaux comptent aujourd'hui environ 300 médecins, dont approximativement 50 psychiatres, contre 30 médecins seulement avant la réforme. La proportion de psychiatres (approximativement un sixième) ne se reflète pas dans les diagnostics portant sur les demandeurs ; les disparités entre les régions sont en outre importantes, avec des chiffres compris entre 5 % et 25 %. On ne connaît pas l'impact exact de ces services régionaux sur le nombre de nouvelles demandes. Ils contribuent probablement à une conception plus rigoureuse des examens et à la baisse des nouvelles demandes, une évolution qu'il convient de replacer dans le contexte d'un durcissement des obligations. Premièrement, la définition de l'incapacité de travail ou de l'invalidité a été resserrée : elle doit provenir d'une déficience fonctionnelle (et non d'une maladie) objectivement insurmontable. Deuxièmement, l'obligation de participer aux mesures d'insertion professionnelle a été renforcée. Toutes les mesures susceptibles de favoriser l'insertion sans répercussions négatives sur le problème de santé du demandeur sont considérées comme raisonnables et doivent être activement mises en œuvre. Dans le cas contraire, l'assuré peut voir sa rente réduite, ou même supprimée.

On distingue dans les faits deux types d'examens médicaux : l'un est effectué au plan interne afin de déterminer le potentiel de réinsertion de la personne, l'autre au niveau externe pour les cas complexes avec d'assez faibles perspectives d'emploi. Néanmoins, la plupart des examens menés à la fois par les services médicaux régionaux et les institutions spécialisées le sont encore pour les besoins d'actions en justice, et non dans le cadre de programmes de réadaptation. Le recours aux examens médicaux à des fins de réadaptation n'a globalement pas augmenté au cours des dix dernières années (Ebner et al., 2012). Une analyse représentative portant sur 800 rapports psychiatriques de 2008-09 montre que deux tiers d'entre eux seulement décrivent des déficiences fonctionnelles et en déduisent l'incapacité à

travailler des demandeurs, ou décrivent au contraire leur potentiel de travail (ressources). En outre, seuls 30 % des rapports s'intéressent à la personnalité du demandeur, alors que 70 % de tous les bénéficiaires de prestations de l'assurance invalidité souffrant de troubles mentaux réactionnels présentent, selon les médecins qui procèdent aux examens, des problèmes de personnalité ou un trouble de la personnalité diagnostiqué (Baer et al., 2009). De manière générale, les rapports psychiatriques des candidats à une rente d'invalidité négligent les aspects psychosociaux au profit des éléments médicaux, révèlent des différences considérables entre les cantons, et analysent la capacité de travail sans recourir à des instruments standardisés (Ebner et al., 2012). Ces constatations valent aussi pour les rapports des services médicaux régionaux.

Cette situation peu satisfaisante a conduit à l'élaboration de lignes directrices officielles concernant l'examen psychiatrique de patients souhaitant obtenir une rente d'invalidité, en collaboration avec l'OFAS et la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie (SSPP) (Colomb et al., 2012). Il a été recommandé de se reporter à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) pour évaluer le degré d'incapacité de travail des personnes atteintes de troubles mentaux (Linden et al., 2009). L'utilité potentielle de ces recommandations reste à vérifier, et ce d'autant plus qu'elles ne sont pas contraignantes.

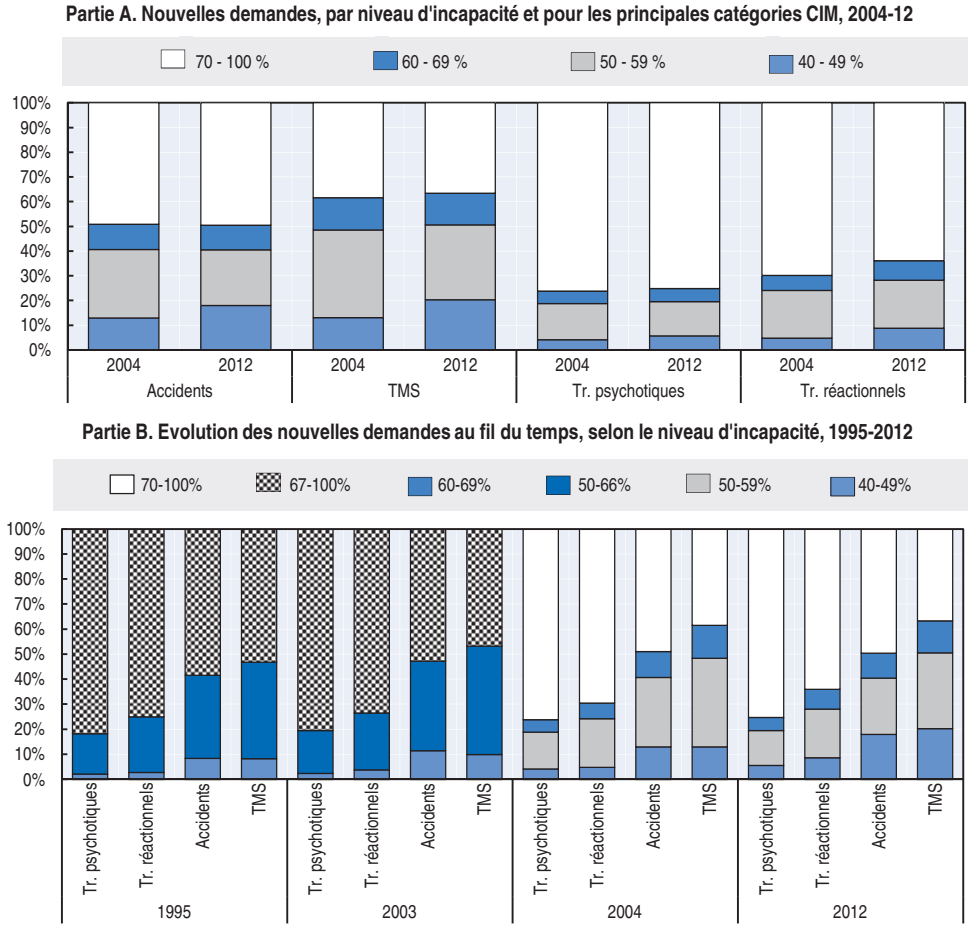
Il est crucial que l'examen médical soit de grande qualité : le processus d'attribution des rentes d'invalidité prévoit en effet une évaluation sérieuse de la situation médicale, professionnelle et personnelle du patient, afin de permettre d'évaluer sa capacité de travail. Cette évaluation doit être menée par une équipe pluridisciplinaire de l'office cantonal de l'assurance invalidité comprenant des spécialistes de la réadaptation professionnelle, des conseillers en placement, les services médicaux régionaux et, si nécessaire, d'autres spécialistes (extérieurs). Toutefois, la disposition prévue dans la sixième révision en vue d'obliger les offices cantonaux à effectuer des évaluations pluridisciplinaires a été retirée, car elle aurait restreint leur marge de manœuvre (Aiello, 2011). Or, sans une connaissance précise du degré d'incapacité de travail lié à l'état de santé et des mesures à prendre pour y remédier, il n'est pas possible d'élaborer un plan de réadaptation correct. Pour que l'analyse du problème soit valable, il importe que le médecin traitant et l'employeur soient systématiquement consultés. À cet égard, les nouvelles mesures que constituent le signalement et l'intervention précoces sont prometteuses : un tiers des médecins traitants et des employeurs avaient été contactés pour l'établissement des premiers documents, et jusqu'à 80 % dans le cadre des mesures de signalement précoce (Bolliger et al., 2012).

Adéquation des prestations et incitations à travailler

Rentes d'invalidité entières ou partielles

En 2004, la quatrième révision de la Loi sur l'assurance invalidité a également modifié la structure des prestations, qui est passée de trois à quatre niveaux. Ainsi que le montre le graphique 3.8 (partie A), les niveaux de prestations sont depuis lors très stables, et ce pour la totalité des problèmes de santé, notamment les différentes catégories de troubles mentaux.

Graphique 3.8. **L'introduction d'un échelon donnant droit à 75 % d'une rente entière n'a eu que peu d'effet**



Source : Calculs effectués par l'OCDE à partir des données de l'Office fédéral des assurances sociales.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932930138

Les revenus des assurés avant et après l'attribution d'une rente d'invalidité

Certaines données montrent que les rentiers AI qui présentent des troubles mentaux ont des revenus bien plus faibles que les bénéficiaires souffrant de problèmes physiques. Après examen des registres fiscaux (Wanner et Pecoraro 2012a), il a été constaté que les revenus de 45 % des bénéficiaires atteints de troubles mentaux étaient inférieurs à 60 % du revenu médian. Les individus vivant seuls et percevant une rente d'invalidité motivée par un handicap congénital, une incapacité physique ou des blessures consécutives à un accident sont moins nombreux à afficher un revenu aussi faible : 25 %, 33 % et 20 % respectivement. Par ailleurs, les bénéficiaires présentant des troubles mentaux occupent moins souvent un emploi (30 %) que ceux qui ont un handicap congénital (55 %) ou des incapacités physiques (40 %). Il ressort des analyses que – indépendamment du diagnostic – l'apparition précoce des problèmes de santé, une rente d'invalidité partielle et l'absence de cotisation ouvrant l'accès à des prestations au titre du deuxième pilier contribuent à la faiblesse des revenus, surtout si l'assuré n'a pas d'emploi susceptible de lui procurer un revenu complémentaire. Du fait de l'apparition précoce des troubles mentaux, l'ensemble de ces facteurs s'appliquent généralement aux bénéficiaires ayant ce type de problèmes.

La part des bénéficiaires atteints de problèmes mentaux qui perçoivent un revenu provenant du deuxième ou du troisième pilier ne dépasse pas 28 % pour les hommes et 32 % pour les femmes, contre 49 % et 46 % chez les personnes présentant des troubles physiques. Ces chiffres sont cohérents, car le montant médian perçu par les bénéficiaires de rentes d'invalidité au titre des deuxième et troisième piliers se situe entre 10 000 et 18 000 CHF par an, suivant la composition du ménage.

La situation financière d'un assuré moyen (revenu généré par un emploi et par des prestations) reste la même lorsqu'une rente d'invalidité (35 000 CHF par an) est accordée à un individu célibataire, de sexe masculin et atteint de troubles mentaux. Le revenu des femmes étant comparativement plus faible, l'octroi d'une rente d'invalidité augmente leur revenu annuel de quasiment 10 000 CHF[5]. Toutefois, le résultat dépend, dans une large mesure, du niveau de rémunération antérieur : pour les demandeurs dont la rémunération était inférieure à 30 000 CHF, le revenu moyen passe d'environ 20 000 CHF à quelque 28 000 CHF après obtention d'une rente. Chez les demandeurs dont la rémunération dépasse 30 000 CHF, le passage à l'assurance invalidité entraîne une perte de revenus : de 15 % pour les hommes et de 3 % pour les femmes si la rémunération n'atteignait pas

80 000 CHF, de 20 % et 8 % respectivement pour les hommes et les femmes qui gagnaient auparavant plus de 80 000 CHF.

Les demandeurs atteints de troubles mentaux ont souvent de faibles revenus bien avant d'être au bénéfice d'une rente invalidité. Entre 1993 et 2006, les bénéficiaires atteints de troubles mentaux réactionnels gagnaient en moyenne 20 000 CHF par an (Baer et al., 2009). Au cours de la dernière année précédant leur passage à l'assurance invalidité, le revenu moyen des demandeurs atteints de troubles mentaux se montait à 32 000 CHF (Wanner et Pecoraro, 2012b). L'octroi d'une rente se traduit donc souvent par une amélioration de la situation financière de cette catégorie d'assurés, même si une petite moitié d'entre eux restent proches du seuil de pauvreté (leur niveau de revenu étant inférieur à 60 % du revenu médian de la population active). Il convient donc de se pencher sur ce type d'incitation négative à la reprise d'une activité pour les individus faiblement éduqués atteints de problèmes mentaux, et dont le parcours professionnel est chaotique, car la probabilité de devenir bénéficiaire de l'assurance invalidité est plus élevée, de manière générale, chez les travailleurs peu qualifiés et les personnes à faibles revenus. Une des priorités essentielles devrait consister à éviter que des travailleurs puissent se trouver pendant des années dans une situation financière précaire, sans perspectives d'emploi, au point que la possibilité d'un revenu garanti par le biais de prestations sociales leur paraisse attrayante. Une reconnaissance précoce de leur état et une intervention rapide sont par conséquent cruciales.

Actuellement, la reprise d'une activité ou l'augmentation du nombre d'heures de travail rémunéré peut conduire à une réduction disproportionnée des prestations de l'assurance invalidité. Des données concrètes démontrent en conséquence que les bénéficiaires d'une rente souhaitent généralement savoir quelle rémunération ils peuvent percevoir sans perdre cette rente. Gysin et Bieri (2011) ont calculé l'impact d'un modèle linéaire : une personne seule gagnant 90 000 CHF avant d'obtenir une rente d'invalidité intégrale reçoit 35 000 CHF de l'assurance invalidité tant qu'elle n'a pas de revenu complémentaire supérieur à 25 000 CHF. Si ce revenu complémentaire passe à 30 000 CHF, le revenu total de l'assuré en question redescend de 60 000 CHF à 47 000 CHF, car celui-ci ne perçoit plus que les trois quarts de la rente. Il lui faudrait tripler le montant des revenus de son travail (et les porter à 70 000 CHF) pour atteindre le même revenu net que lorsqu'il gagnait 25 000 CHF. Le problème se pose de façon encore plus aiguë si le bénéficiaire a des enfants. Avec le système de rente linéaire, les bénéficiaires auraient une incitation financière à reprendre un emploi – jusqu'au taux d'invalidité de 40 % (seuil minimum), à partir duquel les incitations à travailler resteraient négatives[6].

Encadré 3.3. **La sixième révision (deuxième partie – rejetée par le Parlement en juin 2013)**

La deuxième partie de la sixième révision aurait permis à l'assurance invalidité de rembourser les dettes contractées auprès de la caisse d'assurance vieillesse jusqu'en 2025. La mesure phare de cette réforme concernait l'instauration d'un système de prestations/calendrier de paiements linéaires. Parmi les autres modifications envisagées dans ce cadre figuraient le renforcement des mesures de réadaptation professionnelle prises au titre de l'intervention précoce, prévues dans la cinquième révision, et un certain nombre de dispositions financières.

- S'agissant de l'intervention précoce et de la réadaptation, le signalement précoce aurait été étendu aux travailleurs n'ayant pas eu d'absence pour maladie ; la limitation dans le temps des mesures de réinsertion (concernant spécifiquement les demandeurs atteints de troubles mentaux), qui ne peuvent actuellement se prolonger au-delà d'une année, aurait été supprimée ; enfin, les employeurs auraient bénéficié de services de conseil et de soutien, qu'ils en aient ou non fait la demande auprès de l'office cantonal d'assurance invalidité.
- Les offices cantonaux d'assurance invalidité auraient été tenus de procéder, pour les nouveaux demandeurs, à des évaluations faisant intervenir des professionnels de différentes disciplines, et ils auraient été obligés d'assurer une évaluation globale de la situation, à la fois du point de vue médical et sous l'angle de la réadaptation.
- Les mesures financières auraient porté sur la réduction à 30 % des indemnités pour enfant à charge (qui représentent actuellement 40 % de la rente d'invalidité des parents). Ces indemnités ne seraient entrées en vigueur que trois ans après l'attribution d'une rente. Par ailleurs, la prise en charge des frais de déplacement des demandeurs bénéficiant de mesures de réadaptation aurait été limitée plus strictement aux coûts indispensables liés au handicap.

Le récent projet pilote « Capital de départ » (Bütler et al., 2011), financé par l'OFAS, avait pour objet de déterminer si l'adoption d'incitations financières ferait augmenter le nombre de bénéficiaires de rentes d'invalidité qui reprennent une activité ou intensifient leur activité professionnelle – avec pour corollaire une réduction d'au moins 25 % de leur degré d'incapacité de travail. Pour évaluer les retombées d'un paiement direct, deux groupes ont été créés, avec un capital de départ de 9 000 CHF et 18 000 CHF respectivement ; aucun capital de départ n'a été proposé au groupe de contrôle. Faute d'un nombre suffisant de participants, le projet, prévu pour une durée de quatre ans, a dû être interrompu au bout de deux années[7]. Il semble que les versements aient été beaucoup trop faibles pour compenser la perte des prestations « sûres » de l'assurance invalidité. D'autres pays ont mené des expériences similaires d'incitation, proposant par exemple des procédures simplifiées qui permettent de combiner une rente d'invalidité avec le maintien de revenus du travail ou une protection non limitée dans le temps, de sorte que les bénéficiaires qui exercent une activité puissent retourner dans l'assurance invalidité sans nouvelle instruction. Ces programmes pâtissent dans l'ensemble d'une très faible

participation (OCDE, 2010). Ainsi, le programme « Ticket-to-work » lancé par les États-Unis, par exemple, n'a enregistré qu'un taux de participation de 1-3 % du total des bénéficiaires, et ce malgré des investissements considérables, des garanties importantes en matière de sécurité financière et une série de mesures de soutien. L'une des explications tient probablement au fait que les personnes concernées bénéficiaient de prestations de l'assurance invalidité depuis trop longtemps : il en résulte une attitude d'évitement face à une possible évolution de leur situation, à la fois par peur de l'échec et par crainte de se voir déstabilisées une nouvelle fois.

Réagir au nombre important de bénéficiaires

La première partie de la sixième révision, mise en œuvre en 2012, concernait surtout le nombre global de bénéficiaires existants (encadré 3.4). Conformément à l'objectif fixé par le Conseil fédéral en 2011, l'assurance invalidité prévoit de réduire ce nombre de 12 500 équivalents temps plein entre 2012 et 2017, soit 17 000 bénéficiaires, ce qui représente 8 % du total de 2011 (ou 18 % des bénéficiaires actuels atteints de troubles mentaux si l'on cible exclusivement cette catégorie).

Encadré 3.4. **Sixième révision (première partie) : mesures de soutien à l'intention des bénéficiaires et incitations destinées aux employeurs afin d'augmenter le nombre de sorties de l'assurance invalidité**

Globalement, la sixième révision avait pour objet de favoriser la réadaptation professionnelle, de réduire davantage encore le déficit de l'assurance invalidité et de renforcer les incitations à travailler. La réforme a été scindée en deux parties (6a et 6b). La partie 6a est entrée en vigueur en 2012, mais la deuxième partie – dont la mise en œuvre aurait dû intervenir en 2015 – a finalement été rejetée par le Parlement.

En ce qui concerne les troubles mentaux, la première partie de la sixième révision porte essentiellement sur le renforcement des révisions des rentes et sur la réinsertion des bénéficiaires actuels de rentes d'invalidité. Il s'agit de remplacer les contrôles administratifs de routine par un contact personnel entre le gestionnaire du dossier au sein de l'office d'AI et le bénéficiaire de la rente, afin d'examiner en profondeur les possibilités de réinsertion de ce dernier.

De façon à permettre la mise en œuvre de ce processus et à en faciliter le bon déroulement, plusieurs initiatives ont été adoptées pour répondre aux craintes des assurés à l'idée de reprendre un emploi et aux craintes des employeurs à l'idée d'embaucher des personnes souffrant de troubles mentaux :

- *Réinsertion* : les bénéficiaires de rentes d'invalidité qui s'efforcent de décrocher un emploi dans le secteur concurrentiel reçoivent un soutien tout au long du processus de réinsertion, et conservent leur rente. Le placement à l'essai est une nouvelle mesure, encadrée à la fois pour les employeurs et pour les bénéficiaires de rentes ; elle est limitée à six mois.

Encadré 3.4. **Sixième révision (première partie) : mesures de soutien à l'intention des bénéficiaires et incitations destinées aux employeurs afin d'augmenter le nombre de sorties de l'assurance invalidité** *(suite)*

- *Après la réinsertion* : pendant les trois premières années suivant leur sortie de l'assurance invalidité, les anciens bénéficiaires qui travaillent ou qui cherchent un emploi dans le secteur concurrentiel peuvent prétendre à des services de conseil. Si le processus de réinsertion se solde par un échec – pour cause de rechute, par exemple – l'assurance invalidité doit déterminer rapidement si la personne peut obtenir une nouvelle rente. En cas de nouvelle incapacité de travail, l'assurance invalidité verse une indemnité temporaire d'un montant équivalent à celui de la rente antérieure.
- *Pendant les trois premières années*, l'employeur n'est pas tenu de signaler à son assurance d'indemnités journalières les éventuelles absences pour maladie de la personne qu'il a embauchée, ce qui élimine la crainte d'une éventuelle augmentation des primes. Par ailleurs, il n'est pas obligé d'affilier la nouvelle recrue au système d'assurance du deuxième pilier, car les demandeurs conservent leur propre système.

Il existe une catégorie particulière de bénéficiaires : ceux qui présentent des douleurs sans explication médicale claire (sans cause organique), qui ne satisfont plus aux critères donnant droit à une rente d'invalidité. Ces personnes feront l'objet d'une nouvelle évaluation et, s'il s'avère qu'elles sont aptes à travailler, elles perdront leur rente (en totalité ou en partie) avec effet rétroactif. Elles se verront en outre proposer un programme de réadaptation professionnelle d'une durée maximale de deux ans. Le versement des prestations sera maintenu pendant ces deux années si les personnes concernées participent aux mesures de réadaptation professionnelle. Durant les dix dernières années, le Tribunal fédéral a pris plusieurs décisions visant à durcir les critères d'admission au bénéfice d'une rente d'invalidité. Depuis 2011, les problèmes de santé pour lesquels il n'existe aucune explication médicale (fibromyalgie, neurasthénie, fatigue chronique, douleurs cervicales.) ne permettent plus de prétendre à une rente d'invalidité. Aux termes de la sixième révision, les bénéficiaires actuels présentant ce type de troubles seront soumis à une nouvelle évaluation dans un délai de trois ans. S'il ressort de l'examen médical qu'ils sont aptes à travailler, ils se verront retirer une partie ou l'intégralité de leur rente, sauf s'ils avaient plus de 55 ans en 2012 ou s'ils perçoivent leur rente depuis plus de quinze ans au moment de la réévaluation. On estime que, sur les 17 000 bénéficiaires qui devraient être réinsérés dans la vie active, 4 000 perçoivent une rente en raison de troubles douloureux. Plus généralement, les bénéficiaires de rentes d'invalidité souffrant de troubles mentaux (ce qui inclut les troubles somatiques) constituent le principal groupe visé par les mesures de réinsertion.

Bien qu'il soit trop tôt pour dresser un bilan complet de ces réformes, il serait intéressant de se pencher sur certains aspects relatifs à la réévaluation de la situation des bénéficiaires actuels, ainsi qu'aux instruments et aux incitations destinés à favoriser la réinsertion.

Il est indispensable d'instaurer une nouvelle culture de révision des rentes

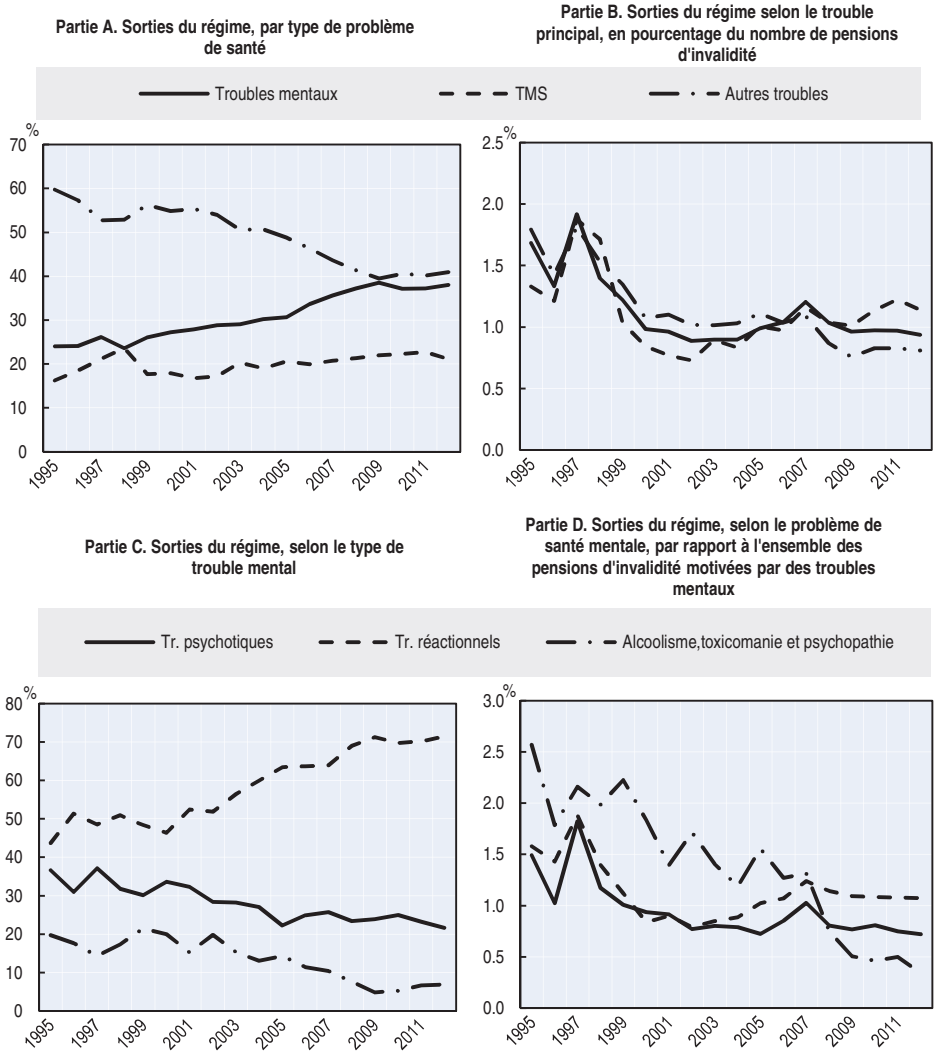
Une fois accordée la rente d'invalidité, les bénéficiaires font régulièrement l'objet d'une révision. Toutefois, cela ne se traduit que rarement par une sortie de l'assurance invalidité et un retour à l'emploi (graphique 3.9).

Depuis 1995, la part des individus atteints de troubles mentaux dans les sorties de l'assurance invalidité (hors décès et passage à l'assurance vieillesse) est passée de 24 % à 38 % (partie A), une augmentation inférieure à celle enregistrée dans le nombre de bénéficiaires de rentes d'invalidité liées à ce type de troubles. Par rapport à l'ensemble des dossiers, les sorties de bénéficiaires souffrant de problèmes mentaux n'ont pas augmenté (partie B) ; leur nombre représente un peu moins de 1 % du total, soit une proportion identique à celle que l'on observe pour les autres catégories de troubles, et inférieure à la progression enregistrée entre 1995 et 1999. L'examen des chiffres concernant certains types de troubles mentaux conduit aux mêmes constatations (parties C et D). Actuellement, quelque 815 bénéficiaires atteints de troubles mentaux quittent chaque année l'assurance invalidité.

Ces chiffres doivent être considérés dans le contexte de la première partie de la sixième révision, qui visait à ramener sur le marché de l'emploi, dans un délai de six ans, 17 000 bénéficiaires de prestations d'invalidité – la plupart atteints de troubles mentaux, et plus spécifiquement de troubles mentaux réactionnels. Pour atteindre cet objectif, l'assurance invalidité a adopté une série de nouvelles mesures (voir l'encadré 3.4). Il était essentiel de modifier la méthode de révision, afin de repérer les bénéficiaires ayant des chances de réinsertion. Avant la sixième révision, près de 50 000 bénéficiaires, soit 20 % du total, faisaient l'objet d'un réexamen au cours d'une année moyenne (graphique 3.10, partie B).

Cette révision reposait jusqu'ici sur une auto-évaluation du bénéficiaire et sur un examen effectué par le médecin traitant – auxquels s'ajoutait ensuite l'évaluation (d'ordre principalement administratif, sur dossier) de l'office cantonal d'AI. Dans plus de 80 % des cas, la capacité à travailler demeure inchangée, et on ne relève aucune évolution entre 2008 et 2011 (graphique 3.10, partie A). Pour la moitié des autres dossiers, l'évaluation de cette capacité aboutissait à une augmentation ou à une diminution de la rente. Les révisions conduisant à une baisse ou à la suppression des prestations ne représentent que 2 % environ de l'ensemble des rentes d'invalidité (partie B).

Graphique 3.9. **Les sorties de l'assurance invalidité sont exceptionnelles, quel que soit le problème de santé**



Source : Calculs effectués par l'OCDE à partir des données de l'Office fédéral des assurances sociales.

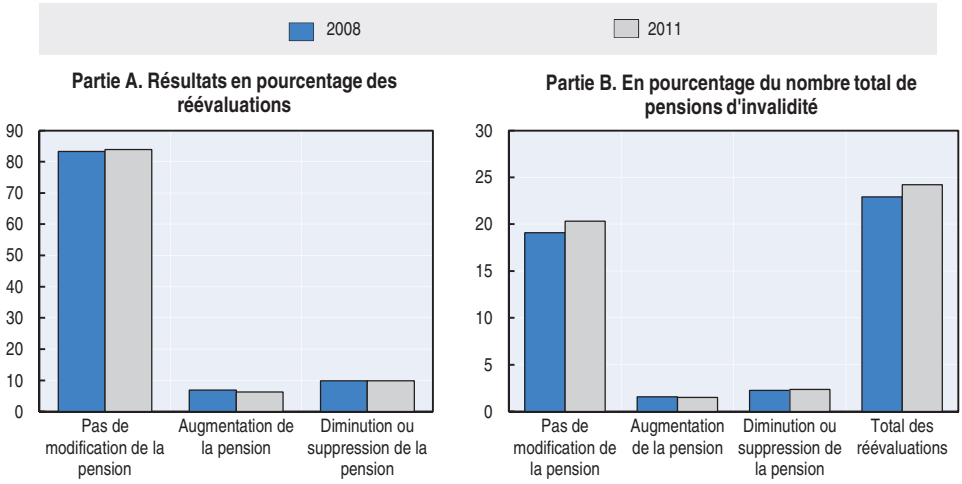
StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932930157*

La sixième révision a instauré une nouvelle procédure de réexamen des rentes, même si les pratiques en vigueur varient fortement d'un canton à l'autre : i) les bénéficiaires sont conviés à un entretien ; par ailleurs, il peut y avoir échange avec le médecin traitant, et le service médical régional peut

procéder lui aussi à une évaluation ; ii) si le bénéficiaire est présumé avoir de bonnes chances de se réinsérer, ou bien s'il présente des douleurs aux causes mal définies, des entretiens complémentaires peuvent avoir lieu avec lui, de même qu'avec le médecin traitant et d'autres parties concernées ; iii) un plan de réadaptation est élaboré, des mesures sont prises, ou l'admissibilité au bénéfice d'une nouvelle rente d'invalidité est évaluée ; iv) le résultat est lui-même évalué. Le recours à des entretiens plutôt qu'à l'examen administratif des dossiers est une nouveauté. On met davantage l'accent sur l'instauration d'une relation de confiance avec le demandeur (Schär et al., 2011).

Graphique 3.10. **Les révisions de rentes sont fréquentes mais conduisent rarement à une modification des droits à percevoir une rente**

Résultats de révisions des rentes portant sur les demandeurs de rente d'invalidité, 2008 et 2011



Source : Calculs effectués par l'OCDE à partir des données de l'Office fédéral des assurances sociales.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/88932930176*

Afin d'aider les assurés à quitter l'assurance invalidité à reprendre un emploi, il est crucial que les relations soient bonnes entre les spécialistes des offices cantonaux d'assurance invalidité et les médecins traitants (qui sont le plus souvent des psychiatres). Il faut pour cela une analyse conjointe du problème au travail, un plan de réadaptation approuvé par tous et une perception commune des obligations de chacun. Les faits prouvent cependant que des frictions subsistent entre les offices cantonaux et les médecins traitants (Romann, 2012).

Ces derniers ont parfois le sentiment que leurs avis ne sont pas suffisamment pris en compte, par exemple lorsque la décision d'un médecin du service médical régional qui connaît peu le patient prévaut sur leurs propres rapports et évaluations, ou bien parce que les offices cantonaux de l'assurance invalidité considèrent que le médecin traitant sous-estime la capacité de travail de l'assuré, ou encore parce que le service médical régional intervient à propos du traitement, en imposant certaines exigences concernant la médication. Le service médical régional joue un rôle majeur dans le nouveau processus de révision des rentes. Les connaissances et la coopération des médecins traitants sont également cruciales, tant pour la planification de la réhabilitation que pour le succès de la réinsertion, car ces médecins sont les confidents des demandeurs. Il importe par contre de souligner que les mesures de réadaptation professionnelle ne pourront pas porter leurs fruits si les médecins autorisent trop d'absences pour maladie ou agissent à l'encontre de l'amélioration de la capacité du patient à travailler.

Définir des critères et des mesures d'intervention fondés sur l'expérience

Des révisions plus personnalisées peuvent offrir des possibilités non négligeables, en particulier pour les demandeurs atteints de troubles mentaux qui manifestent souvent, vis-à-vis du travail, de l'appréhension, un manque de confiance en soi et une piètre estime de soi. Plusieurs facteurs paraissent indispensables au succès d'une telle stratégie. Il serait en premier lieu utile, pour accroître l'efficience et limiter au maximum les frustrations, de définir des critères (diagnostic, degré de gravité, durée et évolution de la maladie, parcours professionnel, etc.) permettant de repérer les individus susceptibles de se réinsérer dans la vie active. Cette détection relève actuellement de l'office cantonal de l'assurance invalidité ou des professionnels concernés. Deuxièmement, il faudrait élaborer des lignes directrices sur un certain nombre d'aspects, par exemple sur la manière d'établir une relation de confiance, de fournir des conseils à des assurés présentant des troubles mentaux différents, de conseiller les employeurs, de nouer une relation durable avec le médecin traitant, ou de mettre au point un plan de réadaptation efficace. Ces types d'indications constitueraient une aide pour les professionnels des offices d'assurance invalidité.

Compte tenu de l'ampleur des investissements consacrés, dans le cadre des réformes adoptées ces dix dernières années, à l'insertion professionnelle des assurés atteints de problèmes mentaux, il est frappant de constater l'absence de critères et de concepts fondés sur l'expérience de professionnels ; on peut aussi regretter le manque d'indications quant au moment opportun et aux modalités des interventions, selon les situations (maintien en poste ou réinsertion, par exemple) et les incapacités de travail d'origine psychiatrique.

La définition légale des nouvelles mesures d'aide à l'emploi ne précise pas en quoi doivent consister des mesures d'intervention efficaces. L'OFAS pourrait faciliter la tâche des offices cantonaux de l'assurance invalidité en assurant la fonction de supervision qui lui incombe et en prenant l'initiative d'élaborer des directives en coopération avec les médecins traitants, les professionnels de la réadaptation et d'autres intervenants.

Trouver un équilibre entre incitations à travailler, mesures de soutien et obligations

Lorsque le bénéficiaire d'une rente d'invalidité s'engage dans un processus de réinsertion, il prend le risque de remplacer des prestations garanties par un salaire aléatoire. L'assurance invalidité a par conséquent mis en œuvre des mesures de protection : ainsi, un ancien rentier peut percevoir une indemnité temporaire si sa capacité de travail diminue à nouveau d'au moins 50 % pendant une durée de 30 jours au cours des trois premières années suivant sa réinsertion. Cette indemnité correspond au montant que le bénéficiaire touchait antérieurement. L'office AI réexamine le taux d'invalidité. Une telle protection financière devrait revêtir une importance particulière pour les sujets vulnérables dont les troubles psychiques évoluent de manière fluctuante.

Le manque de confiance des assurés dans leur capacité de travail est profondément ancré, ce qui limite l'impact des incitations sur les personnes qui perçoivent une rente d'invalidité. Par ailleurs, plus longue est la période durant laquelle le bénéficiaire perçoit une rente d'invalidité, moins ce dernier se montre disposé à risquer un parcours de réinsertion. Les Pays-Bas ont tenté avec succès l'expérience d'un programme de réinsertion axé sur les nouveaux bénéficiaires d'une rente d'invalidité (OCDE, 2010). Il est cependant peu probable qu'un programme reposant exclusivement sur le volontariat puisse toucher un nombre élevé de bénéficiaires, notamment en Suisse, où les taux de remplacement sont très élevés pour les personnes dont les revenus antérieurs étaient faibles. En outre, les assurés peu scolarisés, qui se verraient proposer un emploi peu qualifié dans un environnement parfois difficile, pourraient juger cette éventualité désavantageuse et préférer ne pas travailler (Bütler et al., 2011).

Certains signes montrent cependant que les personnes souffrant de troubles mentaux sont nombreuses à désirer travailler, mais ne cherchent pas activement un emploi par peur de l'échec, d'une rechute ou de conflits sur le lieu de travail (Baer et Fasel, 2009). Elles ont souvent plus de mal à s'affirmer, montrent une certaine passivité ou une perception erronée de leur pathologie, et peuvent avoir un comportement caractérisé par la peur et l'évitement (Oyeflaten et al., 2008 ; Muijzer et al., 2012). Pour comprendre ces phénomènes, il faut se rappeler que la plupart des bénéficiaires de rentes

d'invalidité qui présentent un trouble mental n'ont guère réussi sur le marché de l'emploi avant de s'inscrire auprès de l'assurance invalidité (Baer et al., 2009) – ce qui accroît d'ailleurs leur réticence à tenter la réinsertion. Il est donc crucial, pour faciliter la reprise d'une activité, de trouver un équilibre entre, d'une part, les incitations financières, la construction d'une relation de confiance et un soutien efficace à la réadaptation, et d'autre part, l'obligation pour l'assuré de coopérer activement aux mesures de réinsertion, voire les conséquences éventuelles d'un manque de coopération.

Atténuer les craintes des employeurs

Les employeurs hésitent à embaucher des candidats dont ils savent qu'ils ont eu antérieurement des problèmes de santé mentale. Une enquête menée en Suisse, à titre expérimental, auprès de 750 petites et moyennes entreprises a montré que si les employeurs avaient le choix entre neuf candidats – une personne en bonne santé, mais paresseuse et peu fiable, cinq ayant connu précédemment des troubles d'origine physique et trois autres, fiables et motivées, ayant déjà présenté des troubles mentaux – ils recruteraient majoritairement le candidat moins fiable mais en bonne santé (50 %), puis ceux ayant eu des problèmes de santé d'ordre physique (47 %). Les candidats ayant souffert de troubles mentaux – dépression, schizophrénie et alcoolisme – ne seraient quasiment jamais choisis (3 %), même avec un état de santé stable et une capacité de travail de 100 % (Baer et Fasel, 2009).

Les préjugés à l'encontre des personnes atteintes de troubles mentaux n'expliquent pas totalement les réticences des employeurs. Certes, la plupart d'entre eux ont déjà connu des expériences négatives avec des employés souffrant de problèmes mentaux et, de ce fait, rechignent à engager ce type de candidats. Mais certains ont indiqué dans la même enquête que plusieurs mesures pourraient les inciter fortement à recruter des personnes ayant des problèmes de santé : embauche à l'essai, subventions salariales, information concernant le handicap de la personne et la manière de l'aborder, soutien d'un professionnel (OCDE, 2013).

L'OFAS a pris en compte les craintes et les besoins des employeurs dans la sixième révision, et a inscrit le placement à l'essai au nombre des mesures de réinsertion professionnelle. Pendant une période de six mois maximum, l'employeur n'est pas tenu d'engager la personne, ni de l'intégrer dans le système d'assurance du deuxième pilier. En outre, les possibilités de subventions salariales au bénéfice de l'employeur ont été étendues. Depuis la cinquième révision, déjà, l'assurance invalidité peut fournir un encadrement professionnel, destiné principalement à aider l'assuré, mais aussi, le cas échéant, l'employeur. De bon augure, ces mesures encourageantes protègent largement les employeurs contre les risques financiers.

D'autres améliorations sont possibles dans deux domaines. Premièrement, un encadrement professionnel limité dans le temps ne tient pas compte de la nature même des troubles mentaux. L'expérience montre que les problèmes apparaissent souvent avec un décalage dans le temps et que fréquemment, ils se répètent, même après plusieurs années. Dans ce type de situation, il est rare que l'employeur s'adresse en temps voulu à l'office cantonal d'assurance invalidité. Il serait donc capital, pour maintenir l'employé à son poste, de trouver une solution permettant de fournir une aide peu coûteuse, mais non limitée dans le temps. Deuxièmement, l'encadrement fourni l'est aujourd'hui en fonction des besoins de l'assuré, et non de ceux de l'employeur, ce qui revient à sous-estimer l'importance des interventions de ce dernier. Il faudrait que l'employeur bénéficie d'informations et d'une aide solide au début, puis d'un soutien continu et dynamique (mais moins intensif) par la suite. Pour les salariés souffrant de troubles mentaux, la présence d'un « bon » gestionnaire (qui se sent sûr de lui, donne des instructions claires et se montre disponible) représente le soutien le plus important. La deuxième partie de la sixième révision prévoyait une intensification des conseils apportés aux employeurs.

Quelles retombées peut-on espérer des mesures de réadaptation professionnelle ?

Le lancement d'un programme permanent de recherche sur l'assurance invalidité (PR-AI), ainsi que la possibilité nouvelle (instaurée en 2008) de faire financer par cette assurance des projets pilotes visant à prévenir le handicap et à favoriser la réinsertion, ont sensiblement amélioré la base des connaissances disponibles. Travaux de recherche et projets pilotes servent l'objectif de la cinquième révision de faire une place plus importante à la réadaptation dans l'AI.

On dispose cependant de très peu de données scientifiques quant à l'efficacité des mesures de réadaptation professionnelle prévues dans le cadre de l'AI, et la majorité des projets pilotes sont toujours en cours. Ces projets portent sur trois aspects : incitations à la réinsertion, collaboration interinstitutionnelle et réadaptation professionnelle. Le projet « Xtra Jobs » a pour objectif d'alléger les craintes des employeurs qui hésitent à embaucher des handicapés, grâce à un modèle de type intérim : ces personnes sont engagées à titre temporaire par des agences de placement spécialisées, puis déléguées à des entreprises. D'après l'évaluation, seuls 143 clients ont eu recours à ce programme en deux ans. Quatre-vingt-sept d'entre eux ont été dirigés vers des entreprises, et 29 ont finalement été embauchés (Bieri et al., 2010). Au total, 20 % seulement des personnes concernées ont obtenu un emploi, et l'on ignore dans quelle mesure ces emplois se sont révélés durables. Cependant, à raison de 33 000 CHF pour chacun des 143 cas, et de

167 000 CHF pour chaque placement, le coût du projet est élevé. Le faible taux de participation tient au fait que le projet n'était guère connu des employeurs et peu mis en œuvre à l'échelle des offices cantonaux de l'assurance invalidité. Ces aspects ont été corrigés dans le cadre d'un nouveau projet.

Le même taux de réussite (20 %) a été constaté dans une étude représentative consacrée à des demandeurs de rente d'invalidité souffrant de troubles mentaux réactionnels, auxquels l'assurance invalidité avait proposé, deux ans plus tard, de se voir appliquer des mesures classiques d'aide à l'emploi sans pouvoir bénéficier d'une rente complète (Baer et al., 2009). Si le taux de réussite atteint en moyenne 72 %, tous problèmes de santé confondus, à l'issue d'un programme à vocation professionnelle mis en œuvre par l'assurance invalidité, il n'est que de 58 % pour les demandeurs souffrant de problèmes mentaux. L'analyse de la situation professionnelle des personnes atteintes de troubles mentaux dont le parcours de réinsertion a réussi montre toutefois qu'un tiers seulement de ces 58 % (soit à peu près 20 %) occupent un emploi, à plein temps ou à temps partiel. Les nouvelles mesures de l'assurance invalidité sont de nature à améliorer ces résultats, mais une réinsertion durable reste difficile.

Prévenir les absences prolongées et les pertes d'emploi

Une mesure très prometteuse du deuxième volet de la sixième révision de la Loi sur l'assurance invalidité, rejeté par le Parlement, prévoyait la possibilité de fournir des conseils aux employeurs dès les premiers stades d'une situation problématique. Actuellement, l'employeur peut signaler un employé à l'office cantonal après 30 jours d'absence pour maladie, ou après plusieurs absences plus courtes. Cette situation pose deux difficultés : premièrement, une intervention après un délai d'au moins six semaines peut déjà s'avérer trop tardive ; deuxièmement, la majorité des travailleurs qui ont des troubles psychiques ne prennent pas de congés maladie. Une étude portant sur les mesures prises par les employeurs suisses lorsqu'ils se trouvent confrontés à des salariés qui souffrent de troubles mentaux et qui sont particulièrement difficiles a révélé que 60 % de ces employés n'ont pas eu d'absence prolongée pour cause de maladie et étaient présents sur le lieu de travail (Baer et al., 2011). Les employeurs ont décelé très rapidement les problèmes mentaux de certains de leurs salariés, mais, dans la plupart des cas, ils ne sont intervenus que bien plus tard. Ils ont essayé en vain de résoudre les problèmes pendant une période de trois ans en moyenne, avant de mettre fin au contrat dans la plupart des cas. L'absence pour maladie ne marque généralement pas le début d'une situation difficile au travail, mais plutôt la fin provisoire du problème. Il est donc crucial d'intervenir beaucoup plus rapidement, à un stade où l'emploi de la personne

mentalement déficiente n'est pas menacé, et où ses collègues et le personnel d'encadrement sont encore disposés à lui conserver son poste et à l'aider. Pour atteindre cet objectif, l'encadrement et les responsables des ressources humaines devraient faire appel à un soutien extérieur beaucoup plus tôt, c'est-à-dire dès qu'il apparaît que les initiatives normalement efficaces au niveau de l'encadrement (entretien avec le salarié dont le comportement est problématique ou dont les performances sont insuffisantes, définition d'objectifs clairs, offre de soutien, par exemple) ne permettent pas d'améliorer la situation.

Les conseils prodigués très tôt aux employeurs pourraient leur permettre de mieux réagir sur le lieu de travail face à des salariés présentant des troubles mentaux. La généralisation de cette mesure au niveau des offices cantonaux de l'assurance invalidité pourrait apporter de nouvelles perspectives à l'assurance, car l'accent ne serait plus mis exclusivement sur le soutien et la formation des personnes souffrant d'un handicap, comme c'est le cas aujourd'hui, mais aussi sur les mesures à prendre pour permettre aux employeurs de faire face à des travailleurs vulnérables.

Conclusions

Depuis les années 90, l'assurance invalidité suisse est confrontée à une augmentation constante du nombre de demandeurs atteints de troubles mentaux. Les individus qui sortent de l'assurance pour reprendre un emploi étant très rares, le nombre total de bénéficiaires augmente régulièrement. Cette évolution est à l'origine de la situation financière désastreuse du système et a même menacé la solvabilité de l'assurance vieillesse. La croissance du nombre de personnes qui sollicitent une rente d'invalidité en raison de troubles mentaux peut s'expliquer en partie par le transfert de bénéficiaires de l'aide sociale à l'assurance invalidité, et par l'exclusion de plus en plus fréquente du marché de l'emploi des travailleurs âgés, des immigrés peu qualifiés et des mères isolées – pour la plupart atteints de dépression ou de troubles douloureux. Jusqu'en 2006, très peu de demandeurs se sont vu proposer des mesures de réadaptation professionnelle avant d'obtenir une rente d'invalidité.

L'Office fédéral des assurances sociales a réagi par le biais de plusieurs réformes de la loi sur l'assurance invalidité, adoptées entre 2004 et 2012 : d'abord destinées à faire baisser le nombre de personnes demandant à percevoir une rente d'invalidité, elles ont ensuite visé à faciliter les sorties et le retour à l'emploi des bénéficiaires. Ces réformes ont modifié le système en profondeur, en mettant davantage l'accent sur la capacité de travail résiduelle et sur les mesures de soutien au retour à l'emploi, plutôt que sur les aspects administratifs ou purement médicaux de l'accès aux prestations.

En outre, des mesures plus accessibles, permettant une intervention précoce, ont été mises en œuvre plutôt que certaines aides à la réinsertion professionnelle, très sélectives, coûteuses et souvent inefficaces. En contrepartie, des exigences plus strictes ont été imposées aux demandeurs, qui doivent coopérer à la mise en œuvre de ces mesures et suivre un traitement médical ; par ailleurs, les conditions d'accès à une rente d'invalidité (aux plans légal et médical) ont été régulièrement durcies.

Cet ensemble de réformes a porté ses fruits : depuis 2005, le nombre total des nouvelles demandes a diminué de 45 %, ce qui a permis de stabiliser la quantité de bénéficiaires. Le nombre de demandeurs atteints de troubles mentaux a en revanche poursuivi sa progression, bien qu'à un rythme nettement moins soutenu. En une décennie, l'assurance invalidité s'est transformée, passant de l'administration des prestations à la réadaptation, et elle offre désormais des mesures d'ordre professionnel mieux adaptées aux personnes qui présentent des troubles mentaux. Cette évolution n'est cependant pas encore achevée. D'autre part, on ignore encore à ce jour, dans une large mesure, les effets de ces réformes. Pour que celles-ci atteignent leurs objectifs et que cette amélioration se poursuive, il faudra relever les défis qui subsistent et tirer pleinement parti des nouvelles opportunités.

Orienter davantage le système vers les employeurs

- *Renforcer les signalements précoces.* Les résultats des mesures d'ordre professionnel étant bien meilleurs lorsque le demandeur conserve son emploi, il convient de promouvoir le signalement précoce et d'en faire la principale voie d'accès à l'assurance invalidité. Il faudrait faire en sorte que les employeurs recourent à la possibilité de signaler certains salariés à l'office de l'assurance invalidité.

- *Promouvoir le recours aux mesures d'intervention précoce chez les personnes ayant une mauvaise santé mentale.* Actuellement, les nouvelles mesures d'intervention précoce concernent principalement les demandeurs souffrant de troubles d'origine physique. Il conviendrait de les étendre aux personnes atteintes de problèmes mentaux – et particulièrement de troubles courants – qui occupent toujours un emploi.

- *Développer les interventions axées sur le lieu de travail.* Les mesures d'intervention précoce comprennent un large éventail de services, mais seuls les stages de formation et la réadaptation socio-professionnelle sont fréquemment utilisés. Le potentiel que représente l'intervention précoce n'est donc pas encore pleinement

exploité. Les mesures axées sur le lieu de travail devraient être fortement développées, en particulier les services de conseil et d'encadrement professionnel, qui favorisent le maintien dans l'emploi.

- *Promouvoir les mesures de réinsertion dans les entreprises classiques.* Les nouvelles mesures de réinsertion ne sont, elles aussi, que partiellement mises en œuvre : c'est surtout la formation de base ou spécialisée, destinée à accroître la capacité de travail, qui est utilisée – mais le plus souvent dans des entreprises protégées. Les mesures de soutien dans les entreprises classiques et les aides aux employeurs visant à favoriser le maintien dans l'emploi restent rares. Il faudrait au contraire, chaque fois que cela est possible, adopter des mesures de réinsertion dans les entreprises non protégées.

- *Développer les activités de conseil à l'intention des employeurs.* Le soutien aux employeurs par le biais de conseils prodigués très tôt concernant des interventions efficaces axées sur les salariés atteints de problèmes mentaux (proposition rejetée récemment par le Parlement) offrirait des possibilités considérables : cette mesure préventive permettrait en effet de réduire le nombre des demandes de rentes d'invalidité et de renforcer la position des offices cantonaux AI vis-à-vis des employeurs. Sa mise en œuvre est souhaitable, et les offices de l'assurance invalidité devraient enrichir leurs connaissances quant aux moyens d'intervenir efficacement sur le lieu de travail.

Continuer d'améliorer les évaluations et les révisions de rentes

- *Mettre davantage l'accent sur l'aptitude au travail dans les instructions*. Les examens médicaux se sont multipliés au cours des cinq dernières années, alors que les évaluations professionnelles spécialisées demeurent inadaptées dans le cas de demandeurs atteints de troubles mentaux. Il est par conséquent difficile de planifier les interventions. Des changements profonds restent indispensables : chaque fois que cela est nécessaire, les évaluations doivent être pluridisciplinaires, faire appel à des spécialistes de l'emploi, et se dérouler plus en amont afin que la réinsertion puisse être correctement planifiée.

- *Continuer d'améliorer la qualité des expertises médicales.* Il est reconnu que la qualité des évaluations médicales laisse encore à désirer en ce qui concerne les demandeurs atteints de troubles mentaux, et des recommandations formelles ont été élaborées quant

aux examens psychiatriques. Il convient que ces recommandations soient rigoureusement respectées, et complétées par des directives relatives à la réinsertion professionnelle élaborées pour chaque type d'incapacité par des médecins, en coopération avec des spécialistes de l'emploi.

- *Améliorer la qualité des révisions de rentes.* Les réexamens (médicaux) portant sur les bénéficiaires actuels de rentes d'invalidité ne font pas apparaître de modification sensible de leur capacité de travail, ce qui entraîne probablement un important gaspillage de potentialités. La réévaluation administrative devrait rapidement laisser la place au dialogue et au contact personnel avec le médecin traitant, conformément à ce qui est actuellement prévu. En outre, les révisions de rentes devraient être systématiques. En cas de divergence (entre le médecin traitant et les services médicaux régionaux), les deux parties devraient se voir contraintes d'en débattre afin de parvenir à un accord.
- *Améliorer la collaboration avec les médecins traitants.* Enfin, la collaboration entre les offices cantonaux de l'assurance invalidité, les médecins traitants et les associations médicales devrait être améliorée sensiblement grâce à une coopération étroite pour la planification et la mise en œuvre du programme de réinsertion, notamment par le biais d'accords sur la gestion des situations potentiellement difficiles et des certificats de maladie.

Rendre le retour à l'emploi plus attrayant pour les bénéficiaires actuels

- *Promouvoir les rentes d'invalidité partielles.* Les nouveaux demandeurs atteints de troubles mentaux restent nombreux à percevoir une rente entière (davantage que les personnes souffrant de TMS, par exemple). Pour cette catégorie de population, il serait possible de mieux exploiter la capacité de travail résiduelle en privilégiant le versement de rentes partielles.
- *Adopter un modèle de paiement linéaire.* Un tel modèle inciterait davantage les bénéficiaires actuels (notamment ceux qui, peu scolarisés, n'ont qu'un faible potentiel de rémunération) à intensifier leur recherche d'emploi. Actuellement, il n'est souvent pas rentable de travailler plus en raison de très importants effets de seuil. Le modèle de rente linéaire qui avait été proposé (et que le Parlement a rejeté en juin 2013) devrait être mis en œuvre.
- *Éliminer les désincitations à travailler.* En Suisse, les prestations de l'assurance invalidité restent relativement généreuses pour

certaines catégories de personnes, comme les jeunes qui n'ont jamais travaillé ou les individus chargés de famille, quel que soit leur âge. Il convient de revoir la structure des prestations, de manière à assurer un équilibre entre le versement d'un montant suffisant et les incitations à la reprise d'un emploi.

Notes

1. Conformément à la définition des troubles mentaux figurant dans le présent rapport – et qui ne tient pas compte des problèmes mentaux d'origine organique ni du retard mental (OCDE, 2012) – 87 000 personnes environ sont en invalidité pour des raisons de santé mentale. Si l'on comptabilise les troubles précédemment exclus, la part des pensions d'invalidité liées à des problèmes mentaux s'élevait à 43 % en 2012.

2. La classification des troubles de santé justifiant une prestation d'invalidité comprend neuf catégories de troubles mentaux, qui sont aujourd'hui dépassées et ne correspondent pas du tout à la Classification international des maladies (CIM-10) : schizophrénie, troubles bipolaires, psychose organique, autres formes de psychose, psychopathies, troubles réactionnels, dépendance à l'alcool, dépendance à d'autres substances et retard mental. Le recours à cette classification peut être maintenu pour des raisons statistiques, mais doit être complété par les codes CIM relatifs aux diagnostics. Cela permettrait une meilleure analyse, ainsi que des comparaisons internationales.

3. La distinction entre les troubles mentaux en fonction de leurs causes supposées (c'est-à-dire l'étiologie des maladies mentales) a été abandonnée avec la CIM-10. Les troubles dits « psychogènes et réactionnels » (code 646 de la classification des maladies de l'assurance invalidité) comprennent des problèmes de santé mentale très différents, parmi lesquels figurent notamment la dépression, les troubles de la personnalité, les troubles psychosomatiques, etc.

4. La réadaptation socio-professionnelle (ou « mesure d'insertion » dans la pratique) ne constitue généralement pas une mesure d'intervention précoce si la personne concernée a toujours son emploi. Il s'agit plutôt d'une initiative à bas seuil d'accessibilité visant à lancer un processus de réadaptation durable au bénéfice de personnes souffrant de troubles graves (la mesure peut consister par exemple à travailler deux heures par jour dans un atelier protégé à l'issue d'un séjour en établissement psychiatrique).

5. Les aides sociales et les prestations cantonales complémentaires versées avant l'attribution de la rente d'invalidité n'ayant pas été prises en compte

dans l'analyse, le montant des revenus antérieurs est quelque peu sous-estimé.

6. Il y a eu débat sur la question de savoir si le niveau maximum de la pension linéaire devait être versé dès que l'incapacité de travail atteint 70 % ou seulement à 80 %. Dans ce dernier cas, une économie comprise entre 70 et 150 millions CHF aurait été réalisée chaque année, car le niveau de la pension aurait diminué pour 14 % des bénéficiaires actuels (il serait resté inchangé dans 77 % des cas et aurait augmenté pour les 9% restants).

7. Les offices cantonaux d'AI ont invité 4 000 bénéficiaires à participer à ce projet. Seuls 145 d'entre eux ont répondu dans un délai de six mois (soit 4 % des personnes contactées), et 49 se sont déclarés intéressés. Sur ce total de 49, 17 ont été considérés comme susceptibles d'être réinsérés professionnellement sans avoir besoin d'un soutien trop important. Trois personnes ont finalement fait l'objet de mesures de réinsertion.

Références

Aiello, R. (2011), « Die IV-Revision 6b » [La 4e révision 6b], *Soziale Sicherheit*, n° 5/2011, pp. 259-263.

Baer, N. et T. Fasel (2009), « Sie wäre so begabt" – Die Arbeitssituation von Menschen nach Psychosen » ["Elle était si douée" – Situation vis-à-vis de l'emploi des personnes relevant d'une psychose], *Familiendynamik*, n° 4, pp. 346-359.

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" : perception et gestion par les supérieurs hiérarchiques et les directeurs des ressources humaines des situations liées à des problèmes de santé mentale – Une étude pilote à Bâle-Ville et Bâle-Campagne], *FoP-IV Forschungsbericht*, Bundesamt für Sozialversicherungen, Berne.

Baer N., U. Frick et T. Fasel (2009), « Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen, Beiträge zur Sozialen Sicherheit » [Analyse de cas de rentes invalidité perçues pour raisons psychologiques, Contributions à la Sécurité sociale], Bundesamt für Sozialversicherungen, Berne.

Bieri, O., M. Inauen et A. Balthasar, (2010), « Evaluation des Pilotprojekts 'XtraJobs', Schlussbericht zuhanden des Bundesamts für Sozialversicherungen (BSV) » [Évaluation du Project "XtraJobs", Rapport pour le compte de l'Office fédéral de l'assurance sociale], *Interface Politikstudien Forschung Beratung*, Lucerne (non publié), www.interface-politikstudien.ch/downloads/deutsch/Be_XtraJobs.pdf.

Bolliger, C., T. Fritschi, R. Salzgeber et al. (2012), « Eingliederung vor Rente. Evaluation der Früherfassung und der Integrationsmassnahmen in der Invalidenversicherung » [Réhabilitation avant la rente. Évaluationde la détection précoce et des mesures d'intégration dans l'assurance invalidité], *FoP-IV Forschungsbericht*, Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), Berne.

Bolliger, S., I. Stadelmann-Steffen, E. Thomann et C. Rüefli (2010), « Migrantinnen und Migranten in der Invalidenversicherung. Verfahrensverläufe und vorgelagerte Faktoren » [Les migrants et l'assurance invalidité. Développement et facteurs en amont], *FoP-IV Forschungsbericht*, Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), Berne.

Bütler, M., M. Lechner et E. Deuchert (2011), « "Pilotprojekt 'Startkapital" » [Projet pilote Startkapital], Endbericht, Schweizerisches Institut für Empirische Wirtschaftsforschung, Universität St. Gallen.

Bütler, M. (2009), *Ergänzungsleistungen. Eine Analyse der Fehlanreize in der Erwerbsphase, bei der Pensionierung und im hohen Alter* [Rentes supplémentaires. Une analyse des désincitations dans la phase d'acquisition, sur la retraite et la vieillesse], Avenir Suisse, Zurich.

Colomb, E., V. Dittmann, G. Ebner et al. (2012), « Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung » [Guide pour les évaluations psychiatriques dans l'Assurance fédérale Invalidité], Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP).

Ebner, G, V. Dittmann, R. Mager et al. (2012), « Erhebung der formalen Qualität psychiatrischer Gutachten » [Enquête sur de qualité formelle des évaluations psychiatriques], *FoP-IV Forschungsbericht*, Bundesamt für Sozialversicherungen, Berne.

Guggisberg, J., T. Oesch et L. Gardiol (2010), « Migrantinnen und Migranten in der Invalidenversicherung. Soziale Unterschichtung, gesundheitliche Lage und Invalidisierungsrisiko » [Les migrants et l'assurance invalidité. Stratification sociale, statut au regard de la santé et risques de devenir invalide], *FoP-IV Forschungsbericht*, Bundesamt für Sozialversicherungen, Berne.

Guggisberg, J., T. Egger et K. Künzli (2008), « Evaluation der Arbeitsvermittlung in der Invalidenversicherung » [Évaluation de l'aide à la recherche d'emploi dans l'assurance invalidité], *FoP-IV Forschungsbericht*, Bundesamt für Sozialversicherungen, Berne.

Gysin, B. et O. Bieri (2011), « Lohnt sich Erwerbsarbeit für Bezügerinnen und Bezüger einer IV-Rente? » [Le travail est-il rentable pour les bénéficiaires de l'assurance invalidité ?], *Soziale Sicherheit*, n° 5/2011, pp. 253-258.

Linden, M., S. Baron et B. Muschalla (2009), *Mini-ICF-APP. Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen* [Mini-ICF-APP. Mini-évaluation des activités de la CIF et troubles de la santé mentale], Verlag Hans Huber, Hogrefe, Berne.

Modetta, C. (2006), « Delphi-Studie zu Gründen für das verlangsamte Wachstum der IV-Neurenten » [Étude Delphi sur les raisons de la croissance plus lente des nouvelles rentes IV], *FoP-IV Forschungsbericht*, Bundesamt für Sozialversicherungen, Berne.

Muijzer, A., S. Bouwer, J. Geertzen et J.W. Groothoff (2012), « Exploring Factors Relevant in the Assessment of the Return-to-Work Process of Employees on Long-Term Sickness Absence due to a Depressive Disorder: A Focus Group Study », *BMC Public Health*, No. 12, p. 103.

OCDE (2013), *Mental Health and Work: Norway*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264178984-en.

OCDE (2012), *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264124561-fr.

OCDE (2010), *Maladie, invalidité et travail : Surmonter les obstacles: Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264088870-fr.

Oyeflaten, I., M. Hysing et H. Eriksen (2008), « Prognostic Factors Associated with Return to Work Following Multidisciplinary Vocational Rehabilitation », *Journal of Rehabilitation* Medicine, n° 40, pp. 548-554.

Romann, C. (2012), « Zusammenarbeit mit der IV – ein Weg aus der Sackgasse » [Co-opération avec la IV – Sortir de l'impasse], *Schweizerische Ärztezeitung*, n° 93, p. 11.

Schär, B., K. Jetzsch et P. Cudré-Mauroux (2011), « Die IV-Revision 6a » [La 4e révision 6a], *Soziale Sicherheit*, n° 5/2011, pp. 244-252.

Wanner, P. et M. Pecoraro (2012a), « La situation économique des rentiers AI », *FoP-IV Forschungsbericht*, Bundesamt für Sozialversicherungen, Berne.

Wanner, P. et M. Pecoraro (2012b), « Die wirtschaftliche Situation von IV-Rentnerinnen und –Rentnern » [La situation économique des bénéficiaires et retraités de la IV], *Soziale Sicherheit*, n° 3/2012, pp. 171-176.

Chapitre 4

Les efforts de la Suisse pour lutter contre l'inactivité et le chômage de longue durée

Ce chapitre examine la capacité de l'assurance chômage et de l'ensemble du système de protection sociale en Suisse à faire face à la forte prévalence des maladies mentales parmi leurs bénéficiaires. Il aborde la problématique de la prise de conscience du problème ainsi que les moyens mis en œuvre pour identifier les troubles mentaux et aider les personnes atteintes à réintégrer le marché du travail. Il étudie principalement la situation actuelle, le rôle, l'impact et les potentialités futures de la collaboration interinstitutionnelle qui a été initiée voici plus de dix ans et qui n'a cessé de se développer depuis lors.

En Suisse, l'assurance invalidité joue un rôle majeur dans la politique concernant la santé mentale et l'emploi, en sensibilisant davantage aux problèmes que pose la mauvaise santé mentale et en faisant évoluer les tendances en matière de sortie du marché du travail et de retour à l'emploi. Elle n'est cependant pas le seul acteur important. En effet, les personnes souffrant de problèmes de santé mentale qui ont perdu leur emploi ou qui n'ont jamais eu un emploi décent perçoivent bien souvent d'autres types de prestations, en particulier des indemnités chômage et des prestations de l'aide sociale. C'est pourquoi les services cantonaux de l'emploi et les services sociaux communaux sont également des acteurs essentiels. Compte tenu des passages fréquents d'un système d'indemnités à l'autre et de la présence de demandeurs dans différents systèmes simultanément ou consécutivement, la Suisse a porté une attention croissante, ces dix dernières années, à la coopération entre les différents systèmes et les différentes parties prenantes, communément appelée « collaboration interinstitutionnelle » (CII). Cette démarche a engendré la modification de nombreuses procédures, mais beaucoup de travail reste à accomplir pour améliorer les résultats.

Importance des différents systèmes de prestations

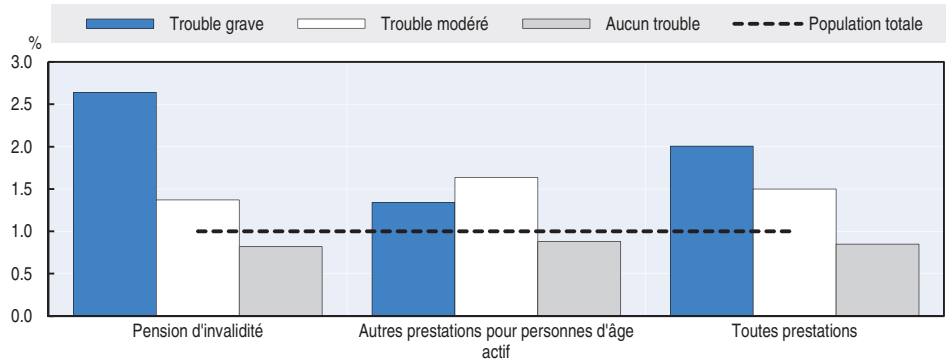
Selon un calcul réalisé sur une période trois ans (2004-06), près de 20 % de la population en âge de travailler ont perçu des indemnités de l'un des trois principaux systèmes pendant au moins deux mois (Fluder et al., 2009)[1]. Ce chiffre reflète l'importance de ces systèmes de protection du revenu au cours des périodes de chômage ou d'inactivité. Parmi les personnes ayant bénéficié de ces prestations, environ la moitié ont perçu une indemnité de chômage, un quart une rente d'invalidité et un autre quart une prestation relevant de l'aide sociale[2]. La durée des versements varie fortement selon les types de prestations : alors que la période moyenne de versement de l'indemnité de chômage se situe autour de 100 jours[3], la majorité des rentes d'invalidité sont des versements permanents (chapitre 3), et parmi ceux bénéficiant de prestations de l'aide sociale, environ un tiers dépendent de ces paiements de manière plus ou moins permanente (Aeppli et Ragni, 2009).

Comme dans d'autres pays de l'OCDE, la proportion des personnes qui dépendent de ces prestations est bien plus élevée parmi celles atteintes d'un trouble mental (OCDE, 2012). Malheureusement, les données administratives ne peuvent attester cette réalité, car l'état de santé du demandeur n'apparaît que dans les données relatives aux rentes d'invalidité. La seule source d'information utile permettant d'associer la perception de prestations à l'état de santé mentale est l'Enquête suisse sur la santé, même si avec un taux global de 12 % de la population en âge de travailler, cette enquête sous-estime l'utilisation de ces prestations[4]. Les dernières données

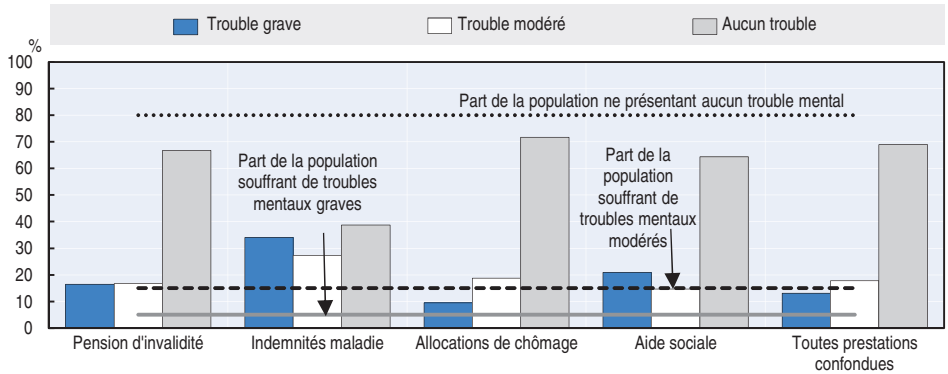
disponibles datant de 2007 (les données pour 2012 n'étaient pas disponibles en 2013 au moment de la rédaction du présent rapport) suggèrent que, pour les personnes atteintes d'un trouble mental modéré, les taux de bénéficiaires de prestations sont 50 % plus élevés que pour la population totale. Ces taux sont encore deux fois plus élevés pour les personnes souffrant d'un trouble mental grave. Dans le groupe des bénéficiaires souffrant de troubles graves, deux tiers perçoivent une rente d'invalidité et un tiers une autre prestation, alors que dans le groupe des assurés souffrant de troubles modérés, moins de la moitié perçoivent une rente d'invalidité (graphique 4.1, partie A).

Graphique 4.1. **Le nombre de bénéficiaires est beaucoup plus élevé chez les personnes ayant une mauvaise santé mentale**

Partie A. Pourcentage de la population percevant des prestations pour les personnes d'âge actif, selon la gravité du trouble mental (par rapport à la population totale, population totale=1.0)



Partie B. Part des bénéficiaires des différents types de prestations pour personnes d'âge actif ayant un trouble mental



Source : Calculs effectués par l'OCDE à partir de l'Enquête suisse sur la santé, 2007.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932930195

Il est fréquent qu'un bénéficiaire passe d'un type de prestation à un autre

Depuis le début des années 90, le nombre de bénéficiaires des différentes prestations a augmenté de façon considérable. Le chômage ne constitue un problème que depuis le début des années 90 (depuis, il fluctue en fonction des cycles économiques) ; le nombre de personnes percevant des revenus de l'assurance invalidité a presque doublé entre 1990 et le milieu des années 2000 ; et le nombre de bénéficiaires de l'aide sociale a également enregistré une très forte augmentation. Plusieurs réformes distinctes ont tenté de corriger ce problème dans les différents systèmes, souvent avec des implications pour les autres systèmes. La dernière hausse des demandes adressées aux services sociaux ces dernières années, par exemple, est en partie le résultat d'un accès plus restrictif aux prestations de l'assurance chômage et de l'assurance invalidité[5].

Cette évolution a suscité des inquiétudes concernant les passages d'un système de prestations à un autre, en particulier chez les personnes ayant des besoins mal définis ou complexes – parmi lesquels se trouvent probablement de nombreux assurés souffrant d'un trouble mental. Le problème qui peut se présenter est que ces individus sont renvoyés d'un système à l'autre (ce que l'on appelle également l'« effet tourniquet ») : aucun système de prestations n'assume la pleine responsabilité de ces personnes, qui de ce fait n'obtiennent jamais le soutien dont elles ont besoin.

Fluder et al. (2009) sont les premiers à avoir quantifié ce phénomène de passage d'un système de prestations à un autre dans la population d'âge actif. Il ressort de leur étude que l'effet tourniquet se limite à un groupe de bénéficiaires relativement restreint, moins important que ce qui avait été envisagé. En croisant diverses sources de données administratives, ils arrivent aux conclusions suivantes :

- Environ 8 % seulement de l'ensemble des bénéficiaires de prestations au cours de la période d'observation (2004-06) sont passés d'un système à un autre, et environ 1 % ont connu au moins deux changements.
- Environ 10 % ont perçu deux prestations simultanément (généralement une prestation de l'aide sociale en complément d'une autre indemnité).
- Le changement le plus fréquent concerne le passage des indemnités de chômage à une prestation de l'aide sociale (après la perte des droits aux indemnités de chômage) – ce groupe représente plus d'un tiers de toutes les nouvelles demandes d'aide sociale[6].

- Les passages de l'aide sociale à la rente d'invalidité (en cas de détérioration des capacités de travail) ou aux indemnités de chômage (lorsque l'aptitude au travail s'améliore) sont également courants : ils représentent un cinquième des nouvelles demandes de prestations de l'assurance invalidité et une nouvelle demande d'indemnités de l'assurance chômage sur 20.
- Les *sorties* du système de la protection sociale sont bien plus nombreuses : près de 90 % de toutes les sorties de l'assurance chômage et deux tiers de toutes les sorties de l'aide sociale correspondent à des sorties du système de prestations.
- Enfin, pour les demandeurs qui se sont vu refuser la rente d'invalidité, la perception d'un autre type de prestation est très courante : un demandeur sur deux a perçu une autre prestation avant, pendant ou après la décision de rejet.

Ainsi, les allers-retours répétés entre différents systèmes de prestations sont assez rares, mais les transferts vers une prestation principale par le biais d'une autre prestation sont plus fréquents. Les mesures politiques doivent par conséquent prendre en compte trois aspects : premièrement, le grand nombre de personnes ayant un trouble mental dans tous les systèmes de prestations ; deuxièmement, le transfert fréquent des chômeurs de longue durée en fin de droits vers l'aide sociale ; et troisièmement, le transfert fréquent vers une rente d'invalidité après une période de dépendance à l'aide sociale. Ces passages d'un système de prestations à l'autre sont probablement plus fréquents pour les individus qui oscillent entre bonne et mauvaise santé ; parmi eux les individus ayant une mauvaise santé mentale sont surreprésentés.

Il convient de saluer la mise en place, en Suisse, d'un outil de suivi des flux et des interactions entre les différents systèmes de sécurité sociale, fondé sur une série d'indicateurs pertinents du point de vue de l'action publique (SHIVALV ou AS-AI-AC[7], voir l'encadré 4.1). Les conclusions qui émanent de cet outil de suivi confirment les résultats mentionnés ci-avant et s'avèrent plutôt robustes dans le temps, à l'exception des fluctuations concernant le chômage et le chômage de longue durée, qui sont liées aux cycles économiques. Les données montrent, par exemple, que plus de 90 % de personnes recevant des revenus de l'assurance invalidité les perçoivent toujours l'année suivante. Les chiffres sont d'environ 70 % pour les versements de l'aide sociale et atteignent actuellement 60 % – ils étaient à 50 % avant la crise – pour les indemnités de chômage (Kolly, 2011 ; BSV, 2012).

Des données récentes confirment également la robustesse des schémas de transfert d'un système de prestations à l'autre, et le faible nombre de sorties de l'assurance invalidité. En revanche, de nombreuses personnes qui ne perçoivent plus de prestations de l'aide sociale restent dans le système de la sécurité sociale en ayant accès à des indemnités de chômage ou à une rente d'invalidité (environ une sortie sur trois se fait à l'intérieur du système de protection sociale). Le flux le plus important – avec plus de 10 000 personnes par an – se fait des indemnités de chômage vers l'aide sociale lorsque les individus ont épuisé leurs droits aux indemnités de chômage (tableau 4.1).

Tableau 4.1. **Les bénéficiaires de l'aide sociale sont souvent transférés vers d'autres systèmes de prestations**

Nombre de bénéficiaires en 2009 et transitions, de 2009 à 2010, entre revenus de l'assurance invalidité, indemnités de chômage et aide sociale

	Destination (en 2010):			***Nbre de dossiers***	***Pourcentage de sorties***	
Origine (en 2009):	Prestations d'invalidité	Allocations chômage	Aide sociale	in 2009	…au sein du système de prestations	… sur le nombre total de dossiers
Prestations d'invalidité	*242 700*	170	290	260 900	3%	7%
Allocations chômage	2 590	*181 700*	11 100	300 200	12%	39%
Aide sociale	6 200	8 400	*106 500*	149 700	34%	29%

Source : Compilation du Secrétariat de l'OCDE fondée sur les indicateurs de base de l'outil AS-AI-AC 2005-10.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932930499*

Le potentiel de l'outil de suivi en tant qu'instrument stratégique n'est toutefois pas pleinement exploité. Pour l'instant les informations sont collectées par sexe, âge, nationalité, région et statut marital. Le niveau d'instruction, les modalités de résidence, le revenu, et l'état de santé et de santé mentale sont d'importantes variables qu'il serait intéressant d'exploiter afin d'identifier les groupes pour lesquels les politiques ne sont pas pleinement efficaces.

Encadré 4.1. **Dispositif de suivi des interactions au sein du système de sécurité sociale**

L'outil de suivi repose sur un code d'identification personnel qui est accessible pour les données de l'assurance sociale (indemnités de chômage et rentes d'invalidité) et en partie également pour les données de l'aide sociale. Cela signifie que les données de l'aide sociale doivent être pondérées et extrapolées pour s'aligner sur les données des assurances sociales. Cet outil propose une série d'indicateurs dans quatre domaines, mis à jour annuellement (les données pour 2011 ont été publiées en février 2013) :

1. *Nombre de bénéficiaires* : nombre de personnes percevant des indemnités de chômage, des prestations de l'aide sociale ou une rente d'invalidité (chiffres mensuels ou annuels).
2. *Flux entrants et sortants* : nombre de personnes qui dans l'année entrent dans un système de prestations, en sortent (quelle que soit leur destination), ou y restent (selon la durée).
3. *Cumul des prestations* : perception simultanée de deux prestations ou plus (par exemple des prestations de l'aide sociale et une rente d'invalidité) au cours d'une année ou d'un mois. [*Note* : le cumul des prestations peut éventuellement être le signe d'un transfert d'une prestation à une autre, voir le point suivant.]
4. *Transferts entre systèmes* : nombre de transferts des prestations de l'assurance chômage vers l'aide sociale, de l'aide sociale vers l'assurance invalidité, et de l'assurance chômage vers l'assurance invalidité (sont prises en compte la durée de la perception des prestations avant le transfert et la fréquence des transferts).

Les chômeurs ayant des problèmes de santé mentale ne sont pas repérés

Le système d'indemnités de chômage est souvent le premier système de prestations avec lequel les citoyens entrent en contact. C'est également le cas pour de nombreuses personnes ayant un trouble mental courant qui, dans la majorité des cas, n'est pas diagnostiqué et qui peut même être ignoré de la personne elle-même. Les récents efforts en matière d'intervention précoce de l'assurance invalidité ne concerneront qu'un nombre réduit des personnes aux prises avec une maladie mentale, car ils s'adressent aux individus ayant un risque très élevé de bénéficier à terme d'une rente d'invalidité – c'est-à-dire les personnes souffrant d'un problème de santé diagnostiqué et relativement grave. Il est par conséquent indispensable que l'assurance chômage puisse mesurer l'état de santé mentale des demandeurs afin d'identifier ceux qui rencontrent d'importants obstacles sur le marché du travail en raison de troubles mentaux.

Les services publics de l'emploi (SPE) relèvent de la responsabilité des cantons, et chaque canton a conclu avec la Fédération suisse une convention dont l'objectif est de garantir une réinsertion rapide et durable sur le marché du travail, par le biais des services, des prestations et d'un système

d'activation comportant d'éventuelles sanctions touchant les prestations. En regard de la situation internationale, le système d'indemnités de chômage est très accessible, mais aussi exigeant pour les bénéficiaires en termes de recherche d'emploi (voir l'encadré 4.2).

Encadré 4.2. **Le système d'indemnités de chômage en Suisse : généreux mais strict**

La période maximale de versement des indemnités de chômage est normalement d'un an, mais s'étend à deux ans pour les personnes de plus de 55 ans, celles qui ont des obligations alimentaires et celles qui touchent une rente d'invalidité partielle. La période de versement maximale nécessite désormais une durée de cotisation au moins équivalente : à titre d'exemple, le versement des indemnités pendant un an nécessite une durée de cotisation d'un an. L'assurance chômage offre un niveau d'indemnités relativement élevé au début, avec un taux de compensation net d'environ 85-90 % des revenus antérieurs (sur la moyenne), en fonction de la taille de la famille (OCDE, 2013a). Parallèlement, le système est relativement strict en termes de recherche d'emploi et d'exigences en matière de disponibilité, de même qu'en termes de suivi de la recherche d'emploi. Pour ce qui concerne les sanctions consistant à réduire temporairement les indemnités en cas de non-respect des conditions d'admissibilité, la Suisse occupe une situation intermédiaire lorsqu'on la compare aux autres pays de l'OCDE (Venn, 2012).

Tous les bénéficiaires de prestations, y compris ceux qui participent aux mesures d'incitation au travail, ont l'obligation de chercher un emploi sauf lorsqu'ils en sont explicitement exemptés. Les chômeurs doivent fournir chaque mois aux bureaux régionaux des SPE la preuve qu'ils cherchent un emploi, les exigences en la matière étant spécifiques à la situation des assurés. Généralement, de quatre à dix démarches doivent être effectuées chaque mois (OCDE, 2007), mais ceci varie d'un canton à l'autre ; dans le canton de Zurich par exemple, de 10 à 12 démarches sérieuses de recherche sont exigées (Duell et al., 2010).

Les offres d'emploi peuvent être refusées si elles ne sont pas considérées adaptées à l'état de santé du chômeur. Une personne au chômage doit être prête à travailler, et avoir la capacité de le faire. Lorsque cet assuré est reconnu malade, il n'est plus considéré comme chômeur et les exigences en matière de recherche d'emploi peuvent être ignorées pendant au plus 44 jours au cours de la période de droit à l'indemnisation, qui peut aller jusque deux ans au maximum ; qu'il s'agisse d'une seule ou de plusieurs maladies. Étant donné que le demandeur d'emploi rencontre un agent des SPE une fois par mois, les maladies de courte durée, par exemple d'une semaine, ne sont généralement pas prises en compte. Après 44 jours pendant lesquels les obligations de recherche d'emploi n'ont pas été respectées pour cause de maladie, les droits à une indemnisation prennent fin et la personne doit déposer une demande de rente d'invalidité ou, plus probablement, de prestations de l'aide sociale.

Que signifie ce cadre légal pour la forte proportion de chômeurs connaissant des problèmes de santé mentale ? Le dispositif de suivi relativement rigoureux permet aux collaborateurs des services de l'emploi

d'identifier tous les types d'obstacles à l'emploi et à la recherche d'emploi, y compris les maladies mentales diagnostiquées ou non qui influencent le processus de recherche des assurés. Cette détection doit en principe également avoir lieu lors du premier entretien d'inscription, qui se tient dans les une à deux semaines, ce qui est relativement tôt par rapport aux autres pays. Ce rendez-vous permet d'identifier les capacités et les compétences de l'assuré ainsi que les barrières à l'emploi, y compris les problèmes de santé, et d'élaborer ensemble – le collaborateur des SPE et le bénéficiaire – une stratégie pour un retour rapide à l'emploi.

Comme l'assurance chômage se concentre exclusivement sur les personnes qui sont prêtes à travailler et en ont la capacité, et comme elle doit appliquer la règle des 44 jours, les personnes atteintes d'une maladie mentale perdent assez rapidement leurs droits aux indemnités de chômage. Cette situation pourrait exclure du marché du travail des assurés souffrant d'un trouble mental léger ou modéré. Les conséquences des sanctions sur les indemnités pour les demandeurs ayant une maladie mentale ne sont pas connues, mais de manière générale, les effets des sanctions sont partagés ; à l'aide des données du registre suisse, Arni et al. (2009) ont constaté que les sanctions en vigueur augmentent le taux de retour à l'emploi mais peuvent réduire par la suite la stabilité de l'emploi et les revenus consécutifs au chômage[8].

La perception de l'importance de la santé mentale pour les SPE est très faible en Suisse – en dépit d'une grande proportion de bénéficiaires souffrant d'une maladie mentale, en particulier parmi les chômeurs de longue durée (au cours des dix dernières années, quelque 50 % de l'ensemble des demandeurs sont restés au chômage pendant plus de six mois, et près de 30 % pendant plus d'un an). Les troubles mentaux courants ne sont pas une priorité pour les SPE ; les quatre principaux groupes cibles sont actuellement les jeunes, les seniors, les immigrés et les assurés peu qualifiés. Aux termes de la législation, les offices cantonaux de l'emploi ne sont pas spécifiquement chargés de déceler les troubles mentaux, ni de fournir un soutien aux personnes concernées qui recherchent un emploi. Les conseillers pour l'emploi ne sont pas formés pour venir en aide à ce groupe de population et n'ont accès à aucun outil de dépistage pour identifier les problèmes de santé mentale. Ils peuvent orienter un assuré vers l'office cantonal d'assurance invalidité, ou lui suggérer de consulter un médecin et l'aider à prendre rendez-vous à cet effet. En cas de problèmes d'addiction, par exemple, il pourra s'agir d'orienter le bénéficiaire, avec son accord, vers un service spécialisé. Ce n'est que lorsqu' chômeur refuse une offre d'emploi pour des raisons de santé que les conseillers peuvent exiger un certificat médical. Actuellement, le meilleur moyen de repérer indirectement des troubles mentaux courants non signalés consiste à

proposer une plus grande diversité d'emplois et à tirer parti des retours d'informations des employeurs.

La tâche d'un conseiller des SPE est de réinsérer les chômeurs dans l'emploi. Les SPE n'ont guère d'expertise dans le domaine psychologique, ce qui est bien dommage compte tenu des bons résultats obtenus au Danemark, en matière de placement de chômeurs souffrant d'un trouble mental courant, par les travailleurs sociaux ayant reçu une formation en psychologie (OCDE, 2013b). Il a également été démontré que des instruments de dépistage simples à utiliser permettaient de repérer des troubles mentaux courants dans des sous-groupes de la population avec une grande validité (Søgaard et Blech, 2010, par exemple). L'usage systématique de tels outils pourrait accélérer l'identification des barrières à l'emploi liées à la santé mentale, sous réserve d'un accès rapide aux services médicaux. Autrement, les problèmes de santé mentale non déclarés risquent fort de rester invisibles, et par conséquent non pris en charge, pendant très longtemps.

L'attention particulière portée en Suisse aux assurés prêts à travailler met en lumière un autre problème, à savoir : est le nombre relativement élevé de dossiers (125 en moyenne, bien que le chiffre d'un canton à l'autre, et à l'intérieur même des cantons) que doit gérer chaque conseiller. Même si le nombre réel de dossiers actifs est plus faible (en règle générale, un tiers d'entre eux ne prendront que très peu de temps au conseiller), cela représente un volume trop important pour que les chômeurs confrontés à des obstacles additionnels obtiennent de bons résultats. Afin de résoudre ce problème, les clients difficiles à placer sont adressés à des prestataires spécialisés, par exemple Profil, un prestataire spécialisé dans le placement d'individus souffrant de problèmes de santé chroniques ou d'un handicap sur le marché primaire de l'emploi. Ces prestataires peuvent mobiliser des ressources bien plus importantes pendant une période donnée, en général six mois, de sorte que le nombre moyen de dossiers par collaborateur est d'environ 25, voire moins. Ce dispositif est performant pour les personnes souffrant d'une maladie mentale grave et diagnostiquée, mais la grande majorité des chômeurs atteints d'un trouble mental courant sont considérés comme des assurés ordinaires et ne profitent donc pas de ces ressources supplémentaires. Pour ces chômeurs, la procédure standard visant un placement rapide est adoptée. Ils peuvent recevoir une formation permettant d'identifier un « comportement inapproprié » face à l'emploi, signe possible d'un problème de santé mentale. Le risque existe cependant que ces personnes deviennent des chômeurs de longue durée et finissent par épuiser leur droit à percevoir des indemnités de chômage. Différents outils, comme un accompagnement après le placement, seraient susceptibles de les aider à trouver un emploi durable.

Améliorer l'attention portée par les services sociaux aux problèmes de santé mentale

Lorsque les droits aux indemnités de chômage prennent fin, les chômeurs ont la possibilité de déposer une demande auprès de l'aide sociale (ou, dans certains cantons, de l'aide aux chômeurs). Cela peut se produire après expiration de la période maximale de versement des indemnités de chômage (le chômeur perd ses droits) ou à l'issue des 44 jours pendant lesquels un chômeur percevant des indemnités peut être reconnu malade et, par conséquent, inapte à prendre un emploi. Plus d'un tiers de tous les nouveaux demandeurs de l'aide sociale ont perçu des indemnités de chômage avant de déposer leur demande.

L'attention accordée à la forte prévalence des troubles mentaux parmi leurs assurés est bien plus grande dans les services sociaux communaux que dans les bureaux des SPE. Les conseillers et les travailleurs sociaux dans les services sociaux ont généralement affaire à des personnes ayant des problèmes complexes et peu de chances de trouver un emploi, dont bon nombre souffrent d'une mauvaise santé mentale. Les employés des services sociaux de la ville de Zurich, par exemple, déclarent que pratiquement tous leurs bénéficiaires présentent des capacités mentales réduites, principalement en raison du parcours long et frustrant qu'ils ont connu auparavant, mais que ces difficultés restent souvent en deçà du seuil clinique déterminant un trouble mental. Dans d'autres services sociaux, par exemple à Vevey, le personnel estime qu'environ la moitié des bénéficiaires souffrent d'une maladie mentale.

Cette plus forte prise de conscience des problèmes de santé mentale n'implique cependant pas que les services sociaux disposent nécessairement de plus d'outils, ni qu'ils déploient des efforts particuliers pour déceler les problèmes de santé mentale de leurs bénéficiaires. D'un canton à l'autre, et au sein même des cantons, on relève d'importantes disparités dans le fonctionnement des services de l'aide sociale. Les villes les plus riches – en particulier Zurich, Berne et Bâle – peuvent généralement mobiliser des ressources plus substantielles, des effectifs plus professionnels et de meilleurs outils pour les bénéficiaires. Il est également fort probable que ces municipalités soient confrontées à un plus grand nombre de bénéficiaires souffrant de problèmes de santé mentale. Les procédures varient donc considérablement entre les différentes parties du pays.

La ville de Zurich se distingue comme étant l'une des plus actives à cet égard. La prise en charge dans les services sociaux débute par une évaluation initiale qui comprend une estimation des droits aux prestations et la préparation d'un rapport d'évaluation. Les problèmes de santé mentale

sont susceptibles d'être abordés lors de ce premier entretien. De 30 à 50 % des cas sont résolus rapidement – soit le bénéficiaire est renvoyé vers l'assurance invalidité, soit il perçoit des prestations qui comblent son absence temporaire de revenus, soit il réintègre le marché du travail. Après environ trois à six mois, une personne (ou une famille) est considérée comme un bénéficiaire à long terme et un dossier peut être ouvert. Le centre d'action sociale de Zurich dispose d'une série d'outils qui, même s'ils n'ont pas été conçus à cette fin, peuvent permettre d'identifier les problèmes de santé mentale (voir l'encadré 4.3 pour plus de détails). Il bénéficie également d'une collaboration permanente avec un service de psychiatrie-psychologie qui se déplace dans ses locaux deux fois par semaine. Une telle coopération n'est pas très courante ailleurs.

Peu de collectivités disposent des moyens nécessaires pour mettre en œuvre une approche aussi complète que celle de la ville de Zurich, même si de nombreux services sociaux disposent d'outils de mesure des compétences et de programmes de réinsertion (réinsertion dans l'emploi ou par la formation), y compris des programmes spécialement adaptés aux adolescents. Bon nombre de petites communes (en Suisse, 2 596 communes comptent en moyenne 3 000 habitants) n'ont pas les ressources voulues pour mettre en place une gamme complète de tels services. Au niveau régional, certains services pourraient s'acquitter de tâches bien spécifiques (comme les évaluations professionnelles), auxquelles pourraient avoir accès les collectivités modestes.

Les prérogatives des services sociaux sont plus étendues que celles des services de l'emploi, et incluent l'intégration sociale (en particulier le logement), l'intégration financière (gestion de l'endettement) et l'intégration professionnelle. Cette dernière n'est en réalité possible que pour une partie des bénéficiaires. À Zurich, l'intégration professionnelle est un objectif pour environ 25 % des nouveaux bénéficiaires – en prenant note que certains de ces derniers ont déjà un emploi. On dispose de peu d'informations sur les taux de retour à l'emploi des bénéficiaires de l'aide sociale. Sur la base de 1 500 entretiens téléphoniques passés dans cinq villes suisses avec des personnes qui bénéficiaient de l'aide sociale depuis 2005 et 2006 et qui ont été suivies jusqu'à la fin de l'année 2008, Aeppli et Ragni (2009) concluent que i) un quart des personnes interrogées avaient un emploi à long terme avec un contrat à durée indéterminée ; ii) un quart avaient trouvé un emploi à court terme et instable ; et iii) un autre quart n'avaient pas d'emploi et dépendaient totalement de l'aide sociale. Le dernier quart se composait pour la moitié de travailleurs pauvres (avec un emploi et un complément de l'aide sociale) et pour l'autre moitié de personnes qui n'avaient ni emploi, ni accès aux prestations. Les résultats étaient meilleurs dans les villes où le nombre de cas était moins élevé.

Encadré 4.3. **L'approche prometteuse de l'aide sociale de la ville de Zurich**

Plus grande ville du pays, Zurich est confrontée à d'importantes inégalités, et de nombreux habitants ont besoin d'aide ; la ville abrite par ailleurs un grand nombre d'immigrés (30 % de la population et 50 % des bénéficiaires de l'aide sociale). La municipalité investit beaucoup dans les outils permettant d'optimiser le niveau d'intégration de ses habitants et d'améliorer leur potentiel sur le marché du travail. On peut citer les initiatives et les mesures suivantes :

- Chaque personne potentiellement capable de travailler qui dépose une demande auprès de l'aide sociale doit suivre une formation appelée « Basisbeschäftigung » (activité de base). Pendant quatre semaines, les demandeurs doivent effectuer des travaux manuels pendant six heures par jour, cinq jours par semaine. Cette formation, qui est obligatoire, permet de déterminer la capacité de travail des demandeurs et de définir un plan de retour au travail. Il s'agit par ailleurs d'un bon moyen de détecter les problèmes de santé mentale non diagnostiqués.
- Le service social dispose d'un centre de formation professionnelle (« Fachstelle BTZ ») qui propose des services de réinsertion professionnelle aux personnes atteintes d'invalidité, géré et financé par l'assurance invalidité. Ce dispositif existe depuis 20 ans, mais les bénéficiaires de ce centre sont à ce jour principalement des personnes souffrant d'un trouble mental. Le centre dispose de son propre service psychologique, qui est accessible lors des phases d'évaluation et de formation afin d'aider à identifier les problèmes de santé mentale et d'éviter les abandons.
- Placé sous l'autorité du service social, un travailleur social est présent dans chaque école primaire et chaque établissement secondaire (du premier cycle) de Zurich. Ces travailleurs sociaux peuvent repérer les élèves à risque et apporter leur aide aux enseignants, aux enfants et aux parents. Les problèmes de santé mentale (chez les parents également) font partie des difficultés les plus fréquentes auxquelles ces travailleurs sociaux doivent faire face.

Il n'existe pas de données concernant le taux de réussite de l'insertion professionnelle des bénéficiaires de l'aide sociale atteints d'un trouble mental, mais comme ces personnes ont tendance à être davantage défavorisées et plus éloignées du marché du travail, il est très probable que ce taux se situe en dessous de la moyenne. Par exemple, le taux de retour à l'emploi est plus faible pour les individus qui sont au préalable passés par une mesure d'intégration externe, par rapport à ceux pour lesquels cela n'a pas été jugé nécessaire. Sinon, un faible niveau d'instruction, l'absence de motivation, le manque de compétences professionnelles et, plus généralement, un âge plus élevé sont les facteurs clés qui réduisent la probabilité de trouver un emploi (Aeppli et Ragni, 2009).

Amélioration de la coopération entre les principaux acteurs au niveau cantonal et local

Face à la nécessité reconnue d'une coordination accrue entre les différents systèmes de prestations, la Suisse a lancé au début des années 2000 une initiative en faveur de la collaboration interinstitutionnelle (CII) (voir par exemple Luisier, 1999). Affichant de grande ambition dès le début, la CII a considérablement évolué, avec des partenaires de plus en plus nombreux (voir l'encadré 4.4 pour plus de détails). Les principaux objectifs demeurent cependant inchangés : améliorer l'insertion professionnelle des personnes confrontées à des obstacles complexes, impliquant souvent des problèmes de santé mentale, et éviter l'effet tourniquet (c'est-à-dire les transferts répétés d'un système à l'autre), l'absence de prestations et les doubles emplois dans ce domaine. En d'autres termes, la CII doit rendre le système de protection sociale à la fois plus efficace et plus efficient.

Au début de l'année 2004, le gouvernement fédéral a publié un manuel sur la collaboration interinstitutionnelle qui résume très clairement les défis auxquels doit faire face le pays en termes d'interfaces entre l'aide sociale, l'assurance chômage et l'assurance invalidité, et – en tant que quatrième et plus modeste partenaire – l'orientation professionnelle (SECO, 2004). Ce manuel fournit en outre des indications aux partenaires sur la façon dont le processus de coopération CII peut être organisé, et sur les outils et mesures susceptibles d'être utilisés ou mis au point.

Parmi les principaux défis identifiés dès le début, on trouve la méconnaissance, chez chaque partenaire, des objectifs et des méthodes de travail des autres ; l'absence d'une évaluation normalisée des problèmes et des aptitudes des bénéficiaires ; le manque de services conjoints ; un transfert d'informations insuffisant lorsqu'un bénéficiaire passe d'un partenaire à un autre ; des temps d'attente trop longs pour de nombreuses décisions (par exemple concernant les droits aux rentes d'invalidité) ; et plus généralement trop peu de mesures incitant les acteurs à faire tout leur possible pour un assuré ayant des besoins complexes. Ainsi, les SPE avaient tendance à renvoyer les bénéficiaires ayant des problèmes sociaux ou de santé plus complexes vers les offices de l'assurance invalidité ou les services sociaux ; ceux-ci transféraient à leur tour aux SPE les assurés dont ils estimaient la capacité à travailler trop importante pour relever de leur responsabilité.

Par conséquent, les objectifs de la CII sont entre autres de diriger plus rapidement les bénéficiaires ayant des besoins complexes vers la bonne institution ; d'accroître la collaboration entre institutions afin d'augmenter les chances de réinsertion ; de clarifier les responsabilités financières pour les cas les plus complexes ; et également d'identifier et de traiter les problèmes de santé – notamment de santé mentale – qui font barrage à une réinsertion rapide sur le marché du travail.

Encadré 4.4. **Nouvelles formes de collaboration interinstitutionnelle en Suisse**

La collaboration interinstitutionnelle (CII) a d'abord été axée autour de trois systèmes incontournables : les offices cantonaux de l'emploi (l'assurance chômage), les offices cantonaux de l'invalidité (l'assurance invalidité) et les services sociaux régionaux ou communaux (l'aide sociale). La formation professionnelle et l'insertion des migrants sont venus s'ajouter par la suite. L'optique de cette nouvelle forme de collaboration est d'encourager les acteurs individuels à coordonner leurs activités, à rendre leurs propres actions plus transparentes et à partager les informations avec les autres institutions. Le gouvernement fédéral fournit un soutien à la CII – par exemple en publiant un manuel qui lui est consacré et en mettant à disposition un secrétariat qui joue entre autres le rôle de plateforme pour les échanges entre cantons – mais la CII a surtout été développée et mise en œuvre au niveau local et cantonal.

La CII-plus constituait un premier élargissement de la CII, visant à inclure les assureurs privés généralement impliqués à un stade précoce : assurance maladie, assurance accident et caisses de prévoyance proposant des rentes d'invalidité professionnelles. Il s'agit d'assureurs privés qui ne sont pas structurés au niveau régional, mais étroitement liés à l'employeur, ce qui crée des défis supplémentaires en matière de collaboration. Une telle coopération est essentielle à l'identification précoce des problèmes et des besoins d'assistance (en particulier chez les personnes en arrêt maladie), comme l'orientation et le placement professionnel ou d'autres mesures de réinsertion – ces aspects sont par la suite devenus un objectif clé de la cinquième révision de la Loi fédérale sur l'assurance invalidité.

La CII-MAMAC est un projet particulier lancé en 2006 qui élargit l'approche de la CII en intégrant un bilan médical, une appréciation du potentiel professionnel et une gestion au cas par cas. Il avait pour objectif d'accroître l'efficacité de la CII par le biais i) d'un bilan commun des capacités de travail qui est reconnu par toutes les institutions ; ii) de mesures de réinsertion décidées d'un commun accord entre tous les partenaires de la CII ; et iii) de l'attribution à l'une des trois institutions de la responsabilité de gérer chaque dossier du début à la fin du processus. Ce projet visait les personnes aux prises avec des problèmes complexes (relevant d'au moins trois institutions), qui ont des problèmes de santé et des difficultés sociales mais qui sont dans le système depuis moins de six mois et présentent un potentiel de réinsertion. En 2007, des projets CII-MAMAC avaient été mis en place dans 16 cantons. Une évaluation a été effectuée en 2009, à l'issue de laquelle il a été officiellement mis un terme au projet, même si certains cantons ont poursuivi dans cette voie en élargissant le groupe cible.

On entend aujourd'hui par CII toute collaboration volontariste entre deux ou plusieurs institutions de l'assurance chômage, de l'assurance invalidité, de l'aide sociale, de la formation professionnelle et de l'intégration des immigrés, notamment des formes de collaboration structurelle ou *ad hoc*, ainsi que des modes de coopération officielle ou informelle.

Deux aspects sont essentiels. Premièrement, la CII est une initiative fortement décentralisée, dans laquelle les différentes formes de collaboration interviennent, pour la plupart, au niveau régional et, souvent, au niveau local. Il faut pour cela une dose considérable de créativité et de souplesse, même si cela entraîne des disparités et des inégalités entre les communes et

les cantons quant à la forme, à la fréquence et au succès de cette collaboration. Dans ces conditions, il est difficile d'effectuer ne serait-ce qu'un simple bilan, et pratiquement impossible de procéder à une évaluation scientifiquement rigoureuse.

Deuxièmement, la CII est un processus qui évolue et se développe constamment. Ainsi, certains cantons accordent depuis peu plus d'attention à l'amélioration de la collaboration entre les autorités responsables de l'éducation et celles en charge du marché du travail. Les objectifs dans ce cas précis sont de rendre les services de l'emploi plus accessibles aux jeunes gens qui ont besoin d'aide pour entrer sur le marché du travail et de fournir des services emploi et éducation en parallèle pour ceux qui ont quitté l'école. Ce dispositif offre des possibilités considérables aux jeunes ayant quitté prématurément l'école qui souffrent d'un problème de santé mentale.

Que savons-nous de l'efficacité de la CII ?

Dans quelle mesure le processus CII débuté il y a plus de 12 ans a-t-il atteint ses objectifs ? Il n'est pas aisé de répondre à cette question, en raison de la grande diversité des modèles de CII développés dans tout le pays. Quoi qu'il en soit, cette diversité a engendré et continue de susciter un grand nombre d'innovations et d'échanges d'informations au niveau local. Savoir si les services et les résultats s'en sont trouvés améliorés est une tout autre question.

La seule évaluation sérieuse a porté sur la CII-MAMAC, et ses conclusions ont été plutôt décevantes. Le projet a été bien reçu et adopté par une majorité de cantons de manière sensiblement identique, ce qui au départ a permis une évaluation très positive de ses chances de succès (Champion, 2008). Toutefois, même si les bénéficiaires ont une bonne opinion du processus, le projet n'a en moyenne pas amélioré la réinsertion sur le marché du travail ; il a eu une incidence modeste sur les coûts globaux du système de protection sociale ; et le délai entre le premier contact avec l'un des systèmes et le recours à la CII-MAMAC n'est pas descendu en dessous de huit mois (Egger et al., 2010). Plus positif : la CII-MAMAC a permis d'établir des structures de collaboration entre institutions et un réseau de partenaires dans la plupart des cantons ; elle a aussi contribué à renforcer la coopération bilatérale informelle entre les partenaires.

Un problème essentiel lié à la CII-MAMAC découlait de la définition plutôt restrictive du groupe cible, à savoir « les personnes aux prises avec des obstacles multiples et ayant un potentiel d'intégration raisonnable ». Il n'est donc pas surprenant qu'entre mi-2007 et mars 2010, seuls 1 300 cas aient été soumis à ce nouveau processus. Ce chiffre ne représentait qu'une très petite partie de tous les nouveaux chômeurs, demandeurs de l'aide

sociale et bénéficiaires des mesures de réinsertion de l'assurance invalidité (Egger et al., 2010) – et, de ce fait, une fraction seulement de ceux qui auraient pu bénéficier d'une plus grande collaboration entre les différentes institutions.

Si les bénéficiaires relevant de deux institutions seulement, par exemple des services de l'emploi et de l'aide sociale, n'étaient pas pris en compte par le processus CII-MAMAC, c'est aussi parce que certains accords bilatéraux, définissant de manière relativement claire les responsabilités de chacun, avaient été conclus entre institutions. C'était initialement le cas pour la plupart des initiatives de collaboration interinstitutionnelle, l'assuré typique de la CII étant inscrit auprès de trois institutions ou plus, et confronté à des problèmes multiples, notamment, dans la plupart des cas, des problèmes de santé. Par exemple, presque tous les bénéficiaires de la CII-MAMAC avaient souffert de problèmes de santé – principalement une maladie mentale – souvent associés à des difficultés financières. Pour ces bénéficiaires, des tables rondes réunissant toutes les institutions concernées sont nécessaires, de même que des conseils dans le cadre d'un suivi individualisé.

Depuis l'évaluation de la CII-MAMAC effectuée en 2010, le mode de collaboration instauré sous le label « CII » a continué de se développer, y compris pour ce qui concerne des initiatives remontant à la fin des années 90 et dans plusieurs cantons qui n'utilisaient même pas la dénomination « CII ». Le bilan des initiatives CII existantes, actuellement en cours (publication prévue au début de 2014), recense quatre grands types de collaboration en Suisse :

- Collaboration multilatérale centrée sur l'insertion des jeunes et des jeunes adultes, comprenant diverses formes d'enseignement et de formation professionnels.
- Collaboration multilatérale à l'intention des personnes confrontées à des problèmes complexes, nécessitant généralement un suivi individualisé et reposant fréquemment sur les expériences et les structures issues de la CII-MAMAC.
- Collaboration bilatérale entre deux institutions, le plus souvent l'assurance chômage et les services sociaux locaux.
- Formes structurelles de collaboration, comprenant par exemple des plans d'insertion et une formation fournis conjointement par deux institutions ou plus.

Le mode d'organisation du processus CII prend des formes très variées dans les différents cantons et collectivités. Un bon exemple est le projet

pilote « Pforte Arbeitsmarkt » mis en place pour trois ans dans dix communes du canton d'Argovie, qui consiste à proposer au sein d'une même structure un centre de réinsertion professionnelle administré conjointement par les trois institutions (assurance chômage, assurance invalidité et aide sociale), et dont l'objectif est d'offrir une réinsertion durable dans le marché du travail grâce à une intervention rapide et une étroite collaboration avec les employeurs. Dans d'autres régions ou cantons, la collaboration des trois institutions repose sur des structures existantes, sans création d'une nouvelle entité, qui se partagent les bénéficiaires et organisent des réunions conjointes si nécessaire, et qui, généralement, finissent par attribuer la principale responsabilité des cas à l'une des institutions. Des formes intermédiaires d'organisation existent également. La plupart des cantons disposent d'un coordinateur CII basé dans l'une des trois institutions principales. Sans évaluation, il est impossible d'estimer quelle structure organisationnelle est la mieux à même de fournir les meilleurs résultats, ou si la structure importe. Dans leur évaluation, Egger et al. (2010) concluent que les cantons ne devraient pas considérer la CII-MAMAC comme un instrument indépendant sans lien avec le concept de la CII cantonale (comme c'était le cas dans de nombreux cantons) – un plaidoyer pour une approche plus globale et intégrée, qui peut prendre différentes formes.

Indépendamment du mode d'organisation choisi par les régions ou les cantons, le processus CII souffre de nombreuses insuffisances structurelles auxquelles il n'a pas encore été remédié. La plus importante concerne les mesures financières susceptibles d'inciter l'ensemble des acteurs à s'impliquer. Le principal objectif de chaque institution demeure la réduction de ses propres dépenses. Ainsi, chaque institution est encline à réorienter les bénéficiaires dont elle ne peut s'occuper elle-même – en espérant que les autres pourront le faire – mais se retire du processus dès que le bénéficiaire sort de son portefeuille. Par exemple, les SPE cessent généralement toute activité dès la fin des droits à l'indemnité de chômage. Cela est dû en partie aux objectifs et indicateurs de performance utilisés pour évaluer les résultats des SPE ; ceux-ci mesurent la rapidité de la réinsertion et la capacité à éviter les périodes de chômage répétées, de longue ou de très longue durée, mais ne tiennent pas compte de l'efficacité des SPE à aider les demandeurs d'emploi qui n'ont pas (ou n'ont plus) droit aux indemnités de chômage. Cet aspect est capital, car pour obtenir les meilleurs résultats possibles et profiter de toutes les aides offertes par les différentes institutions, tous les acteurs doivent demeurer activement impliqués. De la même façon, un individu qui n'a droit ni aux indemnités de chômage, ni aux indemnités d'invalidité, ni à l'aide sociale n'accédera jamais au processus CII, même s'il connaît de multiples problèmes d'emploi, de santé ou sociaux (Nadai et al., 2010).

Un autre point faible crucial est la nature facultative de la CII : chaque partenaire peut choisir de collaborer ou non. À terme, des centaines d'accords ont été ou sont signés afin de renforcer le caractère contraignant de la collaboration, mais les obligations cessent dès que les partenaires remettent en question le bien-fondé de la collaboration. En pratique, la CII débute toujours au niveau de l'une des institutions impliquées, lorsqu'un collaborateur se rend compte qu'un assuré confronté à de multiples problèmes pourrait bénéficier du processus CII, et/ou que son institution pourrait tirer profit de la participation de ce bénéficiaire au processus de collaboration. Dans le cas de la CII-MAMAC, par exemple, l'essentiel des notifications provenaient des SPE régionaux (55 %) et des services sociaux régionaux ou communaux (30 %) ; seuls 10 % de tous les cas étaient signalés par l'assurance invalidité (Egger et al., 2010). L'étude qualitative menée par Nadai et al. (2010) semble indiquer qu'il existe d'importantes variations régionales, pour l'ensemble de la CII, en termes de cas signalés La CII a tendance à être mise en œuvre par les SPE dans certaines parties du pays, et davantage par les services sociaux dans d'autres. Cette prépondérance d'une institution est le signe d'un déséquilibre dans l'engagement des partenaires, et reflète à la fois le degré de confiance accordé par les principaux acteurs (comme les directeurs des services régionaux ou locaux) au dispositif CII, et les bénéfices à retirer d'une plus grande collaboration. De telles différences sont susceptibles d'avoir une incidence sur l'efficacité du dispositif CII, dans la mesure où le délai entre la perte de l'emploi et le fait de devenir bénéficiaire de la CII est en moyenne bien plus long si la notification provient du service social. Il est par conséquent particulièrement important d'impliquer l'assurance chômage afin de s'assurer que les demandeurs d'emploi ayant des besoins complexes et des problèmes de santé mentale aient une chance de bénéficier le plus tôt possible, grâce à la CII, d'une collaboration plus étroite entre les différentes institutions.

L'insuffisance des incitations à s'engager et le caractère facultatif de la CII expliquent, dans une large mesure, la lenteur du processus de mise en œuvre. Les premières années après son lancement ont été le temps des essais et des apprentissages, mais elles ont aussi été caractérisées par la méconnaissance et la passivité. Le processus n'a vraiment pris de l'ampleur qu'avec l'arrivée de la CII-MAMAC. Les différentes institutions ont alors mis en place une politique CII – généralement en nommant un référent CII chargé de repérer les cas adaptés au processus commun et d'échanger des informations avec les référents ou les équipes d'autres institutions.

Les grandes différences entre cantons et communes dans la façon dont la CII est mise en œuvre pourraient permettre l'identification de la marche à suivre la plus pratique et la plus efficace. Pour que tel soit le cas, il faudrait

néanmoins aborder le problème des insuffisances structurelles. Tant que l'assurance invalidité, les services de l'emploi et les services sociaux ne changent pas d'optique et maintiennent leurs propres critères d'évaluation, les solutions efficaces impliquant l'ensemble des partenaires simultanément resteront hors d'atteinte.

Une évaluation approfondie sera nécessaire pour mettre à jour les points forts et les faiblesses de la CII. Il semble qu'il faille en moyenne six mois pour qu'un bénéficiaire soit renvoyé à l'équipe CII ; que les bénéficiaires restent entre 12 et 18 mois dans le dispositif, période au cours de laquelle leur employabilité augmente ; et que 30 à 50 % des bénéficiaires finissent par trouver un emploi, lequel peut cependant ne pas être stable. Surtout, les projets CII auraient besoin d'une implication forte et systématique du secteur de la santé, ce qui permettrait une réelle intégration du traitement et des services de l'emploi.

En conclusion, il apparaît que la CII permet de mieux cerner les obstacles à la collaboration et les facteurs qui en favorisent au contraire le succès. Elle pourrait apporter beaucoup aux personnes atteintes d'une maladie mentale, qui sont souvent confrontées à des problématiques complexes. Toutefois, la CII concerne encore trop peu de personnes et arrive trop tard dans bien des cas, ce qui réduit sensiblement son impact ; par ailleurs, l'objectif principal de toutes les institutions concernées reste la maîtrise de leurs coûts, plutôt que l'efficacité et l'efficience des services pour la société en général.

La CII dans sa forme actuelle est une initiative institutionnelle visant à organiser les budgets et les responsabilités. Elle permet à ses bénéficiaires d'accéder plus rapidement aux services disponibles des institutions concernées. Elle ne peut par contre pas créer de nouveaux services qui semblent faire défaut. Ainsi, pour les demandeurs d'emploi souffrant de problèmes de santé mentale, une prestation intégrée des services de santé et de l'emploi serait plus efficace que des services mieux coordonnés mais provenant de l'assurance chômage, de l'assurance invalidité et de l'aide sociale. Comme le montre la situation observée dans d'autres pays (par exemple le Royaume-Uni), des services intégrés peuvent être fournis par une unique institution, qui rend inutiles les laborieux et coûteux processus de coordination (OCDE, à paraître).

Améliorer l'efficacité des services pour les assurés atteints d'une maladie mentale

L'objectif pratique de la CII est de pousser les diverses autorités à travailler ensemble afin de garantir que les assurés accèdent (plus) rapidement aux services appropriés, et pas nécessairement aux seuls services

disponibles dans l'institution qui finance leurs prestations. Cet objectif soulève la question plus générale de savoir si l'une des institutions impliquées peut disposer de services qui se sont avérés efficaces pour des personnes confrontées à des problèmes plus complexes, notamment une mauvaise santé mentale.

La Suisse dispose d'un large éventail de mesures de réinsertion professionnelle et sociale[9] ; malheureusement, ces dernières ne sont que trop rarement évaluées. Ragni (2007) a compilé toute une série d'évaluations des politiques relatives au marché du travail conduites dans la première moitié des années 2000 et en a conclu que les politiques et programmes actifs du marché du travail en Suisse n'ont pas rencontré un énorme succès : certains programmes ont réussi à remettre des chômeurs au travail (les programmes pour l'emploi) mais principalement grâce à l'effet de dissuasion, c'est-à-dire que de nombreux demandeurs d'emploi ont intensifié leurs recherches uniquement pour éviter la mesure. La plupart des mesures ont cependant un effet net négatif sur l'emploi à cause des effets négatifs indirects – l'effet d'immobilisation principalement pour les programmes de formation, l'effet de substitution provenant surtout des subventions salariales, et les effets de poids mort plus généralement car certaines personnes auraient trouvé un emploi sans l'aide d'un programme – qui surpassent tout effet positif direct issu des programmes (voir aussi Lalive et al., 2006).

On ne sait presque rien de la mesure dans laquelle les personnes qui souffrent d'une maladie mentale profitent de ces dispositifs, et on ignore par conséquent s'ils sont efficaces pour ces assurés (même en mettant de côté les effets indirects indésirables). On en sait un peu plus à cet égard sur les mesures proposées par l'assurance invalidité, mais les résultats sont modestes (voir le chapitre 3). Comme l'assurance chômage et l'aide sociale n'effectuent aucune évaluation de l'état de santé mentale de leurs bénéficiaires, on sait peu de choses quant à l'incidence des interventions effectuées dans le cadre de ces systèmes sur les différents groupes d'assurés.

En Suisse, l'offre de services pour le marché du travail est considérable. Il existe des mesures pour l'employabilité, des soutiens à l'emploi et à la réinsertion, et des services d'orientation professionnelle et d'encadrement professionnel. Ces prestations sont proposées par de nombreux prestataires essentiellement privés (à but lucratif ou non) et financées par diverses autorités, en particulier les SPE, l'aide sociale et l'assurance invalidité, mais aussi par le secteur privé (les assureurs privés et, en partie, les employeurs). À cet égard, on relève de nombreux chevauchements et doublons dans les mesures de soutien. Par ailleurs, un grand nombre de prestataires ont des contrats avec plusieurs institutions et parties prenantes. La plupart des prestataires s'occupent d'une multitude de bénéficiaires, et seuls quelques-uns sont spécialisés dans les personnes qui souffrent d'une maladie mentale.

De même, certaines mesures particulières peuvent être utilisées principalement par des personnes atteintes de troubles mentaux, mais la plupart n'ont pas été conçues spécifiquement pour ce groupe. Différents prestataires sont spécialisés dans les personnes confrontées à des problèmes complexes et peuvent afficher un nombre d'environ 25 dossiers par collaborateur. De nombreux prestataires n'interviennent que dans un petit nombre de cantons, voire dans un seul, quelques-uns seulement étant présents sur l'ensemble du territoire. Par conséquent, la gamme et la qualité des services peuvent varier sensiblement d'une région à une autre (Duell et al., 2010).

Les réglementations des diverses autorités diffèrent également, mais deux caractéristiques semblent généralisées : premièrement, les institutions prévoient des interventions en plusieurs étapes qui suivent une progression plutôt rigoureuse. Par exemple, un assuré provenant de l'assurance invalidité peut participer à des mesures de réinsertion pendant 12 mois au maximum, puis à des mesures d'ordre professionnel pendant six mois (en fonction de la mesure) et enfin profiter d'un encadrement professionnel pendant trois à six mois. Deuxièmement, les prestataires perçoivent une indemnisation fixe par bénéficiaire et par unité de temps, et les contrats sont négociés individuellement, et non par appel d'offres. En conséquence, le système semble être partiellement guidé par les besoins du prestataire, et non par ceux des bénéficiaires. Les assurés participent généralement à des programmes tant que des fonds sont disponibles, et les prestataires « établis » n'ont que très peu d'incitations à motiver les assurés et à obtenir de bons résultats en matière d'emploi.

Ce marché des services très développé ne fonctionne pas toujours très bien mais pourrait être amélioré, de même que les résultats en matière d'emploi, en adoptant progressivement un financement en partie fondé sur les résultats, c'est-à-dire en payant les prestataires selon les succès obtenus en matière d'emploi plutôt qu'en fonction des services fournis. Ce type de financement des services d'emploi est de plus en plus répandu dans l'OCDE, tout particulièrement en Australie, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni (OCDE, 2013c). Un tel système de financement nécessiterait un processus d'appel d'offres professionnel et un contrôle de la qualité performant. Il permettrait d'associer le financement à l'obtention de résultats durables liés ou non à l'emploi (par exemple dans le domaine de l'éducation) et de faire varier le niveau de financement en fonction du taux de handicap du bénéficiaire. Si les problèmes de santé mentale devenaient un élément clé pour déterminer les niveaux de financement, la situation de ce groupe de bénéficiaires pourrait s'améliorer très rapidement. Adopter un système de financement fondé sur les résultats devrait être comparativement plus facile en Suisse, étant donné que le secteur privé, dont on est fortement

tributaire, bénéficie d'une confiance généralisée, tant en ce qui concerne la mise à disposition de services que, plus généralement, pour les assurances sociales et l'assurance maladie.

Conclusions

Au début des années 90, alors que les mesures visant au retour à l'emploi s'imposaient progressivement au sein de l'assurance chômage en Suisse et que la question du chômage prenait plus d'importance, les efforts des SPE se sont portés encore davantage sur les individus capables de travailler et disposés à le faire. Il est possible que les demandeurs d'emploi confrontés à des problèmes complexes, plus difficiles à réinsérer, aient ainsi perdu leur statut de groupe cible prioritaire pour les SPE. En conséquence, ces demandeurs d'emploi ont été de plus en plus souvent renvoyés vers d'autres systèmes, d'abord vers l'assurance invalidité, et plus récemment vers l'aide sociale, qui fonctionnent toutes deux en parallèle comme systèmes de dernier recours. La méconnaissance, dans de nombreux offices régionaux de placement, de la part élevée des chômeurs qui souffrent d'une maladie mentale grave est aussi une résultante de cette évolution.

Pour remédier à cette tendance, la collaboration interinstitutionnelle (CII) s'est imposée comme un sujet crucial, car il était de plus en plus souvent question de ces personnes aux besoins complexes qui se voyaient constamment renvoyées d'une institution à l'autre dans un système de prestations trop compartimenté. Même si les données produites ultérieurement ont montré que ce phénomène ne concerne finalement qu'un petit nombre d'individus, les efforts de la CII ont été considérablement intensifiés et d'importantes ressources ont été mobilisées – quoique de manière très variable à l'échelle du pays – dans l'objectif de développer des mécanismes et outils de coopération au niveau cantonal et régional. Dans les faits pourtant, seul un petit nombre de personnes ont bénéficié à ce jour de ces nouvelles approches. De plus, en l'absence d'évaluation, on ignore si les résultats les concernant se sont améliorés.

Qui plus est, la concentration des efforts et des ressources autour de la CII a pu masquer d'autres aspects peut-être encore plus graves, comme les problèmes de santé mentale majeurs dont souffrent de nombreux bénéficiaires réguliers (qui ne font pas partie du processus CII). Cette remarque vaut particulièrement pour les SPE, car l'assurance invalidité et l'aide sociale ont davantage conscience de la forte prévalence des troubles mentaux parmi leurs bénéficiaires. De ce fait, notamment, alors que la Suisse affiche un des taux de chômage les plus bas de la zone OCDE, la part du chômage de longue durée – à savoir plus de six mois ou plus d'un an – est plus élevée que la moyenne OCDE (OCDE, 2013c).

En outre, même si peu de personnes passent plusieurs fois d'un système à un autre, il est très fréquent de transiter par un type de prestations avant d'être pris en charge par un autre. En particulier, de très nombreux chômeurs en fin de droits sont transférés vers l'aide sociale, et bon nombre de bénéficiaires de l'aide sociale déposent un jour ou l'autre une demande de rente d'invalidité. C'est pourquoi la coordination des systèmes, de leurs mesures et de leurs approches, ainsi que l'interface entre ces systèmes, sont des sujets tout à fait pertinents. Le processus CII constitue à ce titre un pas dans la bonne direction.

Des efforts supplémentaires s'imposent néanmoins. En particulier, le processus CII souffre de ses priorités institutionnelles, ainsi que de l'insuffisance des mesures, parfois contradictoires, visant à inciter les institutions impliquées à mieux coopérer. Résoudre ce problème en améliorant les incitations pourrait constituer l'une des voies à suivre, même si elle n'est pas sans embûches. Au lieu ou en plus de cela, chaque institution devrait accorder davantage d'attention à ceux de ses propres bénéficiaires qui présentent des problèmes complexes, et plus particulièrement des troubles mentaux. Plutôt que de diriger l'assuré difficile à réinsérer vers un processus long et coûteux, il s'avère souvent plus efficace de proposer très tôt des services supplémentaires – par exemple dans le domaine de la santé ou sur le lieu de travail – au sein même d'une institution, en plus des prestations habituellement disponibles.

Chercher à identifier les problèmes de santé mentale des bénéficiaires et à les traiter rapidement (tant dans l'assurance chômage que dans le système d'aide sociale)

- *Dépister les problèmes de santé mentale lorsque cela semble indiqué.* Les collaborateurs des SPE et de l'aide sociale ne disposent d'aucun outil leur permettant de repérer les bénéficiaires qui ont des problèmes de santé mentale. Or, les résultats en termes d'emploi seraient meilleurs si ces problèmes étaient pris en charge plus tôt. Par conséquent, dès que des problèmes sont pressentis, des instruments validés devraient être utilisés pour faire le bilan de la santé mentale des assurés. Ceci pourrait avoir lieu lors du premier entretien ou à chaque fois que cela serait jugé nécessaire – non pas pour dépister les individus précocement, mais pour faire face aux barrières propres aux maladies mentales et éviter ainsi le chômage de longue durée.

- *Renforcer les connaissances sur la santé mentale.* L'usage pertinent de tels outils requiert que les conseillers des SPE et les travailleurs sociaux des services sociaux disposent des connaissances appropriées en matière de santé mentale. Ils doivent

recevoir une formation afin de savoir comment identifier les problèmes de santé mentale, mais aussi quand et comment utiliser les outils de dépistage. Des collaborateurs possédant des compétences en psychologie constituent un important facteur d'amélioration des taux de réinsertion chez les demandeurs d'emploi souffrant de troubles mentaux.

- *Agir rapidement.* Si un important problème de santé mentale est repéré, les services médicaux doivent être sollicités très rapidement. Cela peut se faire en adressant les personnes en cause à un professionnel de la santé et en favorisant la mise en place d'un traitement (ce qui exige un lien étroit avec ledit secteur), ou en offrant certaines formes de traitement en interne (par exemple une thérapie comportementale). Les dépistages peuvent aussi être utilisés pour aiguiller vers la CII, plus tôt que cela ne se fait aujourd'hui, un bénéficiaire présentant des besoins complexes. Plus le processus se met en route rapidement, plus les chances de réussite sont grandes. Les personnes pour lesquelles des risques pour la santé mentale ont été identifiés doivent être inscrites très rapidement à un programme intensif, avec pour objectif d'améliorer et de gérer son état de santé, ainsi que de développer ses capacités.

Modifier le cadre des SPE pour mieux venir en aide aux demandeurs d'emploi qui souffrent de troubles mentaux

- *Développer les indicateurs pour l'évaluation des performances.* Les indicateurs utilisés pour évaluer les performances des SPE sont axés sur le retour rapide des chômeurs dans l'emploi, et sur la nécessité d'éviter les périodes de chômage répétées, de longue et de très longue durée (à partir des sorties du système de prestations). Il conviendrait d'élargir ces critères afin d'inciter les différents SPE à aider les assurés difficiles à placer (tels que ceux qui souffrent de problèmes de santé mentale), ainsi que les non-bénéficiaires, à trouver des emplois durables. Un tel élargissement des objectifs de performance serait également favorable au processus CII.

- *Élaborer une stratégie pour les chômeurs malades.* Les chômeurs malades sont exemptés de recherche d'emploi. Toutefois, après 44 jours de maladie, ils perdent leurs droits aux indemnités de chômage. Cette situation concerne souvent des personnes souffrant d'une maladie mentale. Il serait utile de développer une stratégie appropriée afin de maintenir le contact avec cette catégorie d'individus – dont beaucoup peuvent conserver une capacité de travail importante – et de continuer à les aider et à les encourager dans leur recherche d'emploi.

- *Élaborer une stratégie pour les bénéficiaires ayant épuisé leurs droits aux prestations.* Parallèlement, une plus grande attention devrait être accordée aux individus qui risquent d'épuiser leurs droits aux indemnités de chômage – parmi lesquels les personnes atteintes de troubles mentaux sont surreprésentées. Cette catégorie de population aurait plutôt besoin d'une aide plus soutenue, le plus tôt possible (car après un an de chômage, les chances de réinsertion sont minces). Les chômeurs en fin de droits devraient continuer à bénéficier de mesures de réinsertion et de programmes actifs du marché du travail.

Renforcer les capacités du secteur de l'aide sociale à faire face aux personnes atteintes de troubles mentaux

- *Élaborer des outils pour répondre aux problèmes de santé mentale.* Au vu de la prévalence élevée des maladies mentales parmi les bénéficiaires de l'aide sociale, les services sociaux ont besoin de meilleurs outils afin de prévenir l'aggravation de ces maladies. L'approche de Zurich – qui comprend des outils d'évaluation, un centre de formation professionnelle, des travailleurs sociaux dans les établissements scolaires, et la présence régulière d'un soutien psychiatrique – peut être considérée comme une référence. Cela semble primordial pour les villes de grande et moyenne importance.

- *Des services cantonaux et régionaux pour les petites collectivités.* Les services sociaux de moindre importance n'ont pas la capacité d'élaborer ni de mettre en œuvre une large gamme d'outils et de prestations spécialement adaptés aux maladies mentales. Certaines installations pourraient être mises à leur disposition au niveau régional (par exemple dans un service social d'une région plus importante), voire au niveau cantonal s'il s'agit d'un canton peu étendu. La population locale devrait pouvoir accéder facilement à de tels services. Une démarche de ce type nécessiterait une redistribution des ressources.

- *Lutter contre les désincitations au travail.* De manière plus générale, comme c'est le cas pour l'assurance invalidité, les interventions des collaborateurs de la protection sociale sont limitées par l'insuffisance des incitations au travail présentées aux bénéficiaires (en particulier si ces derniers ont des personnes à charge). Il importe de remédier à ce problème, par exemple en utilisant des exemptions en matière de seuils de revenu ou des crédits d'impôt, afin de s'assurer que toute heure de travail supplémentaire soit profitable à l'assuré.

Corriger les faiblesses structurelles de la démarche CII

- *Renforcer les incitations à la collaboration.* Les incitations financières insuffisantes, voire contradictoires, sont probablement le facteur essentiel entravant la réussite de la CII. Ce problème pourrait être réglé, par exemple en introduisant des accords mutuels de cofinancement. Assouplir certaines pratiques restrictives permettrait également d'améliorer la structure des incitations, par exemple en maintenant pleinement l'accès aux prestations des SPE pour les chômeurs en fin de droits ou en ouvrant aux travailleurs non qualifiés les formations proposées par l'assurance invalidité.

- *Impliquer le secteur médical.* Presque tous les acteurs principaux sont impliqués dans la CII, à l'exception du système de santé (qui est indirectement concerné lorsque l'assurance invalidité entre en jeu, mais reste absent de la plupart des processus de collaboration bilatérale). Comme la CII concerne les problèmes sociaux et les problématiques de santé (mentale) qui font obstacle à l'emploi, le système de santé (mentale) devrait être partenaire à part entière du processus – en apportant son expertise médicale lors de la phase d'évaluation et pour l'élaboration d'une stratégie de traitement.

- *Améliorer la collaboration avec les employeurs.* Le second groupe d'acteurs insuffisamment impliqués dans la CII est celui des employeurs. Les personnes ayant une mauvaise santé mentale, en particulier, sont souvent confrontées, sur leur lieu de travail, à des difficultés qui devraient être prises en compte dans le processus CII. Il importe de trouver des méthodes pour mettre en place des réseaux plus performants entre collaborateurs de la CII et employeurs.

- *Compléter la collaboration par l'intégration de certaines prestations.* La collaboration a ses limites. Une intégration totale de certaines prestations – en particulier celles qui concernent l'emploi et la santé – est souvent plus aisée au sein d'une seule et même institution. Par conséquent, les SPE et les services sociaux devraient prévoir d'accroître leur expertise en matière de santé afin de pouvoir proposer instantanément certains traitements.

Améliorer le financement et les résultats des prestations axées sur l'emploi

- *Envisager le passage à un système de financement fondé sur les résultats.* Financer les prestations de soutien au moyen de paiements fixes par bénéficiaire est administrativement plus simple,

mais pas idéal pour garantir des résultats durables. Rémunérer les prestataires en fonction des résultats durables obtenus en ce qui concerne l'emploi (ou d'autres domaines), comme cela se fait de plus en plus souvent dans d'autres pays, pourrait améliorer les résultats. Par ailleurs, une péréquation entre le niveau de financement et la gravité des difficultés que rencontrent les personnes souffrant de troubles mentaux (grâce à des outils de profilage et d'évaluation plus performants, et à la prise en compte explicite du facteur « santé mentale ») permettrait d'améliorer considérablement les résultats, pour cette catégorie de personnes défavorisées et pour d'autres.

- *Débuter l'expérimentation d'un tel système de financement.* Changer totalement de système de financement n'est pas chose simple. Mettre en place un marché compétitif au moyen d'un système d'adjudication des services (pour la Suisse probablement au niveau des cantons) nécessite une préparation minutieuse, qui s'appuie sur l'expérience d'autres pays, ainsi que des justifications solides. Les autorités suisses devraient commencer à réfléchir aux mesures à prendre pour faire évoluer le système dans ce sens. Il faut pour cela une meilleure connaissance des résultats qu'obtiennent actuellement certains prestataires privés concernant différents groupes de bénéficiaires, ainsi que des améliorations envisageables, par rapport à la situation actuelle, en dotant les SPE d'outils de profilage et d'évaluation plus efficaces et en instaurant un système globalement axé sur les performances.

Notes

1. Loos et al. (2009) aboutissent à un pourcentage similaire de 19 % de la population suisse en âge de travailler qui perçoit des prestations, quel que soit le moment de la mesure et en incluant les indemnités de maladie, d'accident et de préretraite.

2. Les personnes qui perçoivent une indemnité de chômage sont soumises à des obligations strictes en matière de recherche d'emploi, avec le soutien des offices cantonaux pour l'emploi ; les exigences sont en revanche beaucoup plus souples à l'égard des bénéficiaires d'une rente d'invalidité ou de l'aide sociale.

3. Office fédéral des assurances sociales (OFAS, 2013).

4. L'Enquête suisse sur la santé, qui a lieu tous les cinq ans, porte sur les personnes âgées de 15 ans et plus qui vivent dans des ménages privés (la population des institutions n'est pas prise en compte). Elle consiste en un entretien téléphonique et un questionnaire écrit.

5. Par exemple, on pense que de 5 à 15 % des nouveaux dossiers d'aide sociale en 2011 (selon les régions) découlent de la dernière réforme relative aux allocations de chômage, qui prévoit que la durée des versements soit plus étroitement liée à la durée de cotisation du demandeur (Salzgeber, 2011).

6. Les données examinées dans Baur (2003) suggèrent qu'environ la moitié des personnes qui épuisent leurs droits aux allocations de chômage trouvent un emploi dans les deux ans (souvent avec un salaire inférieur et moins de sécurité). Deux ans après l'épuisement des prestations, environ 10 % des deux groupes bénéficient d'une rente d'invalidité ou de prestations sociales, ou perçoivent à nouveau des allocations de chômage.

7. AS-AI-AC (SHIVALV en allemand) correspond à aide sociale-assurance invalidité-assurance chômage.

8. En 2008, un quart environ de tous les assurés ont été visés par une sanction, avec à la clé une suspension de leurs prestations de 2.5 semaines en moyenne (Duell et al., 2010).

9. Voir par exemple la brochure du canton du Valais (Kantonale IV-Stelle Wallis, 2012) qui reprend, en français et en allemand, toutes les mesures proposées par l'assurance chômage, l'assurance invalidité ou les services sociaux.

Références

Aeppli, D. et T. Ragni (2009), « Ist Erwerbsarbeit für Sozialhilfebezüger ein Privileg? » [L'emploi est-il un privilège pour les bénéficiaires d'allocations ?], *SECO Publikation Arbeitsmarktpolitik*, n° 28, Staatssekretariat für Wirtschaft, Berne.

Arni, P., R. Lalive et J. van Ours (2009), « How Effective Are Unemployment Benefit Sanctions? Looking Beyond Unemployment Exit », *IZA Discussion Paper*, n° 4509, Institute for the Study of Labor, Bonn.

Baur, R. (2003), « Erschwerte soziale und berufliche Integration: Hintergründe und Massnahmen » [Difficile intégration sociale et professionnelle : historique et mesures], *Forschungsbericht No. 26/03* (Beiträge zur Sozialen Sicherheit), Bundesamt für Sozialversicherungen, Berne.

BSV (2012), « Monitoring SHIVALV: Die BASIS-Indikatoren 2005-2010 » [Gérer SHIVALV: Les indicateurs BASE 2005-2010], Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), Berne.

Champion, C. (2008), « Gemeinsam gegen den Drehtüreffekt: Erste Erfahrungen mit MAMAC sind vielversprechend » [Ensemble contre l'effet "tourniquet" : Les premières expériences avec MAMAC sont prometteuses], *Soziale Sicherheit CHSS*, n° 3/2008, pp. 153-157.

Duell, N., P. Tergeist, U. Bazant et S. Cimper (2010), « Activation Policies in Switzerland », *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, n° 112, Éditions OCDE, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/5km4hd7r28f6-en.

Egger, M., V. Merckx et A. Wüthrich (2010), *Evaluation des nationalen Projekts IIZ-MAMAC* [Évaluation du Projet national IIZ-MAMAC], *Forschungsbericht*, n° 9/10 (Beiträge zur Sozialen Sicherheit), Bundesamt für Sozialversicherungen, Berne.

Fluder, R., T. Graf, R. Ruder et R. Salzgeber (2009), *Quantifizierung der Übergänge zwischen Systemen der Sozialen Sicherheit (IV, ALV und Sozialhilfe)* [Quantification des transitions entre les systèmes de sécurité sociale (Assurance invalidité, chômage et aide sociale)], *Forschungsbericht,* n° 1/09 (Beiträge zur Sozialen Sicherheit) Bundesamt für Sozialversicherungen, Berne.

Kantonale IV-Stelle Wallis (2012), « Massnahmenkatalog Für Die Berufliche Und Soziale Wiedereingliederung » [Catalogue des mesures de réinsertion professionnelle et sociale, version française : www.vs.ch/Data/forms/srv_343/F-Catalogue%20Mesures%20CII_Dec_2012.pdf (consulté le 7 novembre 2013) et version allemande : www.vs.ch/Data/forms/srv_343/D-Massnahmenkatalog%20IIZ_Dez_2012(1).pdf.

Kolly, M. (2011), « Quantifizierung der Wechselwirkungen zwischen den Systemen der sozialen Sicherheit » [Quantification des interactions entre les systèmes de sécurité sociale], *Soziale Sicherheit CHSS,* n° 4/2011, pp. 199-207.

Lalive, R., T. Zehnder et J. Zweimüller (2006), « Makroökonomische Evaluation der Aktiven Arbeitsmarktpolitik der Schweiz » [Évaluation macroéconomique des politiques actives du marché du travail en Suisse], *SECO Publikation Arbeitsmarktpolitik,* n° 19, Staatssekretariat für Wirtschaft, Berne.

Loos, S., A. Schliwen et M. Albrecht (2009), « Vorzeitiger Rückzug aus der Erwerbstätigkeit aufgrund von Invalidität im Vergleich zu alternative Austrittsoptionen » [Retrait prématuré de l'emploi en raison de l'invalidité comparé aux autres options de sortie], *Forschungsbericht*, n° 8/09 (Beiträge zur Sozialen Sicherheit), Bundesamt für Sozialversicherungen, Berne.

Luisier, G. (1999), « Koordination zwischen Invalidenversicherung, Arbeitslosen-versicherung und Sozialhilfe » [Co-ordination entre l'assurance invalidité, l'assurance chômage et l'aide sociale], *Soziale Sicherheit CHSS*, n° 5/1999, pp. 228-234.

Nadai, E., A. Canonica et M. Koch (2010), « Interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ) im System der sozialen Sicherung » (Schlussbericht), [Coopération inter-institutionnelle (IIZ) dans le système de protection sociale], Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten.

OCDE (à paraître), *Mental Health and Work: United Kingdom*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE (2013a), *Benefits and Wages: OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris, www.oecd.org/els/benefitsandwagesstatistics.htm.

OCDE (2013b), *Mental Health and Work: Denmark*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264188631-en.

OCDE (2013c), *Perspectives de l'emploi de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2013-fr.

OCDE (2012), *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264124561-fr.

OCDE (2007), *Perspectives de l'emploi de l'OCDE, Chapitre 5 : L'activation des chômeurs telle que la pratiquent les pays*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2007-fr.

OFAS (2013), « Unemployment Insurance », Office fédéral des assurances sociales, www.bsv.admin.ch/dokumentation/zahlen/00093/00436/index.html?lang=en (consulté le 7 novembre 2013).

Ragni, T. (2007), « Die Wirksamkeit der öffentlichen Arbeitsvermittlung in der Schweiz » [L'efficacité des services publics de l'emploi en Suisse], *DP-Discussion Paper*, Staatssekretariat für Wirtschaft, Berne.

Salzgeber, R. (2011), « Kennzahlenvergleich zur Sozialhilfe in Schweizer Städten Berichtsjahr 2011 » [Analyse de l'aide sociale dans les villes suisses, Rapport 2011], Berner Fachhochschule Fachbereich Sozial Arbeit, Berne.

SECO (2004), *Handbuch zur Interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ)*, [Manuel pour la coopération inter-institutionnelle (IIZ)], Staatssekretariat für Wirtschaft, Berne, www.iiz.ch/mm/iiz_handbuch_f.pdf, www.iiz.ch/mm/handbuch_deutsch.pdf.

Søgaard, H.J. et P. Bech (2010), « Predictive Validity of Common Mental Disorders Screening Questionnaire as a Screening Instrument in Long-Term Sickness Absence », *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 38, pp. 375-385.

Venn, D. (2012), « Eligibility Criteria for Unemployment Benefits: Quantitative Indicators for OECD and EU Countries », *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, n° 131, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/5k9h43kgkvr4-en.

Chapitre 5

Tirer davantage parti du système suisse de santé mentale

Le présent chapitre évalue la performance du système suisse de santé mentale pour ce qui concerne la mise en œuvre des traitements adéquats pour les personnes qui souffrent de troubles mentaux. Déjà très complet, ce système pourrait néanmoins offrir des prestations à plus de personnes ayant besoin de traitement. Ce chapitre s'intéresse donc au rôle des différents prestataires de soins dans le domaine de la santé mentale, à la façon dont ils collaborent entre eux et au potentiel d'amélioration. Il analyse l'action des services psychiatriques et des médecins indépendants en faveur du maintien dans l'emploi et de la réinsertion professionnelle ; enfin, il aborde les opportunités de s'investir plus résolument face aux difficultés professionnelles imputables à des problèmes de santé, ainsi que les obstacles à surmonter en la matière.

Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Bien que la plupart des problèmes de santé mentale, s'ils sont traités efficacement et à temps, aient de bonnes chances d'évoluer favorablement, on observe qu'ils surviennent habituellement très tôt dans l'existence, et qu'ils peuvent se révéler persistants ou donner lieu à de fréquentes rechutes. Par ailleurs, une mauvaise santé mentale a souvent des répercussions négatives sur les compétences sociales, la personnalité et sur l'anxiété liée au travail. Elle suscite la stigmatisation, tant sur le lieu de travail qu'à l'extérieur. Maintenir dans l'emploi ou réinsérer des employés souffrant de problèmes mentaux n'est possible qu'avec des mesures intégrées ciblant les problèmes médicaux et adaptées à des situations émotionnellement complexes sur le lieu de travail. La mise en œuvre de traitements adaptés est donc une composante nécessaire de toute stratégie visant à accroître la participation des personnes atteintes de troubles mentaux au marché du travail, mais – ainsi que nous l'avons vu dans le chapitre 2 – elle doit être associée à des mesures sur le lieu de travail.

En Suisse, les soins de santé mentale sont assurés par de nombreux généralistes et spécialistes. Le système de santé suisse recueille un taux de satisfaction très élevé auprès des utilisateurs ; pour autant, le lien entre d'une part les généralistes et les spécialistes, et d'autre part les aspects professionnels et les services de réadaptation et d'emploi, n'est pas satisfaisant. Grâce aux importantes ressources dont il dispose, le système de santé suisse est en mesure d'offrir des services médicaux et psychologiques différenciés de qualité, mais cette diversité des prestations peut aussi entraîner une fragmentation des mesures et des concepts de soins. Ces questions sont traitées ci-dessous.

Caractéristiques du système de santé mentale

Certaines des caractéristiques structurelles d'un système de santé mentale peuvent avoir des conséquences non seulement sur la guérison mais aussi sur la situation professionnelle du patient : proximité entre le centre de traitement et le lieu de résidence du patient facilitant les contacts entre l'employeur et le centre, soins fournis dans un environnement non stigmatisé (un hôpital général, par exemple) facilitant l'accès au traitement, ou existence de services ambulatoires et de cliniques de jour interdisciplinaires facilitant le processus de réinsertion professionnelle.

Globalement, le système de santé suisse est performant, et se caractérise par un large éventail de prestations, une couverture santé universelle et des taux de satisfaction élevés (OCDE/OMS, 2011 ; Sturny et Camenzind, 2011). Par ailleurs, les dépenses de santé du pays figuraient en 2009 parmi les plus élevées de la zone OCDE, tant en pourcentage du PIB (11.4 %) que par habitant (5 000 USD en PPA ; OCDE/OMS, 2011).

En 2010, les soins de santé couverts par l'assurance maladie obligatoire ont coûté au total 32 milliards CHF (28 milliards EUR), assumés à hauteur de 21 milliards CHF par l'assurance maladie et à hauteur de 11 milliards CHF par la Confédération, les cantons et les municipalités. Les soins somatiques ont représenté 30 milliards CHF (94 %) et les soins de santé mentale spécialisés 2 milliards CHF (6 %) seulement, dont 56 % ont été affectés aux soins psychiatriques avec hospitalisation, 14 % aux soins ambulatoires et de jour, et 30 % aux cabinets privés.

Un large éventail de services de santé mentale

Premièrement, en 2010, environ 6 000 médecins généralistes ont traité quelque 5 millions de patients. On estime qu'une proportion comprise entre un quart et un tiers de ces patients souffrait d'un trouble mental, et présentait éventuellement une comorbidité (OMS/Wonca, 2008 ; Goldberg et Lecrubier, 1995 par exemple). On retrouve cette forte proportion (près de 35 %) dans une étude menée sur 2 330 patients suivis par des médecins généralistes dans le canton de Berne (Amsler et al., 2010). Globalement, près de 80 % de la population suisse consulte un médecin (généraliste ou spécialiste) au moins une fois par an. Ce taux passe à plus de 90 % pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale persistants (Sturny et Schuler, 2011). Plus les individus sont soumis au stress, plus ils se tournent vers des traitements médicaux (Schuler et Burla, 2012). Pourtant, dans la plupart des cas, les individus ayant des troubles mentaux ne se font pas soigner pour ces problèmes, mais pour une affection physique et, généralement, leur problème de santé mentale n'est pas détecté et/ou pas traité. Malgré tout, 36 % de l'ensemble des diagnostics d'ordre psychiatrique sont posés par des médecins généralistes, 2.5 % par des médecins somaticiens spécialisés indépendants, et tous les autres par des psychiatres.

Deuxièmement, en 2010 également, environ 2 900 psychiatres indépendants ont traité 330 000 patients (Schuler et Burla, 2012). Le nombre de patients moyen des psychiatres (qui est de 115) est bien inférieur à celui des généralistes (830 patients en moyenne). Si le nombre de patients suivis par des médecins généralistes indépendants a augmenté d'environ 4 % entre 2006 et 2010, en cabinet psychiatrique la hausse a été bien plus importante, dépassant 18 %. Par rapport aux généralistes, les psychiatres soignent souvent des personnes atteintes de troubles schizophréniques, névrotiques et de la personnalité. Les patients peuvent consulter un psychiatre directement, sans passer par un généraliste, dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. Certains psychiatres collaborent avec des psychothérapeutes, auxquels ils peuvent envoyer des patients – qui peuvent alors se faire rembourser le traitement par l'assurance maladie (en règle générale,

l'assurance maladie obligatoire couvre exclusivement les coûts des prestations fournies par les psychiatres). Au total, en 2010 environ 4 000 psychothérapeutes ont soigné des patients souffrant de problèmes de santé mentale ; dans un tiers des cas environ, les patients ont payé leurs psychothérapies de leur poche.

Troisièmement, il existe en Suisse de nombreux centres proposant des soins psychiatriques sans hospitalisation (soins ambulatoires, hôpitaux de jour). D'après Moreau-Gruet et Lavignasse (2009), le pays compte environ 500 unités réparties dans 60 institutions et chaque unité traite entre 11 et 65 patients pour 1 000 habitants, selon le canton. D'après les estimations, environ 175 000 cas au total seraient pris en charge par les services de psychiatrie ambulatoire (Schuler et Burla, 2012 ; Moreau-Gruet et Lavignasse, 2009). Les principaux problèmes de santé mentale traités dans ces services sont les troubles névrotiques, affectifs et liés à l'abus de drogues.

Quatrièmement, quelque 60 000 patients (à peu près 80 000 cas) étaient soignés en milieu hospitalier en 2009 ; environ les trois quarts d'entre eux étaient pris en charge dans une clinique psychiatrique, et le quart restant était soigné en hôpital général. Bien que le taux de patients hospitalisés n'ait pas augmenté entre 2002 et 2009, le *ratio de cas* traités a augmenté au cours de la même période ; en d'autres termes, les mêmes patients ont été réadmis plus souvent (Kuhl et Herdt, 2007). Les principaux diagnostics posés chez les patients hospitalisés concernent des troubles liés à l'abus de drogues (hommes), des troubles affectifs (femmes) et des troubles névrotiques. Les traitements peuvent être suivis en clinique psychiatrique ou dans une unité spécialisée d'un hôpital général. Les hospitalisations en hôpital général de patients présentant à la fois des troubles psychiatriques et somatiques sont également nombreuses. Une hospitalisation en soins somatiques peut fournir l'occasion de détecter des comorbidités mentales. Les médecins hospitaliers perçoivent souvent les problèmes de santé mentale de leurs patients : dans une étude sur les patients de deux hôpitaux généraux, les médecins ont décelé des troubles mentaux justifiant un traitement chez environ 25 % des patients (Cahn et Baer, 2003). Ce diagnostic précoce ne se traduit pourtant que rarement par le renvoi vers un spécialiste à la sortie de l'hôpital.

Les médecins généralistes sont capables de détecter les troubles mentaux mais peu de patients sont traités ou orientés vers des spécialistes

Le faible taux de traitement par des généralistes au regard du nombre important de patients atteints de troubles mentaux ne s'explique pas seulement par le faible taux de détection de ces troubles. Dans une étude suisse menée auprès de médecins généralistes sur les patients atteints de

troubles dépressifs, les généralistes font état de 3.2 cas traités de dépression pour 1 000 patients. Les médecins estiment cependant qu'un patient sur trois environ souffre de dépression, si l'on inclut les formes plus légères de la pathologie (Schuler et Burla, 2012). Une dépression légère pouvant évoluer vers des formes plus graves si elle n'est pas traitée, il serait utile que les médecins généralistes interviennent plus souvent. Seuls 5-10 % des individus atteints de troubles mentaux informent leur médecin traitant de leur maladie et demandent un traitement, ce qui demeure un réel problème (Linden et al., 1996). En revanche, la plupart des troubles liés à la consommation de drogue sont traités par des médecins généralistes, qui diagnostiquent près de 60 % de tous les cas liés à l'abus d'alcool et 70 % de ceux liés à d'autres substances.

Seule une minorité des patients pour lesquels un médecin indépendant a diagnostiqué un trouble mental est orientée vers un psychiatre : c'est le cas pour 20 % seulement des patients atteints d'un trouble dépressif, par exemple (Schuler et Burla, 2012). La décision d'un médecin généraliste d'orienter un patient vers un psychiatre dépend de plusieurs éléments et notamment : des préférences du patient ; du fait que le médecin généraliste estime ou non que le traitement relève de sa responsabilité et qu'il se juge ou non compétent ; de la qualité de la collaboration avec les psychiatres à l'échelon local ; de la possibilité d'obtenir une consultation sans attente excessive ; de la probabilité que le patient soit réorienté vers le cabinet du généraliste (Spiessl et Cording, 2000).

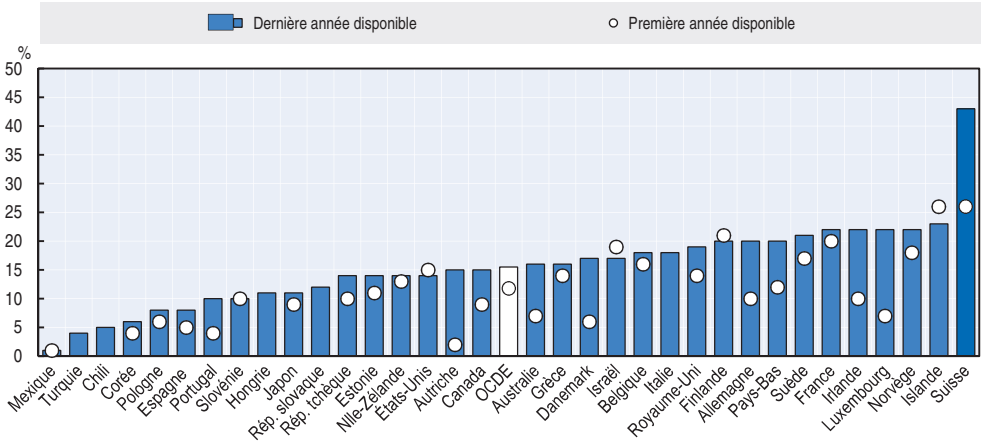
Dans une étude suisse portant sur environ 550 patients suivis en cabinet privé (Cahn et Baer, 2003), les médecins généralistes estiment que 19 % de leurs patients ont un trouble mental qui devrait être traité, et que 9 % présentent un problème de santé mentale mineur. D'après les médecins généralistes, seuls 15 % des patients ayant besoin de soins psychiatriques ont affaire à un spécialiste, ce qui équivaut à 3 % du nombre total de patients reçus en cabinet de médecine générale. Cette proportion très faible pourrait être révélatrice de certains problèmes concernant l'orientation des patients vers les psychiatres.

Forte densité de psychiatres et psychothérapeutes indépendants

Le nombre élevé de psychiatres indépendants qui caractérise le système suisse de santé mentale confère à ce dernier un énorme potentiel (graphique 5.1). Avec près de 45 psychiatres indépendants pour 100 000 habitants, la Suisse compte trois fois plus de spécialistes que la moyenne de l'OCDE. À en juger par le fort taux de psychiatres par habitant, il semble que les psychiatres indépendants agissent en partie comme un service de soins primaires de première intention pour les personnes souffrant de troubles mentaux.

Graphique 5.1. **En Suisse, le taux de psychiatres est extrêmement élevé**

Densité de psychiatres pour 100 000 habitants dans les pays de l'OCDE, première et dernière années pour lesquelles des données sont disponibles



Note : La moyenne de l'OCDE est une moyenne non pondérée.

Source : Indicateurs de la qualité des soins de santé de l'OCDE, 2011, http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932930214*

En dépit de ces ressources, l'accès aux prestations psychiatriques demeure problématique. Une étude récente de la Suisse, simulant les symptômes cliniques d'une dépression sévère et de troubles psychotiques graves, parvient à la conclusion qu'il est difficile d'obtenir un rendez-vous avec un psychiatre, beaucoup plus qu'avec un médecin généraliste (Bridler et al., 2012). Établir un contact individualisé avec un généraliste est possible dans 95 % des cas, mais dans 50 % des cas seulement avec un psychiatre. Il faut en moyenne sept appels téléphoniques pour prendre rendez-vous avec un psychiatre, et la démarche n'a été fructueuse qu'avec 30 % des psychiatres contactés : les autres n'étaient pas joignables ou n'acceptaient pas de nouveaux patients. Le délai d'attente moyen est de six jours pour un rendez-vous avec un psychiatre en cas de problème grave.

Un autre facteur entrave l'accès aux soins psychiatriques : la durée des traitements en cabinet privé. Une enquête consacrée aux psychiatres du canton de Berne (Amsler et al., 2010) a montré qu'un traitement dure environ 60 mois (durée du traitement déjà accompli combinée à la durée escomptée du traitement à venir), ce qui limite les possibilités de prise en charge de nouveaux patients.

La Suisse compte également de nombreux psychothérapeutes (quelque 4 000 sur l'ensemble du territoire). Toutefois, en l'absence de données concernant le nombre de psychothérapies proposées, la contribution globale des psychothérapeutes aux soins de santé mentale ne peut être mesurée. Au regard de l'assurance maladie, les psychothérapeutes n'ont actuellement pas le même statut que les psychiatres : les prestations qu'ils offrent ne figurent pas dans le catalogue de celles qui sont couvertes par l'assurance maladie obligatoire. Ce n'est que si le patient a été envoyé par un psychiatre que le traitement mis en œuvre par le psychothérapeute est pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Une loi sur les professions liées à la psychologie est entrée en vigueur en 2013. Elle réglemente non seulement les critères et les conditions d'exercice d'une activité de psychologue dans différents domaines, mais précise aussi les conditions nécessaires pour qu'un psychothérapeute puisse administrer son propre traitement, pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

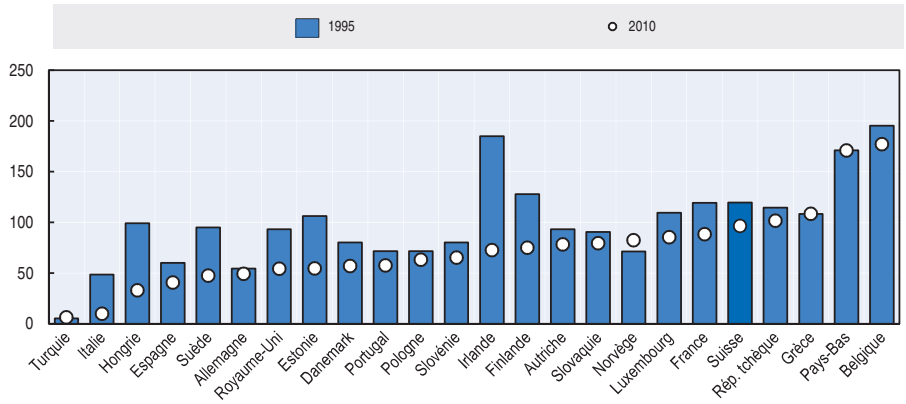
Les importantes ressources hospitalières rendent le système coûteux

Malgré ses nombreux psychiatres indépendants, la Suisse se classait, en 2010, au cinquième rang des pays de l'OCDE en termes de nombre de lits en unité psychiatrique d'un hôpital et au quatrième pour la durée d'hospitalisation. On dénombre en Suisse environ 100 lits en unité psychiatrique hospitalière pour 100 000 habitants (graphique 5.2, partie A) et les traitements sont relativement longs – 30 jours en moyenne pour l'ensemble des maladies mentales et 35 jours pour les troubles de l'humeur (graphique 5.2, partie B). Contrairement à ce qui s'est produit dans de nombreux autres pays, le nombre de lits par habitant n'a connu qu'une baisse modérée depuis 1995. Une hospitalisation plus longue n'améliore pas nécessairement les résultats ; certaines données montrent au contraire qu'il existe un lien entre un séjour hospitalier plus court et une meilleure réadaptation (sous l'angle de la capacité à mener une vie autonome, par exemple ; Nordentoft et al., 2010).

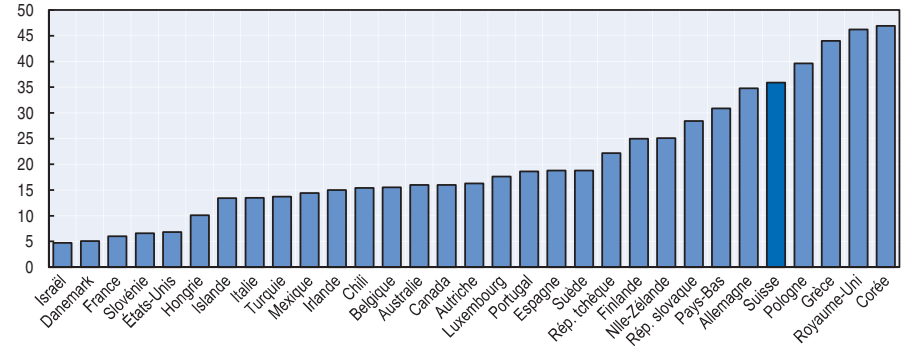
La Suisse se distingue également de nombreux autres pays de l'OCDE, en ce que les internements psychiatriques sont généralement indépendants de l'hôpital général et sont essentiellement assurés en dehors de ce système, par des cliniques psychiatriques publiques ou privées, souvent éloignées du lieu de travail des patients. Cela peut dissuader de solliciter des soins par crainte d'être stigmatisé. Il est plus simple de s'adresser pour cela à un hôpital général en ville qu'à une clinique psychiatrique à l'écart de la ville, et une hospitalisation en hôpital général est plus facile à révéler qu'une hospitalisation en clinique psychiatrique. En outre, il arrive fréquemment que des problèmes de santé physique particuliers accompagnent les troubles mentaux, ce qui donne à penser qu'un traitement spécialisé en hôpital général proposant également des soins somatiques serait plus efficace.

Graphique 5.2. **La Suisse dispose de très importantes ressources hospitalières en santé mentale**

Partie A. Lits en hôpitaux psychiatriques pour 100 000 habitants, 1995 and 2010



Partie B. Durée moyenne d'hospitalisation : problèmes psychiques et comportementaux dus à des troubles de l'humeur, 2010



Source : Partie A, New Cronos, Eurostat, http://epp.eurostat.ec.europa.eu. Partie B, Indicateurs de la qualité des soins de santé de l'OCDE, 2011, http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932930233*

Le recours aux soins hospitaliers est très dissemblable entre les cantons

Les taux d'hospitalisation pour troubles mentaux en Suisse sont de l'ordre de 1 à 4 pour 1 000 habitants. Ils sont élevés et augmentent encore pour les troubles affectifs ou ceux liés à la consommation de drogue, à l'origine d'une hospitalisation sur deux (graphique 5.3, partie A). S'agissant de la schizophrénie et des troubles névrotiques, ces taux demeurent stables.

Les taux globaux d'hospitalisation pour troubles mentaux varient considérablement d'un canton à l'autre. En 2010, ils allaient d'environ 20 admissions pour 1 000 habitants dans les cantons de Genève et de Bâle-Ville à sept admissions dans les cantons ruraux de Nidwald ou de Schwyz (graphique 5.3, partie B). Il est fort peu probable que ces disparités soient entièrement imputables aux variations du nombre de cas par maladie entre cantons. Elles trouvent plus vraisemblablement leur source dans l'offre proposée, dans les différences d'approches ou de coutumes en matière de soins de santé mentale, dans la qualité inégale des soins ambulatoires de santé mentale et de réadaptation, voire dans les disparités concernant l'accès aux soins. Ces dix dernières années, les taux d'hospitalisation ont augmenté dans 19 cantons sur 26. La durée moyenne d'hospitalisation varie également selon les cantons (graphique 5.3, partie C).

Les réadmissions sont en revanche relativement rares

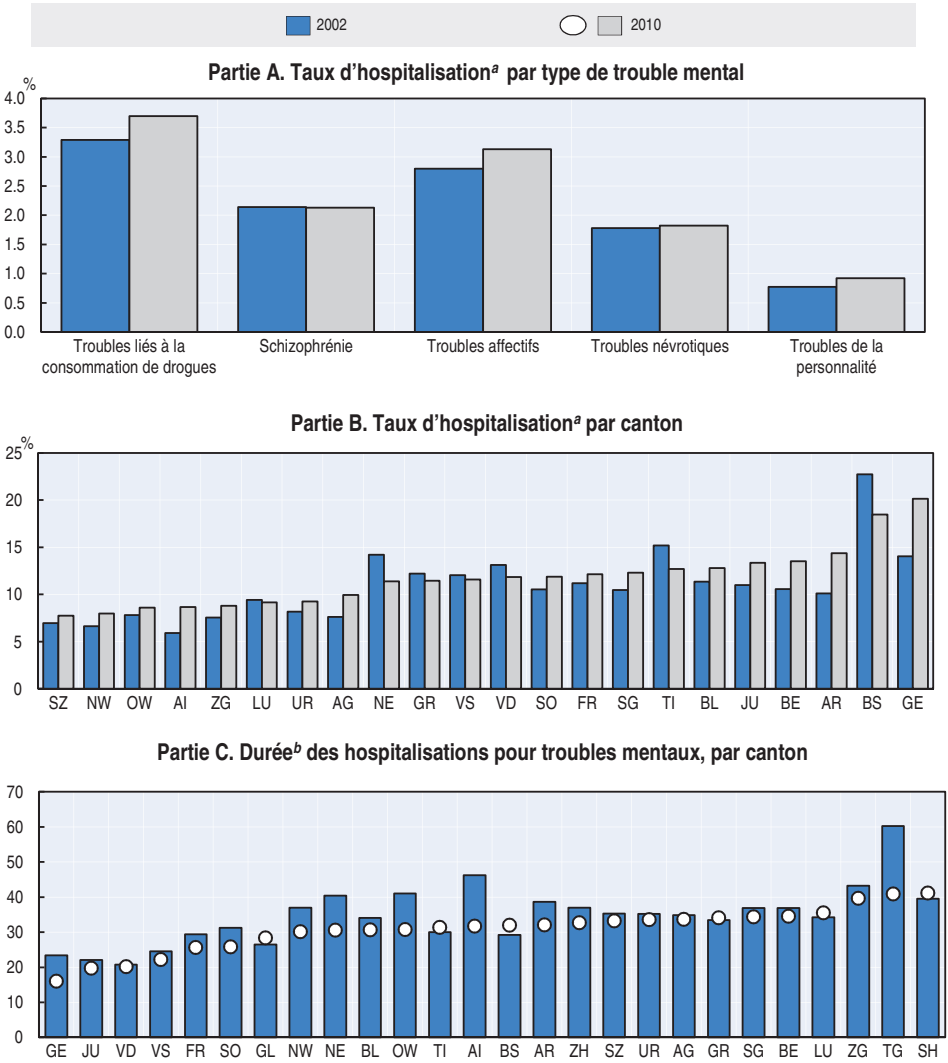
Un traitement prolongé ne permet pas nécessairement d'agir plus significativement sur les symptômes. Lauber et al. (2006) ont analysé les données suisses d'hospitalisation et ont démontré que la durée optimale d'un séjour en hôpital pour des troubles de l'humeur se situe entre 15 et 30 jours. Au-delà de cette durée, les symptômes ne s'améliorent plus : ils restent stables. En Suisse, la durée moyenne d'une hospitalisation pour troubles de l'humeur est de 35 jours (graphique 5.3), ce qui semble indiquer qu'une part importante des patients concernés par ce type de troubles reste trop longtemps en clinique psychiatrique.

Le fait qu'en Suisse les soins aux patients hospitalisés soient de longue durée peut avoir aussi des conséquences négatives sur la situation professionnelle de ces patients – d'une part parce qu'ils s'absentent longtemps de leur travail pour ceux qui en ont un, et d'autre part parce que cela peut entraîner une hausse des comportements d'évitement (le patient cherche à éviter de retourner à son lieu de travail par peur de l'échec, de situations conflictuelles, etc.).

D'un autre côté, les réadmissions de patients ayant déjà été hospitalisés pour des motifs psychiatriques sont rares en Suisse, ce qui favorise le maintien dans l'emploi. Moins de 10 % des patients hospitalisés pour schizophrénie sont réadmis dans les 30 jours (graphique 5.4). C'est donc trois fois moins que dans des pays tels que la Norvège, la Suède ou le Danemark, par exemple, qui ont des durées de séjour bien inférieures, et c'est comparable au Royaume-Uni, où les séjours sont encore plus longs qu'en Suisse. Il est cependant acquis qu'il n'existe pas nécessairement de corrélation entre la durée des séjours et la réadmission (voir Hodgson et al., 2001, par exemple), ce qui tend à prouver qu'il pourrait être possible de réduire la durée des hospitalisations sans risque de voir augmenter les taux de réadmission.

Graphique 5.3. **Les taux d'hospitalisation pour troubles mentaux sont globalement en hausse mais varient considérablement, de même que les durées, d'un canton à l'autre**

Taux pour 1 000 habitants, personnes âgées de 15 à 64 ans



a. Taux d'hospitalisation : en clinique psychiatrique ou en unité psychiatrique au sein d'un hôpital général, au cours d'une année, pour 1 000 habitants du canton.

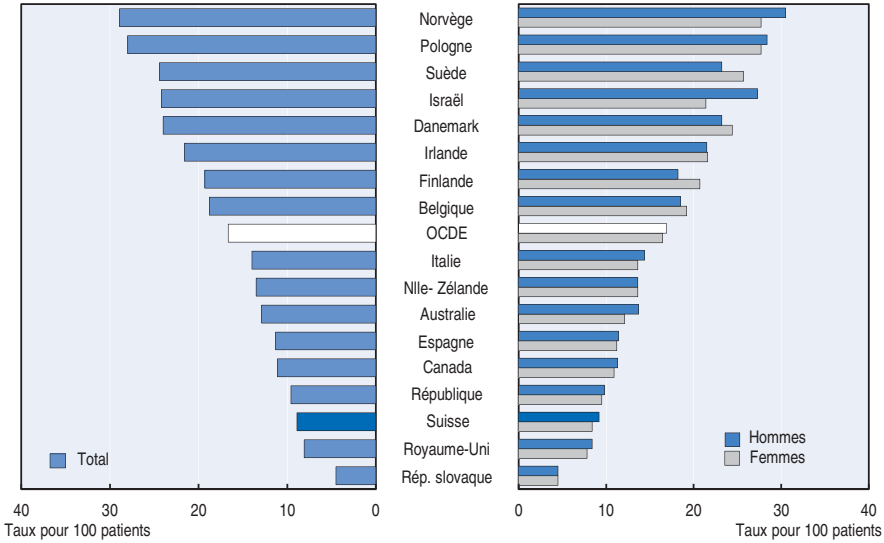
b. Par durée, on entend la longueur moyenne du séjour en hôpital, pour chaque canton.

Source : Observatoire suisse de la santé (Obsan), Office fédéral de la statistique.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932930252

Graphique 5.4. **Les réadmissions, un phénomène rare en Suisse**

Réadmissions pour schizophrénie dans le même hôpital, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Indicateurs de la qualité des soins de santé de l'OCDE, 2011, http://dotstat.oecd.org/Index.aspx/DataSetCode=HCQI_STAND.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932930271*

La qualité des soins de proximité qui prennent le relais à la sortie du patient est un facteur important en matière de réadmission (Zhang et al., 2011). Les taux de réadmission doivent donc être replacés dans le contexte du système de santé mentale dans son ensemble. En Suisse, le faible taux de réadmission est peut-être lié à l'efficacité du système de soins post-hospitaliers au sein de la communauté et notamment au nombre élevé de psychiatres indépendants.

Bien que près de 18 % des patients intègrent une clinique psychiatrique de leur propre chef ou à l'initiative de leurs proches, et qu'environ 75 % soient admis sur conseil des médecins généralistes, le suivi médical à la sortie est essentiellement assuré par des psychiatres privés (environ 40 %) ou des centres de psychiatrie ambulatoire (environ 22 %). La part des médecins généralistes traitant des patients sortis d'une clinique psychiatrique est de l'ordre de 13 %. Il est ainsi fréquent que la clinique psychiatrique débute le traitement et réoriente les patients des soins généraux vers des soins spécialisés (c'est-à-dire d'un médecin généraliste vers un psychiatre). Les psychiatres, par contre, ne dirigent qu'un petit nombre de leurs patients vers des cliniques psychiatriques. On peut donc

supposer que les soins psychiatriques ambulatoires sont efficaces dans le sens où ils préviennent les hospitalisations, et qu'il serait possible de diminuer encore la fréquence des soins en structure hospitalière en facilitant l'accès à un spécialiste sans que la qualité des soins en pâtisse pour autant.

Toutefois, la possibilité d'obtenir un traitement chez un psychiatre indépendant varie aussi très fortement selon les cantons : on observe une importante concentration de cabinets dans un petit nombre de cantons urbains (plus d'un psychiatre pour 1 000 habitants dans le canton de Bâle-Ville et 0.67 pour 1 000 à Genève, par exemple), et une densité nettement plus faible dans les zones rurales (un psychiatre pour 30 000 habitants dans le canton d'Uri), où les soins de santé mentale sont assurés par les médecins généralistes dans une plus large mesure.

Le potentiel des soins de jour n'est pas pleinement exploité

Les hôpitaux de jour pour les patients atteints de troubles aigus de santé mentale et qui souvent travaillent encore ont un potentiel considérable en termes de réadaptation (OFSP, 2004 ; Cahn et Baer, 2003). Généralement, le personnel des cliniques de jour couvre plusieurs disciplines et se compose notamment de psychiatres, de psychologues, de travailleurs sociaux, d'infirmières et d'éducateurs sociaux. Les besoins des patients se situent essentiellement à la jonction du rétablissement et de la réinsertion sociale ou professionnelle. Par ailleurs, les traitements en hôpital de jour durent généralement entre trois et six mois, ce qui permet de bien évaluer les problèmes professionnels et les besoins en soutien en vue de la mise en œuvre du programme de formation et de la préparation à la réinsertion professionnelle (périodes d'essai ou aide à la recherche d'emploi par exemple En outre, les cliniques psychiatriques de jour induisent des coûts sensiblement inférieurs (du tiers ou de moitié) à ceux des hospitalisations complètes pour des résultats comparables, voire probablement meilleurs sous l'angle de la qualité de vie et des retombées sociales (Marshall et al., 2011).

Cependant, à la différence de certains établissements de soins de jour des États-Unis, qui se sont transformés avec succès en services d'emplois assistés et ont fait l'objet d'abondantes études (Becker et al., 2001), les établissements de soins de jour en Suisse ne s'occupent pas de réinsertion professionnelle. Les programmes des cliniques de jour suisses, qui n'emploient pas de spécialistes de l'emploi, reposent essentiellement sur des traitements thérapeutiques. Ainsi, les cliniques de jour suisses peuvent être, lorsque cette prestation est disponible, une bonne alternative aux soins avec hospitalisation complète, mais elles n'exploitent pas leur potentiel en matière d'insertion sociale et d'emploi.

Les mécanismes de financement favorisent l'hospitalisation

La principale raison pour laquelle la Suisse compte un grand nombre de structures hospitalières – en dépit des lignes directrices, largement acceptées, de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) pour renforcer les soins ambulatoires et de jour – est que les mécanismes de financement favorisent les soins hospitaliers (CDS, 2008). Si les soins de santé mentale ambulatoires, hôpitaux de jours inclus, sont exclusivement financés par l'assurance maladie (selon le principe de la rémunération basée sur les prestations), quelque 50 % des coûts des soins hospitaliers sont assumés par les cantons, à condition que l'hôpital figure sur la liste des hôpitaux du canton. Ce cofinancement important donne aux services de soins hospitaliers une bien plus grande liberté financière et l'assurance maladie n'en est que plus incitée à financer les soins hospitaliers. Il faudrait que les cantons aient un intérêt à limiter les hospitalisations, ce qui semble impossible en raison d'obstacles politiques.

Les dépenses élevées en soins hospitaliers rendent le système inutilement coûteux. En outre, du point de vue de l'emploi, ces incitations financières et ces modes de financement vont à l'encontre de l'approche plus favorable à l'emploi que représentent les services ambulatoires : ceux-ci, premièrement, soignent des patients ayant généralement conservé son emploi ; deuxièmement, ils traitent habituellement des personnes ayant de bonnes chances de réadaptation ; et troisièmement, ils sont plus susceptibles de permettre aux patients de continuer de travailler, ce que des soins hospitaliers dans une structure éloignée permettent plus difficilement.

Les patients occupant un emploi préfèrent les soins ambulatoires

Certains éléments portent à croire que les patients qui ont toujours un emploi préfèrent les services ambulatoires d'urgence aux services hospitaliers. Une comparaison entre les patients ayant besoin d'une intervention d'urgence a permis de démontrer que le degré d'insertion sociale en général et la situation professionnelle de chaque patient étaient déterminants dans le choix du traitement (Krowatschek et al., 2012). La situation en termes d'emploi et la situation familiale sont les facteurs les plus déterminants dans le choix d'un traitement, hospitalier ou extra-hospitalier, indépendamment du degré de handicap fonctionnel.

Si les soins hospitaliers contribuent effectivement à réduire les symptômes, avec des taux de réadmission comparativement bas en Suisse, on peut se demander si l'hospitalisation sert adéquatement les intérêts des patients sur le plan de l'emploi : environ un tiers des patients employés à temps partiel au moment de leur admission en clinique psychiatrique ont perdu leur emploi au moment de leur sortie (Baer et Cahn, 2008). Bien que

cette statistique doive être interprétée avec prudence, elle donne à penser que la psychiatrie en milieu hospitalier n'est pas la meilleure approche pour préserver les emplois.

Les traitements insuffisants sont fréquents malgré des ressources considérables

Malgré des moyens énormes en soins spécialisés de santé mentale et, d'ailleurs, en soins de santé tout court, de nombreux patients reçoivent encore des traitements insuffisants, ce qui pose un problème important en Suisse et dans d'autres pays (Schuler et Burla, 2012). Selon l'Enquête suisse sur la santé 2007, 5.3 % de la population étaient suivis par des professionnels pour des problèmes de santé mentale dans les 12 derniers mois – la plupart étaient suivis par un psychiatre (39 %), un psychothérapeute (34 %) ou un médecin généraliste (21 %). Le taux de traitement en 2007 était d'environ un point de pourcentage supérieur à celui de 1997, date de la première Enquête suisse sur la santé, mais toujours très faible au regard de la prévalence des troubles mentaux dans la population, même si une personne concernée sur deux seulement aurait besoin d'un traitement. Rüesch et al. (2013) parviennent à une conclusion similaire. Chaque année, environ 480 000 personnes âgées de 14 ans et plus reçoivent des soins de santé mentale spécialisés (données à partir de 2009 essentiellement) ; ce chiffre correspond à 7 % de la population. Il est probable qu'une proportion sensiblement plus élevée de patients traités s'inscrive auprès de l'assurance invalidité. On ignore cependant si les soins dont ils ont bénéficié étaient bien adaptés. On observe également un taux de traitement globalement modéré chez les personnes qui ont un emploi et présentent des symptômes de dépression (Baer et al., 2013). D'après l'Enquête suisse sur la santé, seuls 9 % des travailleurs qui présentent des symptômes légers de dépression et 27 % de ceux qui présentent des symptômes modérés ou graves suivaient un traitement médical contre cette maladie en 2007 (dispensé par un psychiatre dans la plupart des cas). Au vu de la valeur pronostique d'une prise en charge précoce, dans une optique de maintien dans l'emploi (voir par exemple van der Feltz-Cornelis et al., 2010), le nombre d'états dépressifs légers et graves traités de façon insuffisante est alarmant.

Concernant le dépistage d'un épisode dépressif majeur (EDM) selon les critères du DSM-IV, les mêmes données montrent que 65-70 % des personnes ayant connu au moins un EDM dans les 12 derniers mois n'étaient pas traitées pendant cette période (Schuler et Burla, 2012 ; Rüesch et al., 2013). Tout comme la réflexion qui précède, cela semble indiquer que, d'une part, les personnes sollicitant des soins psychiatriques ou une aide psychologique reçoivent un traitement intensif sur une longue durée et que, d'autre part, le système de santé mentale n'atteint pas la majorité des personnes qui auraient

besoin d'un traitement. Se pose donc la question de savoir si des mécanismes reposant sur davantage de collaboration entre psychiatres et médecins généralistes, en plus d'améliorer le fonctionnement des patients (van der Feltz-Cornelis et al., 2010), n'améliorerait pas aussi l'accès au traitement pour les patients atteints de problèmes de santé mentale.

Organisation et responsabilité des soins de santé mentale

Globalement, il est indispensable d'intégrer davantage la question de l'emploi dans les concepts de traitement des troubles psychiques, notamment en développant pour les soins des indicateurs de qualité relatifs à l'emploi et en incluant cet aspect dans la formation complémentaire des psychiatres. La question se pose néanmoins de savoir à quel échelon de l'administration cela doit être fait. En Suisse, la Confédération, les cantons et les municipalités ont un rôle législatif et fournissent des soins de santé, y compris de santé mentale (OCDE/OMS, 2011). La Confédération a un rôle législatif et de supervision, mais n'a pas d'influence directe sur les structures ou les concepts de soins de santé mentale. Il n'existe dès lors aucune gouvernance cohérente. Cependant, les autorités en charge de l'enseignement médical auraient la capacité d'adopter une approche davantage axée sur l'emploi.

Une gestion relativement faible à l'échelon national

Récemment, le Parlement a décidé de ne pas mettre en œuvre un projet de Loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé qui aurait donné à la Confédération, c'est-à-dire à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), plus de moyens pour intervenir dans le domaine des soins de santé. Les questions relatives à l'emploi des personnes souffrant de problèmes de santé mentale sont entièrement du ressort du système d'assurances sociales, comme l'attestent les révisions de l'assurance invalidité effectuées ces neuf dernières années.

En 2013, le gouvernement a fixé les 12 objectifs prioritaires de la politique sanitaire suisse pour les sept prochaines années (rapport « Santé2020 »). Afin d'endiguer la hausse prévue des maladies chroniques non transmissibles, liée à l'évolution de la structure démographique, aux changements de comportement sanitaire et à l'évolution des conditions de travail (attente de performances accrues de la part des travailleurs, par exemple), et afin de réduire les coûts correspondants pour le système de santé et la sécurité sociale, la politique de santé devrait renforcer le dépistage précoce des problèmes de santé sur le lieu de travail en ciblant particulièrement les troubles mentaux. Le rapport reproche au système actuel d'être trop axé sur les soins hospitaliers aigus, de négliger la prévention et l'intervention précoce, et de manquer de coordination.

Pour compenser l'absence de mécanisme permettant de piloter le système de santé mentale, les Offices fédéraux de la santé publique, des affaires économiques et des assurances sociales, en association avec la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et la Fondation suisse pour la promotion de la santé, ont créé un réseau pour la santé mentale. Ce réseau devrait fonctionner comme une plateforme d'information permettant l'échange de savoirs et la mise en contact des parties prenantes des différents niveaux d'administration, ainsi que des divers domaines professionnels (santé mentale, soins primaires, prévention, promotion de la santé). Dépourvu de pouvoir exécutif, il ne peut cependant pas agir directement. Sa création découle de plusieurs initiatives antérieures visant à l'élaboration d'une politique sanitaire commune et cohérente, notamment du projet « Politique nationale suisse de la santé » lancé il y a une dizaine d'années et jamais totalement exécuté. Dans le cadre de ce projet, des recommandations sur une politique nationale en matière de santé mentale et sur les soins de santé mentale ont été formulées et ont donné lieu à des activités similaires lancées par la CDS, comme les lignes directrices de planification des soins de santé mentale à l'échelle des cantons (CDS, 2008). Le nouveau réseau est une nouvelle tentative de mettre en contact différents acteurs, mais une plateforme d'information ne saurait compenser le manque de pilotage dans un domaine impliquant plusieurs acteurs aux intérêts divergents.

L'OFSP a également soutenu la mise en œuvre des « Alliances contre la dépression » dans dix cantons ces dix dernières années. Ces alliances visent à : former les médecins généralistes au dépistage et au traitement des troubles dépressifs, mieux sensibiliser la population à ce problème, informer d'autres acteurs clés (enseignants, personnel soignant, officiers de police, journalistes, etc.) et soutenir les personnes souffrant de dépression ainsi que leurs proches. Si, grâce à elles, la population est davantage au fait de ces problèmes, rien ne permet encore d'affirmer que les objectifs de sensibilisation ont été atteints.

L'OFSP n'a certes pas d'influence directe sur la fourniture des prestations de santé, mais il est chargé des aspects « formation », « octroi des licences » et « formation complémentaire » des professionnels de la santé mentale. Ces attributions pourraient constituer un point de départ pour s'efforcer d'améliorer le système de santé mentale afin qu'il prenne mieux en compte les problèmes liés au travail et la question du maintien des patients dans l'emploi. En étoffant la base d'informations disponibles sur les problèmes de santé mentale en milieu professionnel, ainsi que sur les concepts de soutien pour lesquels on dispose de faits, et en intégrant ces éléments aux études de médecine et à la formation complémentaire des psychiatres, l'OFSP pourrait avoir un impact fort.

Ce sont les cantons qui planifient et fournissent les soins de santé mentale

En matière de soins de santé mentale, les cantons constituent un maillon très important, car ils fournissent – et financent en partie – des services hospitaliers, ainsi que des prestations aux personnes en situation de handicap ; de plus, ils sont chargés de la mise à disposition des services de soins (hospitaliers et ambulatoires), de la prévention et de la promotion de la santé. Il s'ensuit qu'il existe en Suisse 26 systèmes différents de soins de santé mentale, ce qui donne à la CDS une importance capitale dans la planification du futur système de santé mentale.

La CDS a commencé à élaborer un guide pour la planification de la psychiatrie (CDS, 2008), mais les thématiques liées à l'emploi et les besoins en matière d'aide à la réadaptation n'y sont pas du tout traités. La CDS y signale néanmoins que les services de santé mentale sont trop axés sur les soins hospitaliers et préconise de réduire la durée d'hospitalisation. D'après la CDS, les soins hospitaliers mobilisent trop de ressources qui pourraient être utilisées plus efficacement en développant les soins ambulatoires.

Les définitions et les critères sont différents d'un secteur à l'autre

L'interface entre services de santé mentale, les services de réadaptation et l'assurance sociale est très compartimentée, ce qu'illustre notamment le fait que l'évaluation du droit aux prestations de l'assurance invalidité est réalisée par les offices de l'assurance invalidité, alors que l'évaluation des besoins en services des personnes handicapées est de la responsabilité des départements cantonaux chargés de l'instruction publique. Ainsi, lorsqu'une personne devient bénéficiaire d'une rente d'invalidité et souhaite ensuite travailler, c'est au département cantonal chargé de l'éducation qu'il revient d'évaluer l'assistance nécessaire en raison de l'état de santé de la personne : place en atelier protégé, logement subventionné, etc.

En raison d'un récent transfert des responsabilités financières de la Confédération vers les cantons pour ce qui concerne les personnes handicapées, tous les cantons ont dû concevoir un système de soins à l'intention de ce groupe de population. La plupart des cantons ont entrepris de changer leur système de financement, pour qu'il soit centré non plus sur les structures de réadaptation, mais sur les personnes handicapées elles-mêmes. Par conséquent, depuis quelques années, les cantons mettent au point de nouveaux instruments afin d'estimer le soutien nécessaire aux personnes handicapées.

Ces nouveaux instruments d'évaluation utilisés par les cantons ont été mis au point sans coordination avec les offices de l'assurance invalidité qui

sont, en raison de leur responsabilité dans l'évaluation du droit aux prestations de l'assurance invalidité, pourtant très au fait du degré de handicap des bénéficiaires, et sans faire intervenir de médecins ni de psychiatres. La situation médicale des personnes handicapées n'est guère prise en compte dans l'évaluation de leurs besoins liés à la réadaptation.

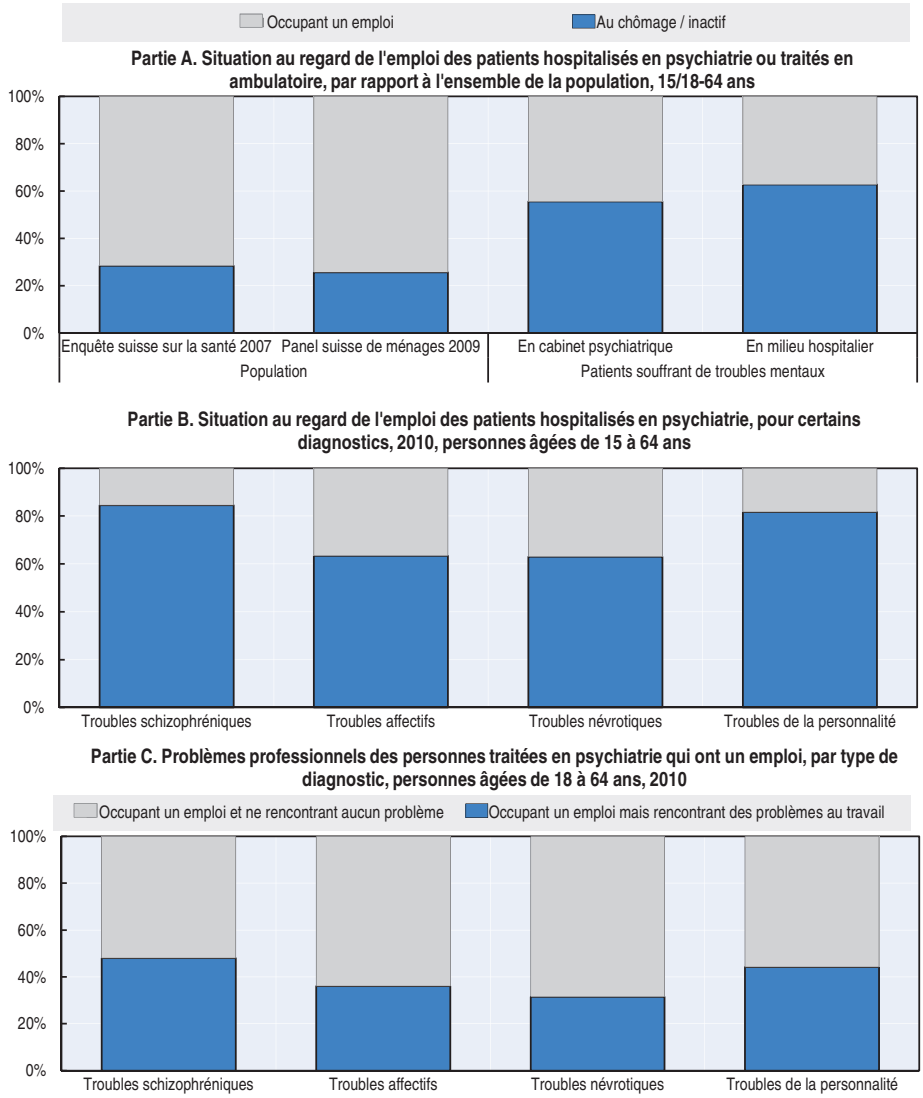
La situation en matière d'emploi influe beaucoup sur les résultats des traitements

La situation d'un patient en matière d'emploi est l'un des facteurs prépondérants quant à la probabilité, la durée et les résultats d'une hospitalisation. Le graphique 5.5 (partie A) montre que les patients soignés en cabinet psychiatrique et en clinique occupent rarement un emploi (environ 40 %) et que ceux qui souffrent de troubles schizophréniques ou de troubles de la personnalité sont particulièrement désavantagés (partie B). Ces deux derniers troubles se manifestent généralement tôt dans l'enfance ou l'adolescence et peuvent être très handicapants en raison des déficits cognitifs (schizophrénie) ou des problèmes interpersonnels (troubles de la personnalité) qu'ils entraînent. Il en va de même pour les patients soignés en ambulatoire et qui occupent toujours un emploi : ceux atteints de schizophrénie ou de troubles de la personnalité ont plus de problèmes professionnels que ceux qui souffrent de troubles affectifs ou névrotiques (partie C).

Certains éléments donnent à penser qu'en ce qui concerne l'emploi, la situation des patients souffrant de problèmes psychiatriques pourrait à elle seule avoir des effets sur la durée de leur traitement et sur leur rétablissement. Les patients ambulatoires qui occupent un emploi suivent également des traitements bien moins longs que les patients chômeurs ou inactifs – quelle que soit la gravité de leur maladie (graphique 5.6, partie A). Généralement, plus l'état du patient est grave au début du traitement, plus le traitement sera long et plus il sera efficace (c'est-à-dire plus les symptômes s'amélioreront). Mais pour un même degré de gravité (évalué par le psychiatre traitant), la situation au regard de l'emploi fait une grande différence.

Pour les patients légèrement malades, la durée totale du traitement – c'est-à-dire la durée écoulée et la durée théorique future – ainsi que les résultats du traitement en cabinet psychiatrique privé ne varient pas en fonction de leur situation en matière d'emploi, mais le fait de travailler change considérablement la donne déchez les patients modérément ou très malades. La durée de traitement des patients qui souffrent de troubles mentaux modérés et qui occupent un emploi est réduite de plus de 20 mois par rapport à celle des patients au chômage.

Graphique 5.5. **Le taux de chômage est globalement élevé chez les patients en psychiatrie, mais on observe des différences notables selon les troubles diagnostiqués**



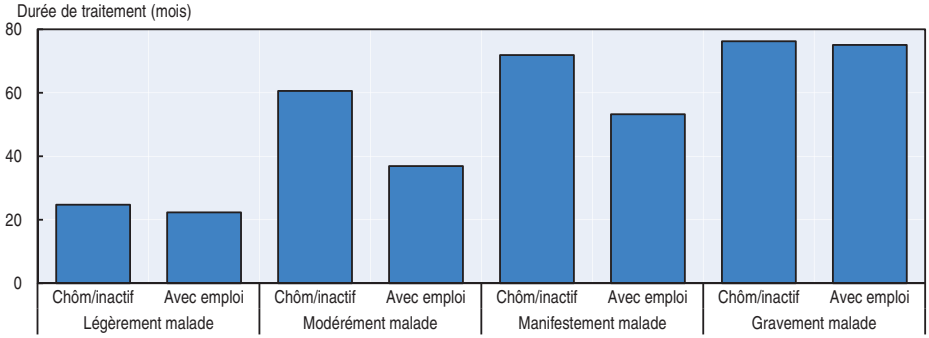
Note : Les troubles liés à la consommation de drogues ne sont pas pris en compte, n étant inférieur à 10 dans ce calcul.

Source : Parties A et B : Baer, N. et al. (2013), « Depressionen in der Schweizer Bevölkerung », Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; Partie C : OCDE à partir de Amsler, F. et al. (2010), « Schlussbericht zur Evaluation der institutionellen ambulanten und teilstationären Psychiatrieversorgung des Kantons Bern unter besonderer Berücksichtigung der Pilotprojekte ».

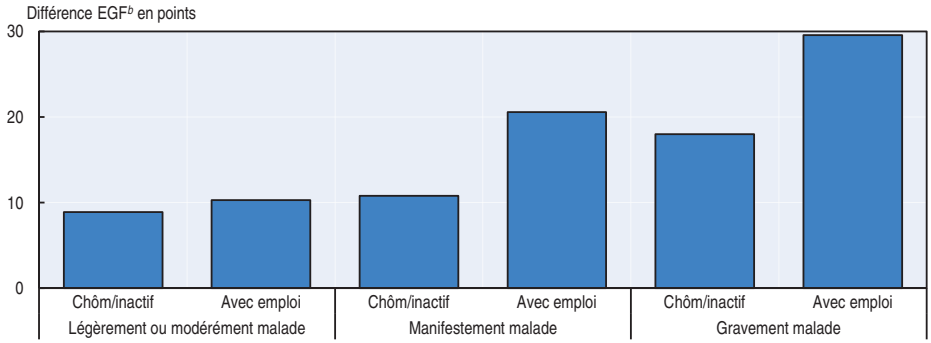
StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932930290*

Graphique 5.6. **Pour les patients ambulatoires occupant un emploi, les traitements sont plus courts et le rétablissement meilleur – quelle que soit la gravité de leur maladie**

Partie A. Durée de traitement[a] des patients soignés en cabinet psychiatrique privé, selon la gravité de la maladie et la situation au regard de l'emploi, 2009, 18-64 ans



Partie B. Amélioration fonctionnelle depuis le début du traitement, selon la gravité de la maladie et la situation au regard de l'emploi



a. Par « durée du traitement », on entend la somme des mois de traitement déjà écoulés et du nombre de mois de traitement restant à suivre en théorie ; cette notion peut couvrir plusieurs épisodes de traitement.

b. L'échelle d'évaluation globale du fonctionnement – EGF (DSM IV-TR) est un instrument d'évaluation destiné aux professionnels qui permet de décrire la gravité d'une maladie, ainsi que le handicap, et dans lequel 0 représente le degré de gravité le plus élevé et 100 l'absence de symptômes, le niveau supérieur de fonctionnement ; « Différence EGF » fait référence à la différence en points, sur l'échelle EGF, entre l'état actuel et l'état au début du traitement.

c. Prévalences : Légèrement ou modérément malade 18 %, Manifestement malade 51 %, gravement malade 31 %.

Source : Baer, N. et al. (2013), « Depressionen in der Schweizer Bevölkerung », Schweizerisches Gesundheitsobservatorium ; calculs réalisés à partir d'une enquête sur les psychiatres indépendants du canton de Berne [Amsler, F. et al. (2010), « Schlussbericht zur Evaluation der institutionellen ambulanten und teilstationären Psychiatrieversorgung des Kantons Bern unter besonderer Berücksichtigung der Pilotprojekte »].

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932930309*

Pour les patients très malades, cette différence est de plus de 15 mois. En outre, dans le processus de rétablissement, les patients occupant un emploi font, pour la plupart, des progrès plus notables que les personnes au chômage ou inactives (graphique 5.6, partie B). Il en va de même pour les patients hospitalisés (OCDE, 2012). On retrouve également ce résultat dans de précédentes études sur les variables explicatives de la durée des hospitalisations dans les cliniques psychiatriques suisses, où les modèles de régression étaient calculés sur la base des mêmes données d'hospitalisation (Meyer et al., 1998).

Différents facteurs peuvent expliquer la relation étroite entre la situation professionnelle, la durée du traitement et ses résultats (ainsi, mesurer la gravité de la maladie peut être réducteur, car on met alors l'accent sur la phase aiguë). Toutefois, ces éléments soulignent qu'il importe de promouvoir le maintien dans l'emploi et, pour ceux qui n'ont pas d'emploi, un retour rapide sur le marché du travail.

Les services de santé mentale ne sont pas encore prêts à s'occuper des questions relatives à l'emploi

Bien qu'en Suisse, les services cantonaux de santé mentale soient planifiés selon des principes élaborés par le secteur de la psychiatrie sociale, qui y souligne l'importance des facteurs sociaux dans l'apparition, la manifestation et les conséquences des troubles mentaux (CDS, 2008), les structures de soins de santé mentale ne sont pas systématiquement en contact avec les employeurs ou les centres de réadaptation professionnelle. Aucun principe ni outil d'intervention n'a par ailleurs été mis au point concernant les patients confrontés, au travail, à des difficultés dues à leur état de santé (Cahn et Baer, 2003).

Pour les patients chômeurs ou inactifs mais désireux d'occuper un emploi normal, certaines cliniques psychiatriques ont mis en place des services inspirés du système d'emploi assisté. C'est notamment le cas des cliniques psychiatriques universitaires de Zurich (Burns et al., 2007), Berne (Hoffmann et al., 2012) et Lausanne. Néanmoins, bien que ces services aient acquis une réputation flatteuse au sein du système de santé mentale, ils i) touchent une population réduite ; ii) ne sont souvent pas bien intégrés aux services de santé mentale de routine et iii) ne permettent que rarement aux bénéficiaires de rentes d'invalidité de s'affranchir de ces prestations. Pour la plupart, les services d'emploi assisté ne sont pas fournis par les structures de santé mentale, mais par des centres de réadaptation professionnelle ou des ateliers protégés dont le champ d'action s'est élargi ces dernières années. Il n'y a pas de coopération systématique entre ces services pour l'emploi et les structures psychiatriques qui ont d'ailleurs peu de principes en commun (par

exemple quant à la meilleure façon d'évaluer les problèmes professionnels, de concevoir le programme de réadaptation et de favoriser le maintien dans l'emploi ou la réinsertion). Les connaissances psychiatriques sur le fonctionnement et les déficiences ne sont pas utilisées par les services chargés de l'emploi, et inversement.

Plusieurs facteurs concourent à ce cloisonnement. Premièrement, les professionnels de la réadaptation ont généralement une formation en pédagogie et prennent de la distance vis-à-vis de l'aspect médical en général et du diagnostic en particulier – pour privilégier le potentiel de réadaptation. Deuxièmement, les médecins généralistes et les psychiatres n'ont pas la formation suffisante pour associer les psychopathologies à des limites fonctionnelles et ils sous-estiment l'importance de leurs connaissances sur les symptômes dans l'évaluation des difficultés au travail et dans la planification des interventions de réadaptation. Troisièmement, en raison de disparités dans les modalités de financement et de l'éparpillement des responsabilités entre différentes autorités, il n'existe pas d'indicateur de qualité adapté pour assurer que les services psychiatriques s'occupent des questions d'emploi, ou que les services de l'emploi prennent en compte les conséquences d'un trouble mental sur le fonctionnement au travail.

Cette insuffisance des informations fournies dans les rapports médicaux quant aux aptitudes fonctionnelles a été relevée à maintes reprises (Ebner et al., 2012, par exemple). Entre-temps, des recommandations formelles à l'intention des médecins, portant sur les modalités d'évaluation de l'invalidité, ont été élaborées – elles insistent notamment sur l'importance de réaliser une évaluation de la capacité fonctionnelle et de la personnalité du demandeur. Cette mesure semble intéressante, bien que son efficacité reste à prouver.

Les psychiatres réalisent un examen médical, mais n'ont pas pour habitude de contacter les employeurs, pour le cas où leurs patients risqueraient de perdre leur emploi ou de rencontrer des difficultés au travail (Baer et al., 2013). Si environ 40 % des patients occupant un emploi et suivis en cabinet privé ont des problèmes au travail (graphique 5.6, partie C), les psychiatres ont rarement des contacts directs avec les employeurs, en partie seulement du fait d'un refus de leurs patients. Ils ont en revanche des contacts réguliers avec les structures d'emploi protégé. On peut en déduire que les psychiatres s'intéressent à la situation professionnelle de leurs patients, mais uniquement lorsque ces derniers sont confrontés à un lourd handicap et occupent un emploi protégé. La question se pose de savoir si les psychiatres se sentent suffisamment bien équipés pour communiquer avec la hiérarchie des patients et avec les professionnels des ressources humaines.

Les médecins peuvent être réticents à communiquer des informations pertinentes pour l'employeur, afin de préserver la confiance dans la relation thérapeutique qu'ils entretiennent avec le patient. Cela étant, les problèmes de santé mentale liés au travail sont souvent sans relation directe avec un environnement de travail spécifique. Il suffirait donc que les psychiatres traduisent les symptômes prédominants du trouble mental (manque de contrôle des pulsions en cas de relations interpersonnelles délicates par exemple) en contexte fonctionnel (nécessité de privilégier le travail individuel et de limiter le travail en équipe par exemple) et de laisser les employeurs intégrer ces informations à leur contexte particulier.

Conclusions

Globalement, en Suisse, le système de santé mentale fonctionne bien. Il permet une prise en charge différenciée et fournit une large gamme de services, ambulatoires et hospitaliers, assurés par des généralistes et des spécialistes. Les taux de réadmission des patients après leur sortie sont bas comparés à ceux d'autres pays de l'OCDE. Le système suisse de santé mentale se caractérise notamment par son taux élevé de psychiatres indépendants, taux qui est de loin le plus élevé des pays de l'OCDE. Ce système compte en outre de nombreux psychothérapeutes et de nombreuses structures psychiatriques qui administrent des traitements ambulatoires.

Mais cette offre abondante de soins de santé mentale a un coût : la Suisse consacre d'importantes ressources financières aux soins de santé en général et aux hôpitaux psychiatriques en particulier. Traditionnellement, en matière de soins de santé mentale, l'hospitalisation est fortement privilégiée – les cliniques psychiatriques comptent de nombreux lits d'hospitalisation – et les durées de traitement hospitalier sont longues. Sur ces deux plans, la Suisse se situe bien au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE.

Si les soins de santé mentale semblent se révéler très efficaces pour réduire les symptômes, leur mise en œuvre reste trop éloignée du monde du travail, ce qui ne rend pas justice au rôle très positif que peut avoir l'emploi dans le processus de guérison et ne contribue guère au maintien des patients dans l'emploi. Il existe à la fois des problèmes et des potentialités qui restent d'actualité et qui mériteraient que l'on s'y intéresse à l'avenir.

Intégrer des responsabilités dispersées

En Suisse, la responsabilité des soins de santé mentale incombe à plusieurs acteurs, notamment l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), les cantons et l'assurance maladie. Parce que les soins de santé mentale concernent également les patients ayant des besoins sociaux et de

réadaptation, les collectivités et l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) sont également impliqués. Ce fractionnement des responsabilités juridiques et financières empêche une gestion cohérente du système de santé mentale. L'interface entre le monde du travail et celui de la santé mentale n'est assurée par aucune entité. La Suisse s'efforce certes de compenser cette fragmentation de diverses façons, mais pourrait faire davantage à cet égard.

- L'OFSP devrait renforcer sa compétence d'organisme pilote en introduisant des modules obligatoires sur l'emploi dans les cursus, les procédures d'obtention de licences et la formation complémentaire des médecins en général et des psychiatres en particulier. L'Institut suisse pour la formation médicale, chargé de définir le contenu de l'enseignement et de la formation dans le domaine médical, devrait mettre l'accent sur cet objectif, en concertation avec les organisations professionnelles de médecins et l'académie des sciences médicales.
- L'OFSP devrait développer, pour les professions liées à la santé mentale, des indicateurs de qualité relatifs à l'emploi.
- L'OFSP, la CDS, l'OFAS et les associations de psychiatres et de psychothérapeutes devraient s'accorder sur des principes d'intervention médicale garantissant le maintien dans l'emploi et la réadaptation professionnelle – en coopération avec les organisations d'employeurs.

Mettre davantage l'accent sur les questions d'emploi

Bien que le statut en termes d'emploi ait une incidence capitale sur le temps de rétablissement, les prestataires de services de santé mentale ne considèrent pas la situation professionnelle de leurs patients comme un problème hautement prioritaire.

- L'OFSP et la CDS devraient élaborer des lignes directrices relatives à l'emploi pour le traitement des problèmes de santé mentale, en concertation avec les psychiatres et les médecins généralistes.
- Les prestataires de services de santé mentale hospitaliers et ambulatoires institutionnels devraient mettre en place des structures de soutien destinées aux employeurs, afin d'empêcher l'absentéisme de longue durée, les pertes d'emploi et les incapacités de travail.
- L'élaboration de directives formelles sur l'analyse fonctionnelle par les psychiatres, récemment entamée par l'OFAS, devrait également englober les lignes directrices relatives à l'emploi en général, notamment les questions du secret médical et des certificats d'arrêt

maladie, ainsi que la collaboration avec les employeurs et les structures chargées du handicap à l'échelon des cantons.

- Les cliniques psychiatriques devraient être encouragées à mettre au point un dépistage précoce d'éventuels problèmes au travail et d'évaluer les besoins en soutien à l'emploi de leurs nouveaux patients hospitalisés.
- Les cantons, les assurances maladie et les prestataires de services de santé mentale devraient définir des critères d'admission en soins hospitaliers et en soins ambulatoires, l'objectif étant d'accroître la pertinence de l'hôpital de jour et des structures extra-hospitalières pour éviter les hospitalisations superflues.
- Les services psychiatriques des hôpitaux de jour devraient être incités à recruter des professionnels de l'emploi et à intégrer des mesures de réadaptation professionnelle à leurs concepts de traitement.

Lutter contre les traitements insuffisants et inadaptés

Bien que les soins spécialisés en santé mentale bénéficient de ressources très importantes, les taux de traitement en Suisse ne sont pas beaucoup plus élevés que dans d'autres pays où les dépenses en soins de santé mentale sont bien moindres. Les psychiatres traitent relativement peu de patients, qu'ils choisissent, sur une longue durée ; les médecins généralistes ne traitent qu'une petite partie des patients qu'ils jugent atteints de maladie mentale et enfin, les psychothérapeutes ne peuvent pas traiter suffisamment de patients à cause de problèmes structurels de financement.

- Les cantons et les assurances maladie devraient renforcer les incitations financières pour promouvoir une collaboration accrue entre médecins généralistes et psychiatres, afin d'augmenter le nombre de personnes traitées et la mise en œuvre de traitements adéquats.
- Les associations de médecins généralistes et de psychiatres devraient élaborer des règles pour les transferts de patients entre services de soins primaires et services de soins spécialisés.
- Les assurances maladie, les associations de psychiatres et l'OFSP devraient formuler des recommandations sur les durées standards et les durées souhaitables de traitement.
- Le financement des psychothérapies devrait être simplifié, et leurs coûts remboursées par l'assurance maladie obligatoire.

Références

Amsler, F., D. Jäckel et R. Wyler (2010), « Schlussbericht zur Evaluation der institutionellen ambulanten und teilstationären Psychiatrieversorgung des Kantons Bern unter besonderer Berücksichtigung der Pilotprojekte – Angebote, Lücken und Mängel », [Rapport final sur les évaluations des services ambulatoires en institutions et des traitements psychiatriques en soins de jour dans le canton de Berne avec un accent particulier sur les projets pilotes – Services, difficultés et défaillances], www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/psychiatrie/versorgungsplanung.assetref/content/dam/documents/GEF/SPA/de/Versorgungsplanung/20112014/gef_versorgungsplanung_5_eval_ambu_teilstationaere_psychiatreivers_d.pdf.

Baer, N. et T. Cahn (2008), « Psychische Gesundheitsprobleme » [Problèmes de santé mentale], in K. Meyer (dir. pub.), *Gesundheit in der Schweiz, Nationaler Gesundheitsbericht 2008*, Verlag Hans Huber, Berne.

Baer, N., D. Schuler, S. Füglister-Dousse et F. Moreau-Gruet (2013), « Depressionen in der Schweizer Bevölkerung. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration » [Dépressions parmi la population suisse. Données sur l'épidémiologie, le traitement et l'intégration socio-professionnelle], *Obsan Bericht 56*, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.

Becker, D., G. Bond, D. McCarthy, D.Thompson, H. Xie, G.J. McHugo et R.E. Drake (2001), « Converting Day Treatment Centres to Supported Employment Programs in Rhode Island », *Psychiatric Services*, n° 52, pp. 351-357.

Bridler, R., A. Orosz, K. Cattapan et H. Stassen (2012), « In Need of Psychiatric Help – Leave a Message After the Beep », *Psychopathology*, http://dx.doi.org/10.1159/000341729.

Burns, T., J. Catty, T. Becker et al. (2007), « The Effectiveness of Supported Employment for People with Severe Mental Illness: A Randomised Controlled Trial », *The Lancet*, n° 370, pp. 1146-1152.

Cahn, T. et N. Baer (2003), « Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept Baselland » [Deuxième plan de suivi des soins de santé mentale dans le canton de Bâle-Campagne], Verlag des Kantons Basel-Landschaft, Liestal.

CDS (2008), « Guide de la planification de la psychiatrie », Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, Berne.

Ebner, G, V. Dittmann, R. Mager et al. (2012), « Erhebung der formalen Qualität psychiatrischer Gutachten » [Enquête sur les évaluations des soins formels de psychiatrie], *FoP-IV Forschungsbericht*, Bundesamt für Sozialversicherungen, Berne.

Goldberg, D.P. et Y. Lecrubier (1995), « Form and Frequency of Mental Disorders Across Centres », in T.B. Üstün et N. Sartorius (dir. pub.), *Mental Illness in General Health Care: An International Study*, John Wiley & Sons, Chichester, à la demande de WHO, pp. 323-334.

Hodgson, R., M. Lewis et A. Boardman (2001), « Prediction of Readmission to Acute Psychiatric Units », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, n° 36, pp. 304-309.

Hoffmann, H., D. Jäckel, S. Glauser et Z. Kupper (2012), « A Randomised Controlled Trial of Efficacy of Supported Employment », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, pp. 157-167.

Krowatschek, G., S. Krömer, F. Stahl, W. Rössler et W. Kawohl (2012), « Ambulante oder stationäre Krisenintervention: Wer nutzt was? » [Interventions de crise en soins ambulatoires et hospitaliers : Qui utilise quoi ?], *Psychiatrische Praxis*, n° 39, pp. 21-25.

Kuhl, H.J. et J. Herdt (2007), « Stationäre psychiatrische Inanspruchnahme. Eine epidemiologische Auswertung der Medizinischen Statistik » [Utilisation de soins psychiatriques en hôpital. Une évaluation épidémiologique des statistiques médicales], Schweizerisches gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.

Lauber C., B. Lay et W. Rössler (2006), « Length of First Admission and Treatment Outcome in Patients with Unipolar Depression », *Journal of Affective Disorders*, n° 93, pp. 43-51.

Linden, M., W. Maier, M. Achberger et al. (1996), « Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinpraxen in Deutschland » [Traitement des troubles mentaux dans les pratiques de soins primaires en Allemagne], *Nervenarzt*, n° 67, pp. 205-215.

Marshall, M., R. Crowther, W. Hurt Sledge, J. Rathbone et K. Soares-Weiser (2011), « Day Hospital Versus Admission for Acute Psychiatric Disorders », The Cochrane Library, http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004026.pub2.

Meyer, P., M. Neuenschwander et S. Christen (1998), « Leistungsevaluation durch psychiatrische Basisdaten im Kanton Zürich » [Évaluation de la performance des données psychiatriques de base dans le canton de Zurich], in D. Hell et al. (dir. pub.), *Qualitätssicherung der psychiatrischen Versorgung,* Karger, Bâle.

Moreau-Gruet, F. et C. Lavignasse (2009), « Inventar der ambulanten und teilstationären psychiatrischen Dienste in der Schweiz » [Inventaire des services psychiatriques ambulatoires et de jour en Suisse], Schweizerisches gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.

Nordentoft, M., J. Ohlenschlaeger, 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.

OCDE (2012), *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264124561-fr.

OCDE/OMS (2011), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé : Suisse 2011*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264120938-fr.

OFSP – Office fédéral de la santé publique/Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2004), « Psychische Gesundheit. Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung » [Stratégie nationale de santé mentale pour protéger, promouvoir, maintenir et restaurer la santé mentale de la population], NGP, Berne.

OMS/Wonca (2008), « Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective », *Organisation mondiale de la santé et Organisation mondiale des médecins de famille,* Éditions de l'OMS, Genève.

Rüesch, P., A. Bänziger et S. Juvalta (2013), « Regionale psychiatrische Inanspruchnahme und Versorgungsbedarf in der Schweiz Datengrundlagen, statistische Modelle, ausgewählte Ergebnisse – eine explorative Studie » [Utilisation psychiatrique régionale et besoins en d'équipements en Suisse. Données, modèles statistiques, choix de résultats – Une étude exploratoire], *Obsan Bericht 23*, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.

Schuler, D. et L. Burla (2012), *Psychische Gesundheit in der Schweiz – Monitoring 2012* [Santé mentale en Suisse – Monitoring 2012], Obsan, Neuchâtel.

Spiessl, H. et C. Cording (2000), « Zusammenarbeit niedergelassener Allgemeinärzte und nervenärzte mit der psychiatrischen Klinik » [Coopération entre généralistes et médecins et cliniques psychiatriques], *Nervenarzt*, n° 72, pp. 190-195.

Sturny, I. et P. Camenzind (2011), « Erwachsene Personen mit Erkrankungen: Erfahrungen im Schweizerischen Gesundheitssystem im internationalen Vergleich » [Les adultes atteints de troubles : Expérience dans le système suisse de santé en comparaison internationale], *Obsan Dossier 17*, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.

Sturny, I.et D. Schuler (2011), « Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Monitoring 2010 » [Soins psychiatriques et psychothérapeutiques en Suisse. Monitoring 2010], Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.

van der Feltz-Cornelis, C.M., R. Hoedeman, F.J. de Jong, J. Meeuwissen, H. Drewes, N. van der Laan et H. Adèr (2010), « Faster Return to Work After Psychiatric Consultation for Sick Listed Employees with Common Mental Disorders Compared to Care as Usual. A Randomized Clinical Trial », *Neuropsychiatric Disease and Treatment,* n° 6, pp. 375-385.

Zhang, J., C. Harvey et C. Andrew (2011), « Factors Associated with Length of Stay and the Risk of Readmission in an Acute Psychiatric Inpatient Facility: A Retrospective Study », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, n° 45, pp. 578-585.

Chapitre 6

La capacité du système éducatif suisse à gérer les problèmes de santé mentale

Le présent chapitre porte sur la capacité du système éducatif suisse à accompagner les enfants et les jeunes en difficulté souffrant de troubles mentaux, pendant leur scolarité et à leur entrée dans la vie active. On étudie en premier lieu l'efficacité des mesures de soutien et des services destinés à ces jeunes, à leurs enseignants et à leurs parents. Le passage de l'école au monde du travail est ensuite analysé, de même que le problème de la sortie prématurée du marché du travail. En conclusion, le chapitre examine les mesures visant à une détection précoce des problèmes de santé mentale chez les jeunes qui abandonnent leurs études et chez les jeunes adultes.

L'enfance et l'adolescence sont des périodes cruciales pour favoriser un bon équilibre mental et prévenir les troubles psychiques. De nombreux articles montrent que les facteurs biologiques comme les expériences psychosociales difficiles pendant l'enfance pèsent sur la santé mentale des enfants et des jeunes (voir OCDE, 2012a pour une analyse). Les trois quarts de tous les troubles mentaux apparaissent avant l'âge de 24 ans et un quart sont déjà présents à 7 ans (Kessler et al., 2005). La plupart de ces jeunes souffrent de troubles mineurs ou modérés et peuvent espérer vivre une vie satisfaisante, mais leurs problèmes de santé mentale peuvent nuire à leur parcours scolaire et donc à leur vie sociale et professionnelle à l'âge adulte. Pourtant, les adolescents et les jeunes adultes ignorent très souvent les troubles dont ils souffrent, n'en parlent pas et ne sont pas soignés ; il s'écoule en moyenne douze ans environ entre l'apparition du trouble et le premier traitement (Kessler et Wang, 2008). Le système éducatif a donc un rôle potentiellement important à jouer dans la détection précoce et l'accompagnement des enfants atteints de troubles psychiques.

En Suisse, la responsabilité de l'instruction (y compris l'éducation spécialisée) incombe principalement aux 26 autorités cantonales. En conséquence, les structures du système éducatif sont adaptées à la situation et aux besoins locaux et sont de ce fait très différentes d'un canton à l'autre. Les politiques cantonales sont partiellement coordonnées au niveau fédéral par la Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique (CDIP). Deux accords intercantonaux ont notamment été signés par une majorité de cantons, afin d'harmoniser les structures et les objectifs, l'Accord intercantonal sur l'harmonisation de la scolarité obligatoire (concordat HarmoS, en vigueur depuis la mi-2009) et l'Accord intercantonal sur la collaboration dans le domaine de la pédagogie spécialisée (en vigueur depuis 2011)[1].

Les diverses prestations proposées à l'école

De multiples mesures et prestations de soutien sont disponibles dans les établissements scolaires ou en coopération avec eux, notamment des soutiens psychologiques, des soutiens pédopsychiatriques, des mesures thérapeutiques et pédagogiques (telles que le soutien scolaire et le soutien psychomoteur), ainsi que des programmes ciblés sur les enfants et les jeunes ayant des problèmes comportementaux et affectifs (par exemple, *Trialog* à Winterthour dans le canton de Zurich)[2]. Chaque canton est toutefois libre de choisir la nature et la quantité de prestations proposées, et il n'existe aucun inventaire national des programmes existants.

Des services de soutien psychologique sont disponibles gratuitement pour les parents, les élèves et les enseignants afin de tenter de répondre aux

questions et aux problèmes scolaires et de développement des enfants. Ces prestations sont généralement offertes dans les locaux des services pédagogiques et psychiatriques, en dehors du cadre scolaire classique.

Les services sociaux scolaires offrent un soutien minimum aux élèves confrontés à des problèmes d'ordre social et sont généralement situés dans l'enceinte des établissements scolaires (essentiellement au niveau secondaire). Les services sociaux scolaires sont toutefois organisés au niveau de la commune et ne sont pas disponibles dans toutes les écoles[3]. Selon la commune, les travailleurs sociaux scolaires sont embauchés par le département des affaires sociales, le département de l'instruction publique ou directement par les écoles. Seuls quelques cantons, par exemple celui de Berne, ont élaboré leur propre réglementation obligeant les communes à mettre à disposition des travailleurs sociaux scolaires et à couvrir entièrement ou partiellement toutes les dépenses connexes. La nature et l'éventail des prestations fournies par les travailleurs sociaux scolaires varient donc très largement sur le territoire national. Très peu d'établissements scolaires bénéficient d'un travailleur social pour 400 élèves, comme le recommande *Avenir Social*, association suisse du travail social. On trouve plus couramment un travailleur social pour 1 000 à 1 500 élèves (Baier et Heeg, 2013).

Malgré toutes les prestations disponibles, il n'existe pas de système commun de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux à l'école. Il appartient à chaque établissement scolaire de mettre en place ses propres mesures. Les travailleurs sociaux peuvent assumer ce rôle dans une certaine mesure, mais cela dépend du temps qu'ils peuvent y consacrer. Au niveau national, deux programmes en ligne existent pour les adolescents (*feel-ok.ch* et *tschau.ch*). Certains cantons possèdent leurs propres programmes, par exemple *aus"weg"los!* dans le canton de Berne et *PréSuiFri* dans celui de Fribourg.

S'agissant des élèves dont les besoins éducatifs particuliers ont été évalués et diagnostiqués, trois options scolaires sont possibles : suivre les cours ordinaires avec un soutien personnalisé, intégrer une classe spécialisée dans un établissement scolaire ordinaire ou s'inscrire dans une école spécialisée. L'Accord intercantonal sur la collaboration dans le domaine de la pédagogie spécialisée définit les dispositions de base, notamment les services d'orientation, de soutien et les prestations thérapeutiques, ainsi que les normes de qualité que les prestataires doivent respecter et une procédure d'évaluation normalisée visant à déterminer les besoins de chaque enfant.

S'il n'existe pas de statistiques nationales sur les programmes et les prestations proposés, dans les établissements scolaires ordinaires, aux enfants ayant des besoins éducatifs particuliers[4], le nombre d'élèves

scolarisés dans une classe ou une école spécialisée – respectivement, 2.1 % et 3.3 % de l'ensemble des élèves d'âge scolaire en Suisse – est relativement élevé par rapport à certains autres pays de l'OCDE (tableau 6.1). Les pourcentages varient nettement d'un canton à l'autre, oscillant entre 1.8 % dans le Valais et 8.7 % dans le canton de Bâle-Campagne (Office fédéral de la statistique)[5]. Les enfants issus de l'immigration sont trois fois plus susceptibles que les enfants autochtones d'être intégrés dans une classe spécialisée (SKBF/CSRE, 2011). C'est pourquoi les élèves issus de l'immigration représentent 45 % des enfants inscrits dans des classes spécialisées, alors qu'ils ne forment que 22 % des effectifs dans les classes ordinaires.

Les établissements scolaires spécialisés ont l'avantage de fournir un soutien adapté et individualisé dans un environnement protégé. Cette ségrégation présente toutefois le risque de marginaliser davantage encore les élèves concernés, et donc de compromettre leur insertion sociale, puis ultérieurement, leur intégration au marché du travail (OCDE, 2008).

Tableau 6.1. **Le pourcentage d'élèves ayant des besoins éducatifs particuliers est relativement élevé en Suisse**

Nombre d'élèves ayant des besoins éducatifs particuliers et importance relative du système d'éducation spécialisée, année scolaire 2008-09[a]

	Nombre total d'élèves	Élèves ayant des besoins éducatifs particuliers, en % du total			
		Total	Éducation spécialisée	Classes spécialisées dans des établissements ordinaires	Scolarisés en établissement ordinaire
Autriche	802 519	3.6%	1.5%	0.1%	2.0%
Belgique, Com. Flamande	863 334	6.6%	5.5%	-	1.1%
Belgique, Com. Française	687 137	4.5%	4.5%	-	0.0%
Danemark	719 144	4.7%	1.8%	2.6%	0.3%
Pays-Bas	2 411 194	4.3%	2.7%	-	1.6%
Norvège	615 883	7.9%	0.3%	0.9%	6.7%
Suède[b]	906 189	1.5%	0.1%	1.5%	-
Suisse[b]	777 394	5.4%	2.1%	3.3%	-
Royaume-Uni	9 297 319	3.4%	1.2%	0.2%	2.0%

a. Les données sur les Pays-Bas et la Norvège concernent l'année scolaire 2009-10, et celles sur la Communauté flamande de Belgique, l'année scolaire 2010-11.

b. Les données relatives aux élèves ayant des besoins éducatifs particuliers pleinement intégrés dans des classes ordinaires ne sont pas collectées en Suède ni en Suisse.

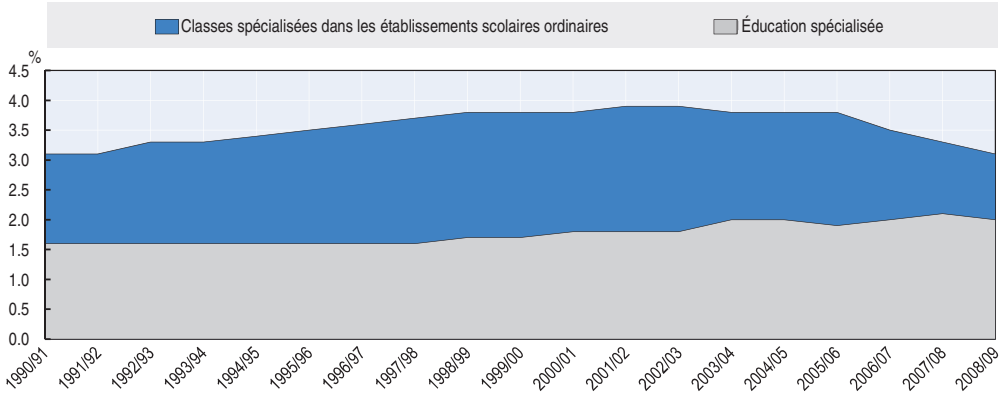
Source : Calculs de l'OCDE d'après les données de l'Agence européenne pour le développement de l'éducation des personnes présentant des besoins particuliers, www.european-agency.org.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932930518*

Ces dernières années, l'intégration des enfants et adolescents ayant des besoins éducatifs particuliers dans les établissements scolaires ordinaires a pris une importance nouvelle, avec l'adoption de la Loi fédérale sur l'égalité pour les handicapés et l'Accord intercantonal sur la collaboration dans le domaine de la pédagogie spécialisée. Ces efforts se sont traduits par une baisse du nombre d'enfants inscrits dans des classes spécialisées depuis 2005 (graphique 6.1). La plupart des cantons ont élaboré des réglementations et des directives, et proposent désormais des mesures de soutien équivalentes pour aider ces élèves lorsqu'ils fréquentent des établissements ordinaires (Agence européenne pour le développement de l'éducation des personnes présentant des besoins particuliers, 2013). Depuis que toutes les responsabilités concernant les écoles spécialisées et les besoins éducatifs particuliers ont été transférées du pouvoir fédéral aux autorités cantonales en 2008, les cantons ont plus de marge de manœuvre pour établir des modèles de scolarité adaptés à leur structure démographique et géographique. Néanmoins, pour les élèves plus gravement atteints, l'intégration scolaire reste rare et le nombre d'étudiants inscrits dans les écoles spécialisées n'a pas beaucoup changé depuis dix ans (graphique 6.1). Les élèves qui ont des problèmes de comportement sont généralement moins susceptibles d'être intégrés dans des écoles ordinaires que ceux qui ont des problèmes d'apprentissage (Agence européenne pour le développement de l'éducation des personnes présentant des besoins particuliers, 2013).

Graphique 6.1. **Baisse du nombre d'élèves inscrits dans des classes et écoles spécialisées**

Pourcentage d'élèves inscrits dans des classes et écoles spécialisées, par rapport à l'ensemble des élèves d'âge scolaire en Suisse, 1990/91-2008/09



Source : Calculs effectués par l'OCDE à partir des données de l'Office fédéral de la statistique.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932930328*

Un passage facile de l'école à la vie active, sauf pour les jeunes peu qualifiés

Le système éducatif suisse parvient étonnamment bien à assurer un passage facile entre l'école et la vie active pour la majorité des jeunes. Le taux de chômage des jeunes de 15 à 24 ans était de 8.4 % en 2012 – soit l'un des plus faibles de l'OCDE, bien loin de la moyenne des pays membres, qui s'établissait à 16.3 % (graphique 6.2, partie A). Le taux d'abandon scolaire, autrement dit le pourcentage de jeunes déscolarisés et sans diplôme du secondaire II, et le taux de jeunes déscolarisés, inactifs et qui ne suivent aucune formation, sont tous deux faibles en comparaison des autres pays membres (graphique 6.2, parties B et C).

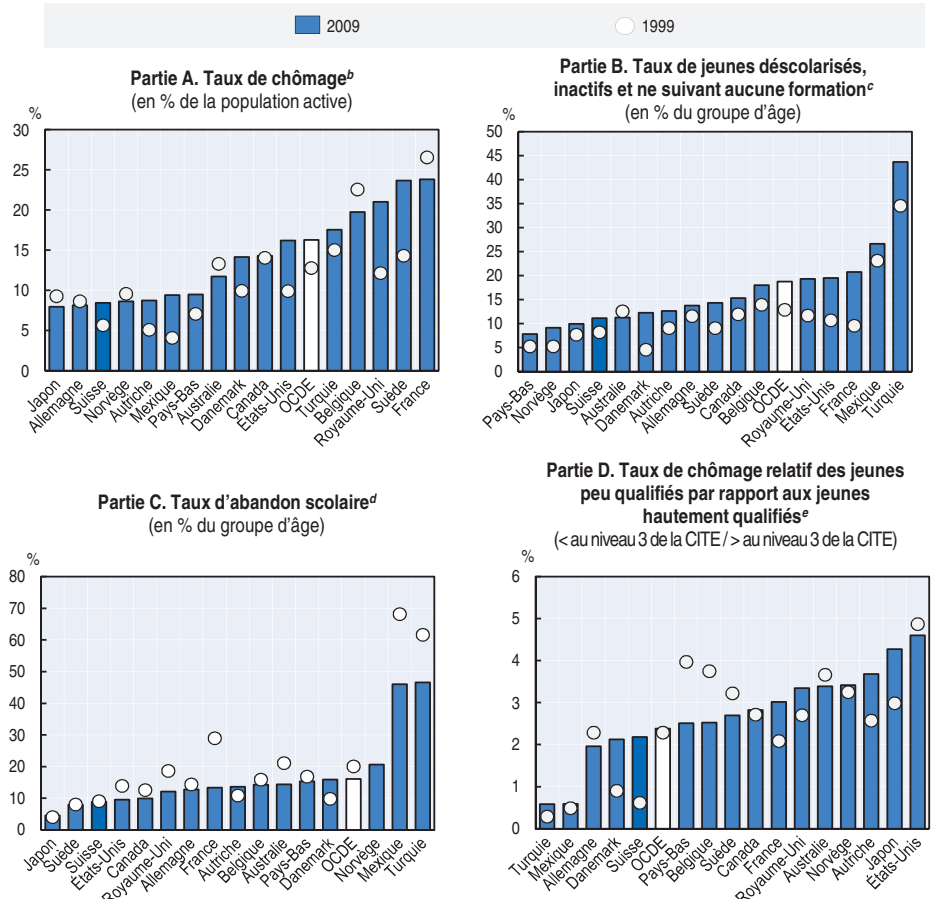
Le système bien développé de formation professionnelle du secondaire II contribue largement à ces bons résultats (Fuentes, 2011). Environ 90 % des 25-34 ans possèdent au moins un diplôme du secondaire II, c'est-à-dire bien plus que la moyenne de l'OCDE (82 % en 2010 (OCDE, 2012b). La majorité d'entre eux choisissent le système de formation en alternance, qui conjugue une formation professionnelle en entreprise et un enseignement en milieu scolaire un à deux jours par semaine, axé à la fois sur les matières générales et sur l'acquisition de qualifications professionnelles (Hoeckel et al., 2009). Ce système transparaît dans le graphique 6.3, qui illustre la transition de l'école à la vie active en Suisse et dans trois autres pays, l'Australie, la Belgique et le Danemark, et montre des situations très différentes.

À l'âge de 18 ans, les deux tiers des jeunes Suisses travaillent tout en suivant des études – soit bien plus que dans les autres pays. En conséquence, la plupart des jeunes qui arrivent au bout de leur parcours scolaire ont accumulé beaucoup d'expérience professionnelle, ce qui facilite leur entrée dans la vie active (Beffy et al., 2009 ; Murier, 2006).

Malgré ces très bons résultats d'ensemble, les perspectives professionnelles des jeunes peu qualifiés se sont dégradées. Le taux de chômage des 15-24 ans non diplômés du secondaire II est passé de 13 % en 1999 à 30 % en 2010, alors que celui des jeunes moyennement et hautement qualifiés tournait autour de 9 % en 2010 (OCDE, 2012b). Le taux de chômage relatif des jeunes peu qualifiés par rapport aux jeunes hautement qualifiés est désormais proche de la moyenne de l'OCDE (graphique 6.2, partie D). Compte tenu de la prévalence élevée des troubles psychiques chez les jeunes peu qualifiés en Suisse (voir le graphique 1.2 du chapitre 1), la détérioration du marché du travail risque de frapper ce groupe particulièrement sévèrement. Les jeunes issus de l'immigration sont également surreprésentés dans le groupe des jeunes quittant le système scolaire prématurément (Fuentes, 2011 ; Liebig et al., 2012).

Graphique 6.2. **Les résultats des jeunes Suisses en matière d'emploi sont très bons, sauf ceux des jeunes peu qualifiés**

Indicateurs clés concernant l'emploi et la formation des jeunes de 15 à 24 ans[a], 1999 et autour de 2010



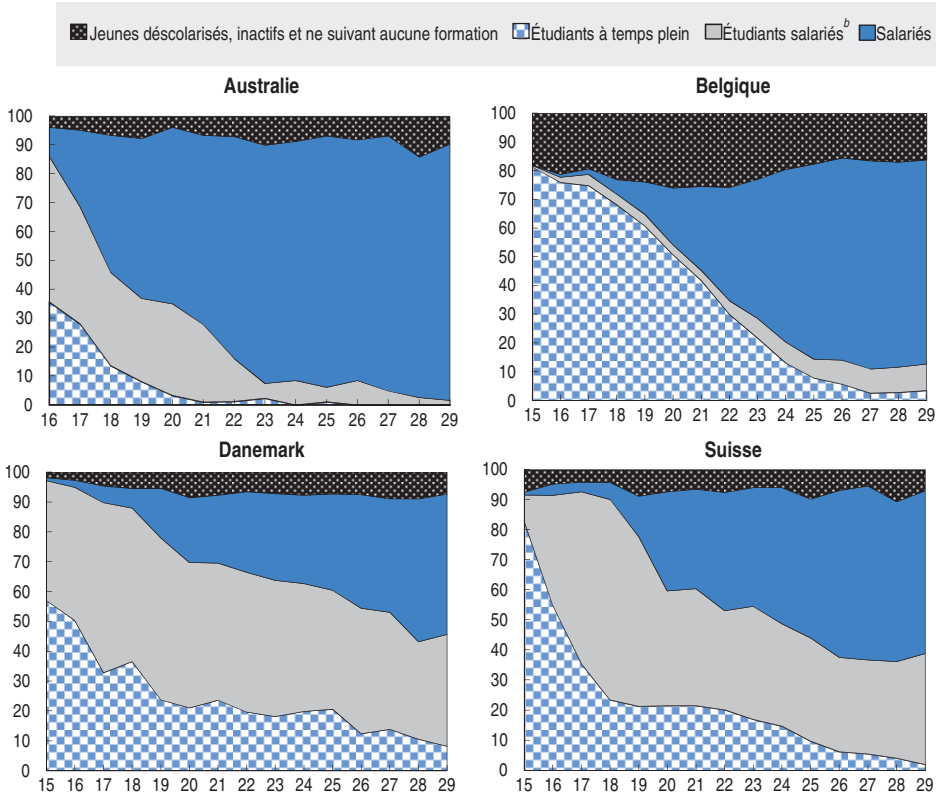
a. Jeunes de 16 à 24 ans aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Suède.
b. Les données les plus récentes se réfèrent à 2012.
c. Jeunes déscolarisés, inactifs et ne suivant aucune formation. Les données les plus récentes se réfèrent à 2010.
d. Nombre de jeunes âgés de 20 à 24 ans déscolarisés et non diplômés du secondaire II, par rapport à l'ensemble des 20-24 ans. Les données les plus récentes concernent 2009.
e. Taux de chômage des personnes non diplômées du secondaire II par rapport aux diplômés du secondaire II. Les données les plus récentes concernent 2009.

Source : Partie A : *Base de données de l'OCDE sur le chômage*, http://dotstat.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=DUR_I ; parties B-D : OCDE (2010), *Des débuts qui comptent ! Des emplois pour les jeunes*, tableau 2.1, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264096110-fr.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932930347*

Graphique 6.3 **Étudiants à temps plein et autres catégories d'étudiants (étudiants salariés, employés, jeunes déscolarisés et inactifs)**

Situation sur le plan des études et de l'emploi à chaque âge : étudiants à temps plein, étudiants salariés, employés, jeunes déscolarisés et inactifs (dans certains pays), 2009[a]



a. 2006 pour l'Australie.

b. Y compris apprentissage et autres programmes de formation professionnelle. Les données sur les études (conjuguées ou non avec un emploi) comprennent également les formations au niveau du secondaire II et III débutées plus tard dans la vie.

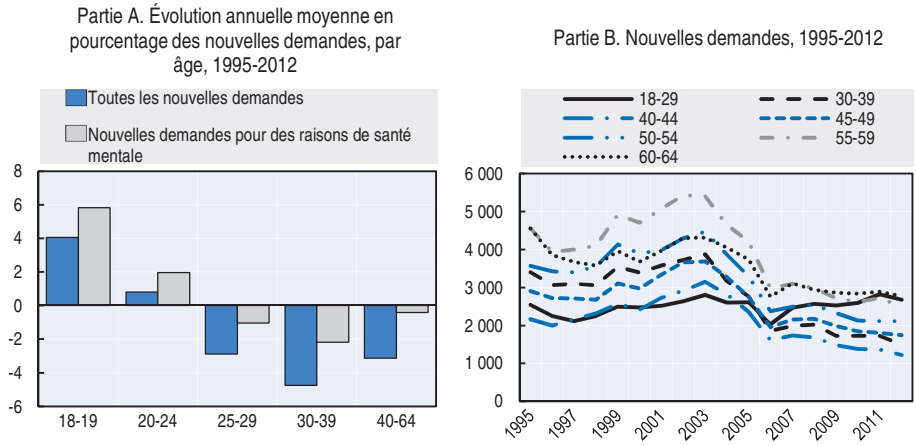
Source : Calculs effectués par l'OCDE à partir de l'enquête européenne sur les forces de travail 2009 pour la Belgique, le Danemark et la Suisse, et l'enquête *Household, Income and Labour Dynamics in Australia* 2006 pour l'Australie.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932930366

Augmentation du nombre de jeunes bénéficiant d'une rente d'invalidité

Bien que le passage à la vie active s'opère généralement sans heurts en Suisse, le nombre de demandes de rente d'invalidité a augmenté chez les jeunes entre 1995 et 2012, alors qu'il a reculé dans les tranches plus âgées (graphique 6.4, partie A). La progression des nouvelles demandes a été particulièrement marquée chez les jeunes atteints de troubles mentaux, alors qu'elle est restée globalement stable pour toutes les autres classes d'âge. En outre, presque tous les jeunes demandeurs obtiennent une rente d'invalidité entière (graphique 6.5).

Graphique 6.4. **Les nouvelles demandes de rente d'invalidité augmentent chez les jeunes mais reculent dans les autres classes d'âge)**



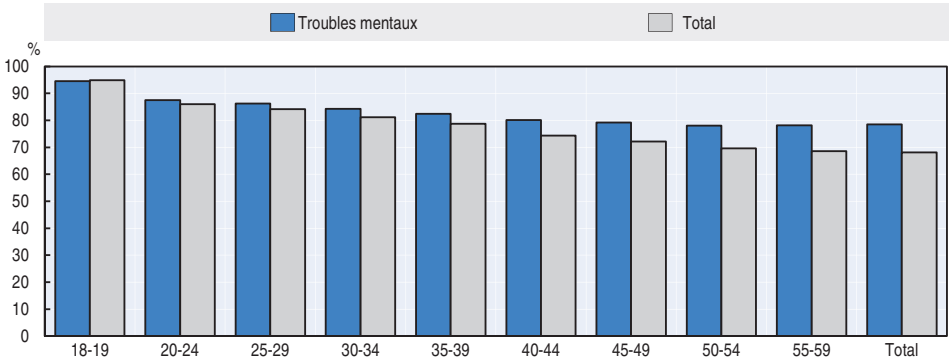
Source : Calculs de l'OCDE d'après les données de l'Office fédéral des assurances sociales.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932930385*

Les réformes récentes de l'assurance invalidité ont dans l'ensemble largement contribué à réduire le grand nombre de demandes de rentes d'invalidité, mais leur impact a été moins marqué chez les jeunes. Dans le cas des plus de 30 ans, le nombre de nouvelles demandes a nettement chuté entre 2003 et 2006, puis il s'est plus ou moins stabilisé ou a baissé encore un peu ; par contre, les réformes ont eu beaucoup moins d'effet sur le nombre de demandes déposées par les jeunes adultes (graphique 6.4, partie B). L'augmentation des demandes chez les jeunes reflète l'évolution observée à l'échelle de l'OCDE tout entière, et les décideurs devraient y accorder davantage d'attention (OCDE, 2012a).

Graphique 6.5. **Les jeunes bénéficiaires atteints de troubles mentaux perçoivent généralement une rente d'invalidité entière**

Part des rentes d'invalidité avec un degré d'incapacité de 70-100 %, par âge, 2012



Source : Calculs de l'OCDE d'après les données de l'Office fédéral des assurances sociales.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932930404

Plusieurs facteurs interviennent pour expliquer l'augmentation du nombre de demandes de rente d'invalidité chez les jeunes en général, et chez ceux qui présentent des troubles mentaux en particulier. Premièrement, il ressort de l'expérience d'autres pays de l'OCDE que les exigences accrues des employeurs constituent l'un des problèmes que rencontrent ces jeunes lorsqu'ils recherchent un emploi. En Suisse plus encore que dans d'autres pays, les jeunes atteints de problèmes mentaux sont largement surreprésentés parmi les personnes sous-qualifiées, et la détérioration de la situation sur le marché du travail risque de les pousser vers l'assurance invalidité. Deuxièmement, le montant des rentes d'invalidité est élevé par rapport au salaire que ces jeunes pourraient percevoir en travaillant. Les contre-incitations financières au travail sont donc considérables pour les jeunes qui ont du mal à entrer sur le marché de l'emploi. Enfin, le, nombre de troubles de l'attention diagnostiqués chez les jeunes a fortement augmenté. Bänziger et Gölz (2011) pensent que ce phénomène est lié au grand nombre de pédopsychiatres installés en Suisse et à la médicalisation générale des problèmes des jeunes. Autrement dit, les valeurs évoluent, de même que la pratique médicale, avec pour conséquence une augmentation des troubles de l'attention diagnostiqués et autres maladies « à la mode », et donc une hausse rapide du nombre de demandes de rente d'invalidité chez les jeunes.

Contrairement à d'autres pays, il ne semble pas y avoir de lien direct en Suisse entre les prestations d'éducation spécialisée et les rentes d'invalidité. Les élèves qui reçoivent des prestations d'éducation spécialisée de la part de

l'assurance invalidité ne bénéficient pas automatiquement d'une rente d'invalidité à l'âge adulte. Le tableau 6.2, partie B, montre que 62 % des personnes ayant eu accès à des prestations d'éducation spécialisée à l'âge de 15 ans n'ont perçu aucune de rente d'invalidité une fois atteint l'âge de 20 ans. À l'inverse, environ 67 % des nouveaux bénéficiaires de rente d'invalidité en 2012 (70 % chez ceux atteints de troubles mentaux) n'avaient pas fait l'objet de prestations d'éducation spécialisée à l'âge de 15 ans (tableau 6.2, partie A).

Tableau 6.2. **Les élèves percevant des prestations d'éducation spécialisée ne basculent pas automatiquement vers l'assurance invalidité**

Partie A. Pourcentage des nouvelles demandes de rente d'invalidité chez les 18-24 ans, ventilées en fonction de la cause et de l'accès ou non à des prestations d'éducation spécialisée à l'âge de 15 ans

Prestations d'éducation spécialisée à l'âge de 15 ans	Nouvelles demandes de pension d'invalidité en 2012		
	Troubles mentaux	Autres situations	Total
Oui	30%	37%	33%
Non	70%	63%	67%
Total	100%	100%	100%

Partie B. Pourcentage de bénéficiaires de prestations d'éducation spécialisée âgés de 15 ans en 2007 qui percevaient une rente d'invalidité en 2012, selon la cause

	Bénéficiaires de prestations d'invalidité en 2012			Total
	Troubles mentaux	Autres situations	Pas de pension	
Prestations d'éducation spécialisée à l'âge de 15 ans en 2007	15%	23%	62%	100%

Source : Calculs de l'OCDE d'après les données de l'Office fédéral des assurances sociales.

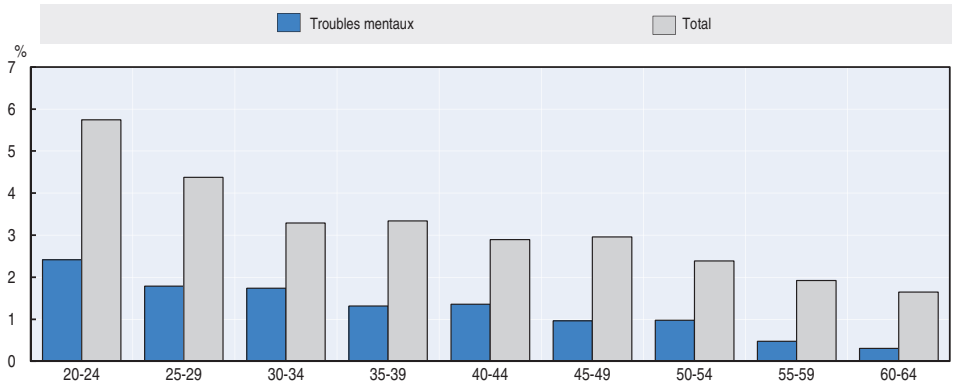
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932930537

Toutefois, le lien entre les prestations d'éducation spécialisée et la rente d'invalidité est peut-être plus complexe ou indirect qu'il n'y paraît. La Suisse se caractérise en effet par un système d'emplois protégés très étendu, coûteux et plutôt obsolète, qui semble servir de passerelle vers l'assurance invalidité. Selon Bänziger et Gölz (2011), 97 % des travailleurs ayant un emploi protégé finissent par toucher une rente d'invalidité à vie. Si la plupart des jeunes bénéficiaires de prestations d'éducation spécialisée obtiennent ensuite un emploi protégé, les résultats présentés dans le tableau 6.2 peuvent prêter à confusion, car la quasi-totalité de ces jeunes finiront tôt ou tard par percevoir une rente d'invalidité.

Comme indiqué dans OCDE (2012b), accorder aux jeunes atteints de troubles mentaux une rente d'invalidité à long terme peut les entraîner dans l'inactivité et la pauvreté de manière permanente. La probabilité de retourner sur le marché du travail est faible une fois la rente d'invalidité accordée. De fait, moins de 6 % des jeunes bénéficiaires de 20 à 24 ans ont quitté l'assurance invalidité suisse en 2011 (graphique 6.6), et ce pourcentage est encore plus faible chez les jeunes qui souffrent de troubles mentaux. Pourtant, les problèmes de santé mentale sont en général fluctuants, et avec le bon traitement, ainsi que des prestations et des aides efficaces, la plupart de ces jeunes peuvent aller mieux (voir le chapitre 5). Pour éviter une dépendance à long terme envers l'assurance invalidité, il est donc important de ne pas accorder de rente trop tôt dans la vie, d'apporter à ces jeunes le soutien dont ils ont besoin et de mettre en place de solides mesures de réinsertion.

Graphique 6.6. **Les bénéficiaires quittent rarement l'assurance invalidité, notamment lorsqu'ils sont atteints de troubles mentaux**

Sorties de l'assurance invalidité de bénéficiaires atteints de troubles mentaux et total en pourcentage de l'ensemble des bénéficiaires de rente d'invalidité, par âge, 2012



Note : Sorties pour des motifs autres que le décès ou le passage au système de retraite.

Source : Calculs de l'OCDE d'après les données de l'Office fédéral des assurances sociales.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932930423

Soutenir le passage à la vie active

Les réformes récentes de l'assurance invalidité suisse visent à agir sur le flux des nouvelles demandes en privilégiant les interventions précoces et en renforçant le rôle des employeurs, des caisses d'assurance maladie, des services publics de l'emploi (SPE), ainsi que des assurés eux-mêmes (voir

les chapitres 3 et 4). Or, les jeunes n'ont que peu de chances d'être touchés par ces interventions précoces, dans la mesure où les parties prenantes impliquées dans les décisions visant à en faire bénéficier certains individus sont peu incitées à signaler à l'assurance invalidité les cas éventuels de jeunes présentant des troubles mentaux : les jeunes salariés ont en général des contrats courts, ce qui sous-entend des coûts de licenciement et d'assurance maladie faibles pour les employeurs ; les jeunes sans emploi n'ont souvent pas droit aux programmes actifs du marché du travail proposés par les SPE puisqu'ils ne remplissent pas les critères de cotisation minimums ; et enfin, les jeunes sans emploi ni revenu ne demandent pas nécessairement de prestations puisqu'ils peuvent encore vivre (temporairement) chez leurs parents.

Si l'on veut rendre plus efficace la détection précoce et éviter une dépendance à vie envers une rente, il faut améliorer les aides transitoires fournies aux jeunes atteints de troubles mentaux, en particulier ceux qui ont suivi une scolarité ordinaire, afin de les aider à entrer dans la vie active. De nombreuses ressources sont consacrées aux enfants et aux jeunes scolarisés, mais dès qu'ils quittent le système scolaire, le soutien est extrêmement limité. Les jeunes qui abandonnent leurs études après l'âge légal de scolarité obligatoire (entre 15 et 18 ans) ne sont plus suivis et aucune aide ne leur est apportée pour entrer dans la vie active. En outre, le case management « formation professionnelle » (CM FP) destiné aux élèves difficiles – grâce auquel des jeunes de 13 à 25 ans qui ont des problèmes à l'école et qui risquent de décrocher reçoivent des conseils et sont suivis de près par un adulte responsable – s'arrête lorsqu'ils obtiennent leur diplôme. La situation est légèrement meilleure pour les jeunes qui abandonnent le système de formation professionnelle: les inspecteurs des cantons s'efforcent de limiter les abandons d'apprentissage, mais il n'en reste pas moins que peu de mesures existent dès lors que la formation est effectivement abandonnée.

Le taux d'abandon scolaire en Suisse est faible par rapport à de nombreux autres pays. Malgré tous des efforts sont déployés, depuis quelques années, afin de porter de 90 % à 95 % la proportion de diplômés du secondaire II pour chaque classe d'âge. Depuis 2008 a été mis en place dans chaque canton un système de case management dans l'enseignement professionnel avec le soutien financier de la Confédération (Landert, 2011). L'objectif est d'aider les jeunes qui abandonnent leurs études à s'orienter professionnellement et de les accompagner en coordonnant les mesures sociales avec les autres aides dont ils peuvent bénéficier. Le but ultime est de signaler à l'unité de case management du canton chaque jeune qui abandonne ses études dans le secondaire II ou sa formation professionnelle.

On ne dispose pas de données sur la fréquence des troubles mentaux chez les élèves qui abandonnent leurs études, mais on sait que les jeunes

présentant ce type de troubles sont surreprésentés parmi ceux qui sont peu qualifiés. En outre, la plupart des prestations de case management ne sont pas adaptées pour répondre aux problèmes de santé mentale, ou ne les prennent tout simplement pas en compte. En conséquence, ces problèmes restent souvent ignorés, alors qu'ils sont fréquemment la cause première de l'abandon scolaire.

Conclusions

La Suisse dispose d'un large éventail de services destinés aux enfants et aux jeunes ayant des besoins éducatifs particuliers, à la fois dans les écoles spécialisées, dans les classes spécialisées, et dans les établissements ordinaires. Au nombre de ces services figurent des soutiens psychologiques et psychiatriques, des services sociaux, ainsi que des dispositifs thérapeutiques et pédagogiques. Les enfants atteints de troubles mentaux diagnostiqués auront donc, selon toute probabilité, accès à des services spécialisés, même si on ne dispose pas de données globales sur les programmes existants et même si les pratiques peuvent être très variables d'une commune et d'un canton à l'autre. Pour autant, la sur-détection des problèmes et la ségrégation dans des classes et écoles spécialisées pourraient se faire au détriment – et non pas au bénéfice – de ces élèves, et doivent donc être évitées.

Les jeunes Suisses semblent globalement avoir peu de difficultés à entrer dans la vie active, en partie grâce à un système efficace de formation professionnelle et parce qu'il est habituel en Suisse de combiner études et travail. Néanmoins, la situation des jeunes peu qualifiés sur le marché du travail se dégrade depuis dix ans alors même qu'augmente la proportion de jeunes atteints de troubles mentaux. Par ailleurs, le nombre de demandes de rente d'invalidité ne cesse de croître chez les jeunes, contrairement aux autres classes d'âge. Face à ces évolutions, il faut accorder plus d'attention aux jeunes atteints de troubles psychiques, qui sont plus susceptibles de quitter l'école sans diplôme du secondaire II et donc d'avoir du mal à entrer dans la vie active.

En particulier, les services destinés aux jeunes qui abandonnent leurs études sont peu développés, et les rares mesures en place n'abordent pas les problèmes de manière globale. De plus, le montant relativement élevé de la rente d'invalidité spéciale dont peuvent bénéficier les jeunes souffrant d'un handicap congénital dissuade ces derniers de chercher un emploi. Les récentes réformes de l'assurance invalidité ont contribué à réduire le nombre de demandes de rente d'invalidité en mettant l'accent sur la détection et les interventions précoces ; toutefois, cela n'est d'aucune aide pour les jeunes qui ne sont jamais entrés sur le marché du travail normal. D'autres solutions et d'autres outils devront être mis en place pour cette catégorie de personnes

– les établissements scolaires et les services d'aide à l'entrée dans la vie active assumant alors le rôle des employeurs et des assureurs maladie.

Améliorer l'efficacité de l'ensemble des ressources scolaires

- *Favoriser la scolarité dans les établissements ordinaires*. Scolariser dans les établissements ordinaires les élèves qui ont des besoins éducatifs particuliers, notamment ceux qui présentent des problèmes de comportement et des troubles mentaux, afin de favoriser leur intégration sociale et mettre au point des mesures de soutien ciblées sur leurs besoins.
- *Recenser les mesures de soutien existantes.* Un inventaire national des programmes de soutien aux élèves qui ont des problèmes de santé (et d'autres besoins particuliers) faciliterait la mise en commun des bonnes pratiques entre cantons, de même qu'entre établissements scolaires.
- *Établir un cadre d'intervention.* Les établissements scolaires ont besoin de plus d'informations sur l'éventail des prestations qu'ils devraient offrir, les types d'enfants auxquels elles s'adressent et la manière dont elles doivent être utilisées. À cet égard, il sera également important de mieux coordonner les différents services disponibles.

Faciliter le passage à la vie active

- *Mettre en place des services d'accompagnement vers la vie active à l'intention des jeunes qui abandonnent leurs études.* Aider les jeunes vulnérables à s'intégrer sur le marché du travail. Veiller à ce que les personnes chargées de ces jeunes (case managers FP) coopèrent étroitement avec les services publics de l'emploi et l'assurance invalidité.
- *S'attaquer aux problèmes de santé mentale chez les jeunes qui abandonnent prématurément leurs études*. La fréquence élevée des troubles mentaux chez les jeunes peu qualifiés devrait être prise en compte, en faisant participer les services de santé au case management de la formation professionnelle et aux dispositifs d'aide à l'entrée dans la vie active.
- *Éviter que les jeunes sollicitent des rentes d'invalidité*. Renforcer les incitations à travailler, de sorte qu'il soit toujours plus intéressant d'avoir un emploi. À cet effet, la rente d'invalidité devrait être supprimée progressivement lorsque le jeune trouve un emploi, et son

montant devrait être revu (il est peut-être trop élevé au début pour les plus jeunes, par exemple, et pourrait être augmenté selon l'âge).

Notes

1. En 2013, 15 des 26 cantons ont adopté l'Accord intercantonal sur la pédagogie spécialisée (voir www.edk.ch/dyn/19100.php – site consulté le 24 septembre 2013). Par ailleurs, le concordat HarmoS a été adopté par 15 cantons (qui ne sont pas nécessairement les mêmes) (voir www.edk.ch/dyn/12536.ph – site consulté le 24 septembre 2013).
2. www.trialog-winterthur.ch/ (site consulté le 4 mars 2013).
3. Fin 2009, environ 450 travailleurs sociaux scolaires étaient employés dans un millier d'établissements scolaires (Baier et Heeg, 2013).
4. L'Office fédéral de la statistique met actuellement au point un nouveau système de collecte de données avec pour objectif de recueillir des informations sur l'intégration dans les établissements scolaires ordinaires des élèves ayant des besoins éducatifs particuliers. La première collecte est prévue pendant l'année scolaire 2014-15.
5. Ces profonds écarts de pourcentage s'expliquent en partie par la situation géographique des cantons (le Valais, par exemple, est moins densément peuplé et doit privilégier l'intégration scolaire), mais aussi par l'approche adoptée : le Tessin, situé dans la partie italophone de la Suisse, suit en partie le modèle italien d'intégration des élèves en école ordinaire avec soutien scolaire et ne pratique pas de ségrégation scolaire pour les formes les moins graves des besoins éducatifs particuliers (SKBF/CSRE, 2011).

Références

Agence européenne pour le développement de l'éducation des personnes présentant des besoins particuliers (2013), www.european-agency.org, consulté le 5 février 2013.

Baier, F. et R. Heeg, (2013), « School Social Work in Switzerland: A New Field of Action Among Established Youth Services », www.schulsozialarbeit.ch/index.php?p=9_0_0&h=5 (consulté le 6 mars 2013).

Bänziger, O. et B. Gölz (2011), « Junge Erwachsene mit psychischer Behinderung und ihr Berufseinstieg: Ausserordentliche IV-Rente – ein fragwürdiger Anreiz » [Les jeunes adultes souffrant de retard mental et leur carrière : rente invaliditié particulière – Une incitation discutable], Masterarbeit, mimeo, Institut für Betriebswirtschaftslehre, Universität Zurich.

Beffy, M., D. Fougère et A. Maurel (2009), « L'impact du travail salarié des étudiants sur la réussite et la poursuite des études universitaires », *Économie et Statistique*, n° 422, INSEE, Paris.

Fuentes, A. (2011), « Raising Education Outcomes in Switzerland », *OECD Economics Department Working Papers*, n° 838, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/5kgj3l0wr4q6-en.

Hoeckel, K., S. Field et W.N. Grubb (2009), *OECD Reviews of Vocational Education and Training: A Learning for Jobs Review of Switzerland*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264113985-en.

Kessler, R. et P. 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., 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.

Landert, C. (2011), « Nationales Projekt Case Management Berufsbildung » [Projet national de case management sur l'enseignement et la formation professionnels], Bericht zur Umsetzungsevaluation, *E*idgenössisches Volkswirtschaftsdepartement, Berne.

Liebig, T., S. Kohls et K. Krause (2012), « The Labour Market Integration of Immigrants and their Children in Switzerland », *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, n° 128, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/5k9fjjs1m2d2-en.

Murier, T. (2006), « L'activité professionnelle des élèves et des étudiants. Une étude basée sur les résultats de l'enquête suisse sur la population active 1996-2005 », *Actualité OFS*, n° 3, Neuchâtel.

OCDE (2012a), *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264124561-fr.

OCDE (2012b), *Regards sur l'éducation 2012 – Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/eag-2012-fr.

OCDE (2010), *Des débuts qui comptent ! Des emplois pour les jeunes*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264096110-fr.

OCDE (2008), *Élèves présentant des déficiences, des difficultés et des désavantages sociaux – Politiques, statistiques et indicateurs*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264027640-fr.

SKBF/CSRE (2011), *Rapport sur l'éducation en Suisse 2010*, Centre suisse de coordination pour la recherche en éducation, Aarau.

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 liés à la mondialisation. À l'avant-garde des efforts engagés pour comprendre les évolutions du monde actuel et les préoccupations qu'elles suscitent, l'OCDE aide les gouvernements à y faire face en menant une réflexion sur des thèmes tels que le gouvernement d'entreprise, l'économie de l'information et la problématique du vieillissement démographique. L'Organisation offre aux gouvernements un cadre leur permettant de confronter leurs expériences en matière d'action publique, de chercher des réponses à des problèmes communs, de recenser 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 2013 25 2 P) ISBN 978-92-64-20518-5 – No. 61092 2014-02

Santé mentale et emploi

SUISSE

Sommaire

Résumé

Évaluation et recommandations

Chapitre 1. Les défis posés par la santé mentale et l'emploi en Suisse

Chapitre 2. Conditions de travail et gestion des maladies en Suisse

Chapitre 3. Du paiement des prestations aux interventions : une décennie de réformes dans le régime suisse d'invalidité

Chapitre 4. La collaboration entre les différents systèmes suisses pour lutter contre l'inactivité et le chômage de longue durée

Chapitre 5. Tirer davantage parti du système suisse de santé mentale

Chapitre 6. Les capacités du système éducatif suisse pour gérer les problèmes de santé mentale

À lire également

Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi (2012)

Santé mentale et emploi : Belgique (2013)

Mental Health and Work: Sweden (2013)

Mental Health and Work: Norway (2013)

Mental Health and Work: Denmark (2013)

www.oecd.org/els/invalidite

Veuillez consulter cet ouvrage en ligne : ***http://dx.doi.org/10.1787/9789264205192-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*** pour plus d'informations.

éditionsOCDE
www.oecd.org/editions

ISBN 978-92-64-20518-5
81 2013 25 2 P

9 789264 205185