Santé mentale et insertion professionnelle

DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE



OCDE

Santé mentale et insertion professionnelle

DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE

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 officielles des pays membres de l'OCDE.

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 (2015), *Santé mentale et insertion professionnelle : De la théorie à la pratique*, Santé mentale et emploi, Éditions OCDE, Paris.
http://dx.doi.org/10.1787/9789264242074-fr

ISBN 978-92-64-24204-3 (imprimé)
ISBN 978-92-64-24207-4 (PDF)

Série : 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 © boroboro/Shutterstock.com

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

© OCDE 2015

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

La mauvaise santé mentale est une problématique clé pour les politiques du marché du travail et les politiques sociales dans les pays de l'OCDE ; c'est aussi une question qui a trop longtemps été négligée en raison de la stigmatisation et des préjugés largement répandus. La mauvaise santé mentale fait pourtant payer un lourd tribut aux personnes concernées, aux entreprises et à l'économie de manière générale. Cette situation commence toutefois à évoluer. Les gouvernements des pays de l'OCDE ont de plus en plus conscience que les politiques publiques ont un rôle majeur à jouer : elles peuvent contribuer à améliorer les résultats sur le plan de l'éducation et les opportunités en termes d'emploi des personnes souffrant de problèmes de santé mentale ; contribuer à soutenir les personnes qui ont un emploi mais qui éprouvent des difficultés dans leur travail ; et aider à prévenir les maladies de longue durée, le chômage et l'incapacité.

Un 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*, a identifié les lacunes dans l'appréhension du problème, élargi la base de connaissances, remis en question certaines idées reçues quant aux liens entre mauvaise santé mentale et travail, et dressé un tableau général des enjeux sous-jacents. Neuf rapports ont ensuite été publiés, entre début 2013 et mi-2015, dans la série *Santé mentale et emploi*, qui concernaient l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, la Norvège, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Suède et la Suisse. Ces rapports examinent de façon approfondie l'approche adoptée par certains pays de l'OCDE face à ces défis, et formulent des conclusions détaillées concernant spécifiquement chaque pays.

Le présent rapport, intitulé*, Santé mentale et insertion professionnelle : De la théorie à la pratique* présente une synthèse des résultats de l'examen mené depuis quatre ans par l'OCDE. Il conclut qu'il est nécessaire de faire évoluer la réflexion dans ce domaine et identifie les éléments clés d'une approche intégrée visant à améliorer les résultats en matière de santé mentale et d'emploi. Le rapport rassemble également plusieurs exemples concrets prometteurs concernant divers domaines d'intervention, susceptibles d'aider les pays à trouver leur voie à l'avenir.

Le rapport de synthèse a été présenté et examiné lors du Forum à haut niveau organisé par le gouvernement néerlandais en mars 2015, au cours duquel les principales conclusions du rapport ont été approuvées par les participants au Forum. Le rapport propose un cadre d'action qui peut aider à orienter le processus de réforme que doivent conduire les pays de l'OCDE et les principales parties prenantes. Il fournit des indications utiles sur les interventions à mener dans les divers domaines de l'action publique comme l'éducation, l'emploi, la santé et la protection sociale, qui doivent toutes contribuer à la réalisation du même objectif, de manière coordonnée et intégrée, pour obtenir le résultat souhaité, à savoir une meilleure intégration sur le marché du travail des personnes souffrant de maladie mentale. Les pouvoirs publics peuvent également utiliser ce cadre comme critère de référence pour évaluer les résultats des mesures et des politiques mises en place.

L'examen *Santé mentale et emploi* a été réalisé par la Division de l'analyse et des politiques de l'emploi de la Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales de l'OCDE. Le rapport a été préparé par Iris Arends du University Medical Center Groningen, Niklas Baer des Services psychiatriques de Bâle-Campagne, et Veerle Miranda, Christopher Prinz (chef de projet) et Shruti Singh de l'OCDE. Les exemples ont été compilés par Robin Risselada. Le travail statistique a été effectué par Dana Blumin, avec le concours de Maxime Ladaique. Le rapport a été édité par Ken Kincaid. L'assistance éditoriale et le soutien au projet ont été apportées par Marlène Mohier et Natalie Corry. Des commentaires précieux ont été fournis par Bob Grove, Mark Keese, Mark Pearson et Stefano Scarpetta, et par les experts de certains des pays couverts par l'examen.

Table des matières

Acronymes et abréviations 9

Résumé 11

Évaluation et recommandations : Le cadre d'action de l'OCDE en matière de santé mentale et d'emploi 15

***Chapitre 1.* Santé mentale et emploi : Arguments en faveur d'une intervention plus forte des pouvoirs publics** 33

Définir et évaluer les troubles mentaux 34
Résultats clés et défis majeurs 35
L'action publique peut faire la différence 43
Références 44

***Chapitre 2.* Garantir un bon niveau d'instruction et un passage réussi de l'école à l'emploi aux jeunes atteints de troubles mentaux** 45

Sensibilisation et formation à la santé mentale pour les enseignants et les élèves 47
Il est essentiel d'apporter aux jeunes atteints de troubles mentaux une aide rapide 50
Prévenir l'abandon scolaire précoce 54
Un soutien efficace au passage de l'école à la vie active 58
Références 63
Fiches 2.1 à 2.13 65

***Chapitre 3.* Créer des systèmes de soins de santé mentale axés sur l'emploi** 79

Des traitements insuffisants partout dans l'OCDE 80
Un accès rapide à un traitement approprié 80
Former les médecins généralistes et les aider à traiter les troubles mentaux 85
Incitations et outils pour aider les médecins généralistes à gérer les problèmes liés à l'emploi 89
Sensibiliser à la question de l'emploi dans le système de santé mentale dans son ensemble 92
Références 96
Fiches 3.1 à 3.16 99

***Chapitre 4.* Prévention du stress au travail, incitations aux employeurs et soutien aux travailleurs souffrant de problèmes de santé mentale** 117

Stigmatisation et révélation, un cercle vicieux 118
Faire respecter la législation pour prévenir les risques psychosociaux 120
Formation aux questions de santé mentale et structures d'aide aux responsables hiérarchiques 124
Gérer activement le retour à l'emploi 127
Incitations et obligations à destination des employeurs pour prévenir les arrêts-maladie et y faire face 132
Références 136
Fiches 4.1 à 4.15 139

Chapitre 5. **Améliorer les régimes de prestations et les services de l'emploi aux demandeurs d'emploi atteints de troubles mentaux** 155

Adapter les régimes de pension d'invalidité aux demandeurs qui souffrent de troubles mentaux.....157
Recenser et aider les chômeurs souffrant de problèmes de santé mentale 162
Développer les compétences en matière de santé mentale et l'aide au sein du secteur de l'emploi 166
Retour à l'emploi des demandeurs d'emploi souffrant de troubles mentaux : des actions intégrées englobant les aspects emploi et santé 168
Références 172
Fiches 5.1 à 5.16.....175

Graphiques

Graphique 1.1. Les troubles mentaux entraînent des coûts très importants pour la société 36
Graphique 1.2. L'écarts sont considérables en termes d'emploi et de chômage pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale 37
Graphique 1.3. Les travailleurs souffrant de troubles mentaux qui sont présents au travail ont une productivité inférieure 39
Graphique 1.4. Les troubles mentaux entraînent des coûts très importants pour le système de prestations 40
Graphique 1.5. Les coûts personnels de la mauvaise santé mentale sont élevés.....41
Graphique 1.6. Les travailleurs avec une mauvaise santé mentale travaillent dans des emplois de qualité inférieure 42
Graphique 2.1. La plupart des troubles mentaux apparaissent au cours de l'enfance ou de l'adolescence.....46
Graphique 2.2. Les jeunes à risque ont besoin de plus d'attention plus tôt dans leur vie pour éviter des résultats médiocres plus tard 48
Graphique 2.3. L'accès à un soutien professionnel dans les écoles est limité dans la plupart des pays 51
Graphique 2.4. Le décrochage scolaire abaisse le niveau de scolarité atteint et les perspectives d'emploi.....55
Graphique 2.5. La transition vers l'emploi est plus difficile pour les jeunes souffrant de troubles mentaux.....59
Graphique 3.1. Les besoins en soins de santé mentale ne sont souvent pas satisfaits.....81
Graphique 3.2. Fournir le bon traitement aux bonnes personnes est difficile 83
Graphique 3.3. Les médecins généralistes traitent de plus en plus de troubles mentaux 86
Graphique 3.4. Les absences pour des raisons de maladie de santé mentale ont tendance à être à long terme 90
Graphique 3.5. L'emploi réduit le coût et la durée du traitement 93
Graphique 4.1. La stigmatisation liée aux travailleurs ayant des problèmes de santé mentale légers à modérés au Danemark persiste malgré des améliorations 119
Graphique 4.2. Des obstacles importants et l'absence d'incitations empêchent de meilleures politiques de prévention 121
Graphique 4.3. Les conflits au travail sont corrélés avec la santé mentale et sont une des raisons principales pour demander de l'aide 125
Graphique 4.4. La reprise du travail devient difficile après trois mois de congé de maladie.....129
Graphique 4.5. Les employeurs ont des obligations limitées pour faire face au taux élevé de congés de maladie chez les travailleurs ayant des problèmes de santé mentale....133
Graphique 5.1. La prévalence des troubles mentaux est élevée parmi l'ensemble des bénéficiaires de prestations en âge de travailler 158

Graphique 5.2. Les bénéficiaires de prestations d'invalidité sont éloignés du marché du travail 159
Graphique 5.3. Participation aux programmes et résultats de l'emploi pour les participants ayant des problèmes de santé mentale 164
Graphique 5.4. Des durées de maladie plus longues et de moins bons résultats sur le marché du travail pour les chômeurs malades 169

Acronymes et abréviations

AIHW	Institut australien de la santé et de la prévoyance
ATAPS	*Access to Allied Psychological Services*
AVI	Années vécues avec une incapacité
CII	Collaboration interinstitutionnelle
CIM	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes
CLB	Centres d'orientation des élèves (*Centra voor Leerlingenbegeleiding*)
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
EA	Conseillers pour l'emploi (*Employment Advisers*)
ESENER	Enquête européenne des entreprises sur les risques nouveaux et émergents
EUR	Euro
FFWS	*Fit for Work Service*
GA	Examens pluridisciplinaires approfondis (*Gespecialiseerde Arbeidsonderzoeksdienst*)
GBP	Livre sterling
GPMHSC	Collaboration des normes sanitaires général pratique mentale (*General Practice Mental Health Standards Collaboration)*
GTB	Centre spécialisé à but non lucratif
IAPT	Amélioration de l'accès aux psychothérapies (*Increased Access to Psychological Therapies)*
IPS	Placement et soutien individuels (*Individual Placement and Support*)
JSCI	Outil de classification des demandeurs d'emploi (*Job Seeker Classification Instrument*)
NEET	Jeunes qui ne sont ni dans l'emploi, ni scolarisés ni en formation
NHS	Système national de santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PHaM	Programme d'assistants personnels et mentors (*Personal Helpers and Mentors)*
PHP	*Practitioner Health Programme*
PIB	Produit intérieur brut
PME	Petites et moyennes entreprises
POH-GGZ	Abréviation néerlandaise pour le soutien de la pratique pour les professionnels des soins de santé mentale
PPP	Parité de pouvoir d'achat
PVA	Organisme autrichien en charge des prestations d'invalidité
SPE	Service public de l'emploi

TCC	Thérapies cognitivo-comportementales
UE	Union européenne
UWV	Organisme néerlandais d'assurance des salariés
VDAB	Service public de l'emploi flamand
WEA	Autorité chargée du cadre de travail
ZAT	Réseau d'Équipes de soins et de conseil

Résumé

Les troubles mentaux ont un prix élevé pour les individus, les employeurs et l'économie. En plus du désarroi dont elles souffrent à titre individuel, les personnes atteintes de troubles mentaux souffrent également d'un point de vue économique, du fait de taux d'emploi plus faibles, de taux de chômage plus élevés et d'un risque accru de pauvreté. Les employeurs doivent faire face à d'importantes pertes de productivité au travail et à des taux d'absence pour maladie élevés. Et pour l'économie dans son ensemble, les coûts prennent la forme de dépenses sociales et de santé élevées.

Ces coûts élevés sont une conséquence directe de la forte prévalence des troubles mentaux, en particulier de type léger à modéré. Les troubles mentaux concernent un cinquième de la population d'âge actif à tout moment, et une personne sur deux connaîtra des problèmes de santé mentale au cours de sa vie. La prévalence de ces troubles est plus ou moins stable depuis longtemps, mais ce n'est que récemment que les responsables publics et la société en général ont pris conscience de l'ampleur des enjeux économiques, sociaux et d'emploi que représente la mauvaise santé mentale.

Pour faire face au coût élevé de la maladie mentale, il faut que cette question devienne une priorité pour les parties prenantes, dans le milieu du travail, dans le système de santé et dans tous les secteurs de la politique sociale, notamment concernant le chômage et l'invalidité. Les politiques publiques, toutefois, n'ont évolué que lentement.

Les principaux problèmes sont clairement identifiés :

- l'apparition précoce des troubles mentaux, qui perturbe le parcours scolaire et le passage à la vie active ;
- des taux de traitement très insuffisants et des besoins en soins de santé largement non satisfaits ;
- les nombreux préjugés associés aux troubles mentaux, qui nuisent aux perspectives d'emploi des personnes qui en souffrent ;
- la forte prévalence des problèmes de santé mentale parmi tous les bénéficiaires de prestations en âge de travailler, notamment les bénéficiaires d'allocations chômage.

Principes d'action de l'OCDE

À partir des données disponibles sur les liens entre santé mentale et emploi dans neuf pays de l'OCDE, le présent rapport conclut qu'une modification des politiques est nécessaire à plusieurs égards, à savoir **quand** intervenir, **comment** intervenir et **qui** doit intervenir. Actuellement, les interventions sont souvent trop tardives, des parties prenantes essentielles sont laissées de côté et les différents services et institutions tendent à travailler chacun de leur côté. Agir sur ces trois paramètres – quand, comment, qui –

pourrait grandement contribuer à améliorer l'insertion sur le marché du travail des personnes atteintes de problèmes mentaux.

- **Quand**
  Le moment de l'intervention est primordial. Les interventions sont souvent trop tardives, venant à un moment où les individus sont exclus du marché du travail depuis de nombreuses années. Même des mesures d'ampleur n'ont que peu d'effet lorsqu'elles interviennent tardivement. Les actions menées à l'école ou au travail auront des résultats plus probants et plus durables que celles menées une fois que l'individu a quitté le système scolaire ou le marché du travail. Les régimes d'assurance maladie et chômage doivent également réagir rapidement pour aider les personnes exclues à retrouver du travail.

- **Comment**
  Les politiques actuelles sont souvent mises en œuvre de manière cloisonnée. Les politiques de santé, d'emploi et d'éducation ne prennent généralement en compte que les résultats dans leur secteur. Ces aides apportées de manière isolée ne sont pas suffisantes. Les personnes souffrant de troubles mentaux, qui ont du mal à conserver, à réintégrer ou à trouver un emploi, sont souvent confrontées à des difficultés tout à la fois sociales, de santé et d'emploi que les politiques publiques doivent traiter de manière intégrée. La prestation de services intégrés permet d'obtenir des résultats bien meilleurs, et plus rapidement.

- **Qui**
  Pour relever les défis posés par la mauvaise santé mentale, il est indispensable de ne pas en laisser la gestion uniquement aux institutions et aux spécialistes de la santé mentale. La mauvaise santé mentale est une question de société dans laquelle de nombreux acteurs doivent s'investir. Les acteurs de première ligne qui n'appartiennent pas au monde de la santé mentale ont un rôle majeur à jouer pour aider à obtenir de meilleurs résultats, sur le plan de l'éducation et sur le marché du travail, pour les personnes atteintes de troubles mentaux. Les enseignants, les responsables hiérarchiques, les médecins généralistes et les agents des services de l'emploi sont quotidiennement confrontés aux effets des troubles mentaux dans les publics dont ils s'occupent. Ils sont les mieux placés pour identifier les problèmes, pour traiter les effets et leurs conséquences, et pour impliquer d'autres professionnels le cas échéant.

Aucun des pays étudiés par l'OCDE n'est parvenu à mettre en place une approche intégrée impliquant l'ensemble des secteurs concernés, qui parvienne à prendre en charge les problèmes de santé mentale et d'emploi de manière précoce. On relève néanmoins de nombreux exemples encourageants, dans différents secteurs, susceptibles d'inspirer une réorientation de l'approche des pouvoirs publics. Un grand nombre de ces exemples sont toutefois des projets pilotes de courte durée qui n'ont bien souvent pas fait l'objet d'une évaluation rigoureuse. Une meilleure analyse et un meilleur suivi des politiques et des résultats permettraient de mieux exploiter ces exemples prometteurs.

Quelques éléments universels sont nécessaires pour adopter une approche intégrée permettant l'amélioration des résultats en matière de santé mentale et d'emploi :

- Les acteurs clés de première ligne, surtout ceux n'appartenant pas au domaine de la santé mentale, doivent être mieux formés à prendre en charge les problèmes de santé mentale ; ils doivent pouvoir s'appuyer sur des lignes directrices opérationnelles pour savoir comment identifier les problèmes de santé mentale ; et disposer d'outils et de structures de référence plus robustes pour faire face rapidement aux problèmes et à leurs conséquences lorsqu'ils se présentent.

- Les responsabilités des intervenants primaires doivent être plus clairement définies. C'est indispensable pour les personnes concernées – employeurs, médecins et prestataires de services – mais aussi pour les acteurs publics tels que les institutions sociales, les services de l'emploi, les autorités éducatives et le système de santé.
- Les incitations financières peuvent être un moyen efficace de s'assurer que les parties concernées assument leurs responsabilités. Les pouvoirs publics doivent chercher à modifier les systèmes de manière que toutes les parties prenantes soient encouragées à faire ce qui doit être fait, ou rémunérées pour ce faire. Des incitations sont nécessaires pour favoriser une identification précoce des problèmes de santé mentale, une prise en charge rapide et une intervention intégrée des services de santé et de l'emploi.
- Enfin, une application rigoureuse des politiques est essentielle. Il existe ainsi plusieurs directives et réglementations à destination des employeurs, des médecins et des autres acteurs. Mais ces directives et réglementations n'auront que peu d'impact, à moins que leur usage ne fasse systématiquement l'objet d'un suivi et que leur non-respect ne soit sanctionné, ce qui nécessite une volonté bien plus affirmée tant au niveau politique qu'au niveau managérial.

Le but ultime des pouvoirs publics devrait être de faire en sorte que les personnes bénéficient d'une assistance rapide et intégrée quelles que soient les circonstances de la demande d'aide, que ce soit auprès d'un travailleur social ou d'un professeur en raison de difficultés à la maison, auprès d'un responsable des ressources humaines pour discuter d'un problème au travail, auprès d'un médecin généraliste pour lui demander un certificat de maladie, auprès d'un psychologue pour traiter un problème d'humeur ou d'anxiété, ou auprès d'un agent des services de l'emploi pour trouver un nouvel emploi.

Le Cadre d'action de l'OCDE en matière de santé mentale et d'emploi fournit ainsi une série de recommandations générales à destination de tous les pays de l'OCDE, articulées autour de quatre axes :

- Aider les jeunes par des programmes de sensibilisation aux problèmes de santé mentale et par les politiques d'éducation.
- Mettre en place un système de soins de santé mentale axé sur l'emploi.
- Améliorer les politiques en milieu de travail et les soutiens et incitations à l'intention des employeurs.
- Adapter les prestations et les services de l'emploi aux besoins des personnes souffrant de troubles mentaux.

Évaluation et recommandations

Le cadre d'action de l'OCDE en matière de santé mentale et d'emploi

La santé mentale influence fortement les résultats sur le marché du travail et a donc un impact sur la croissance économique et sur les perspectives de développement futur. Dans les pays de l'OCDE, entre un tiers et la moitié des incapacités et des maladies de longue durée des personnes d'âge actif sont imputables à des problèmes de santé mentale. Ces problèmes sont à l'origine de maladies physiques chroniques, ou les aggravent, et alourdissent ainsi les dépenses de santé. Par ailleurs, ils font baisser les résultats scolaires – en partie parce que ceux qui sont malades quittent l'école prématurément – fermant ainsi les perspectives sur le plan de l'emploi. Par rapport aux personnes en bonne santé mentale, celles souffrant d'une mauvaise santé mentale présentent en moyenne un taux d'emploi inférieur de 15 à 30 points de pourcentage, et un taux de chômage deux fois supérieur. Elles sont également deux fois plus susceptibles de vivre dans des ménages pauvres. Professionnellement, les employés souffrant d'une mauvaise santé mentale sont souvent moins performants, leur faible productivité étant probablement l'aspect le plus coûteux, et ce coût est dans une large mesure supporté par les employeurs.

La prévalence de la mauvaise santé mentale explique également le lourd fardeau économique qu'elle représente. À tout moment, quelque 20 % de la population d'âge actif souffrent de troubles mentaux, et une personne sur deux connaîtra des problèmes de santé mentale au cours de sa vie. La plupart de ces personnes souffrent d'une maladie légère à modérée – principalement de troubles de l'humeur et de troubles anxieux, souvent qualifiés de « troubles mentaux courants ».

Pour un bon fonctionnement des marchés du travail, il faut que les responsables publics prennent en compte l'interaction entre santé mentale et emploi. De fait, ils reconnaissent peu à peu qu'ils ont longtemps négligé un problème crucial pour le bien-être des individus et indispensable pour assurer une croissance économique durable. Les changements à introduire dans les politiques suivies sont conséquents et impliquent qu'un grand nombre d'institutions et d'acteurs travaillent à améliorer la coordination des politiques et de l'offre de services. Les réformes nécessiteront donc une réelle volonté politique. Les réponses coordonnées, dans les secteurs de la protection sociale, de l'éducation, de la santé et du marché du travail, qui sont nécessaires pour promouvoir de meilleurs résultats en matière de santé mentale et d'emploi constituent l'axe de ce rapport.

Repenser les politiques de santé mentale et d'emploi

Dans *Mental Health: The New Frontier for Labour Economics*, Richard Layard écrit que l'amélioration de la santé mentale est vitale tant pour la croissance économique que pour le bonheur des individus et « pourrait constituer la plus importante avancée [économique et sociale] du XXI^{e} siècle » (2013). *Making Mental Health Count* (OCDE,

2014d) met l'accent sur les importants coûts économiques et sociaux de la mauvaise santé mentale et sur les besoins en soins appropriés qui restent non satisfaits. *Mal-être au travail ?* (OCDE, 2012) identifie les principaux enjeux liés à l'interaction entre santé mentale et emploi et préconise une réorientation structurelle des politiques.

L'objectif de ce nouveau rapport de l'OCDE, *Santé mentale et insertion professionnelle : De la théorie à la pratique*, est d'identifier les éléments clés de la transformation à opérer pour disposer d'une main-d'œuvre plus résiliente sur le plan mental et améliorer l'intégration sur le marché du travail des personnes souffrant d'une mauvaise santé mentale. Cette transformation s'articule autour de trois volets essentiels :

- En premier lieu, il s'agit de savoir **quand** intervenir. La mauvaise santé mentale est souvent identifiée trop tardivement. Intervenir et apporter un soutien alors que les personnes sont sans emploi depuis plusieurs années est souvent inefficace. Les pouvoirs publics devraient se concentrer sur la prévention, l'identification précoce et l'action immédiate.
- En deuxième lieu, il s'agit de savoir **comment** intervenir, ou **quoi** faire. Les différentes institutions, en particulier celles chargées de la santé et de l'emploi, travaillent souvent de manière isolée à la réalisation de leurs propres objectifs. Et si les démarches intégrées font à ce point défaut c'est notamment parce que les mesure incitatives, les obligations et les procédures sont éparses et contradictoires.
- En troisième lieu, il s'agit de savoir **qui** doit intervenir. Actuellement, l'influence positive que les acteurs de première ligne comme les enseignants, les gestionnaires, les médecins généralistes et les conseillers en emploi peuvent avoir sur les résultats en matière d'éducation et d'emploi des personnes souffrant d'un trouble mental est bien souvent mal exploitée. Ces acteurs sont pourtant les mieux placés pour apporter une aide précoce à ceux qui en ont besoin.

Le présent rapport examine pourquoi les pouvoirs publics doivent mettre en place ces modifications, et comment ils peuvent y parvenir. Pour ce faire, il se base principalement sur des exemples issus des neufs pays de l'OCDE déjà cités. Ces exemples sont substantiels et, pris ensemble, constituent un point de départ prometteur et encourageant. Cependant, ils ne sauraient masquer le fait qu'on manque gravement de données, de connaissances et d'évaluations rigoureuses des nouvelles politiques et des nouveaux programmes, que ce soit en général ou pour ce qui est des politiques mises en avant ici. Mais cette situation ne doit pas justifier l'inaction : les responsables publics ne peuvent pas se permettre d'attendre de disposer de plus de données. Ils doivent agir maintenant et, dans le même temps, investir davantage dans de meilleures évaluations des politiques et des programmes, en particulier ceux impliquant des interventions plus précoces et mieux intégrées qui donneront des résultats à plus long terme.

Le rapport met l'accent sur la nécessité de prendre des mesures dans différents domaines d'action :

- Les politiques éducatives, pour atteindre des résultats optimaux et réussir la transition de l'école au travail ;

- la santé, pour proposer des traitements accessibles en considérant l'emploi comme un résultat souhaitable.
- les pratiques au travail, pour assurer un niveau élevé de productivité et le maintien dans l'emploi ;
- les prestations sociales, pour favoriser un retour au travail rapide et durable ;

Les principes d'action développés dans ce rapport fournissent un cadre intégré destiné à guider l'action de chaque pays pour promouvoir une meilleure santé mentale et une meilleure intégration sur le marché du travail des personnes souffrant de troubles mentaux.

Quand intervenir : Identification et intervention précoces

On dispose de nombreuses données montrant qu'aider les individus à rester au travail est bien plus efficace, à long terme, que les aider à retourner travailler après un arrêt. De même, plus les individus restent longtemps sans travailler – chômage, maladie ou les deux – plus il leur est difficile de réintégrer le marché du travail et de trouver un emploi durable. Ces constatations sont encore plus vraies pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Rester sans travail a souvent des effets néfastes sur l'état de santé et sur les relations au travail (les congés de maladie pour troubles mentaux étant fortement stigmatisés), ce qui engendre un cercle vicieux.

Aider les personnes atteintes de troubles mentaux à retrouver un emploi est difficile lorsqu'elles sont restées longtemps sans travailler et en étant dépendantes de l'assistance sociale ou des prestations d'invalidité. À ce stade, leur motivation et leur confiance en soi sont si faibles que les aider à retrouver un emploi durable est un processus coûteux et incertain. Les données autrichiennes, par exemple, montrent que les individus sont perdus pour le marché du travail dès lors qu'ils cherchent à bénéficier de prestations d'invalidité : même ceux à qui ces prestations sont refusées ne retrouvent pratiquement jamais le chemin de l'emploi (OCDE, 2015a).

Les personnes inactives depuis longtemps ont également besoin d'aide, et tous les efforts doivent être déployés pour les aider le plus tôt possible. Cette constatation est, par exemple, partagée par l'Assurance invalidité suisse qui a la volonté de traiter les états de santé susceptibles d'entraîner des demandes de prestations d'invalidité plus tard dans la vie. Elle promeut l'identification précoce des problèmes et propose une prestation spéciale aisément accessible qui concerne tout particulièrement les personnes souffrant de troubles mentaux courants (OCDE, 2014a).

Agir précocement dans le cadre du système de prestations

L'intervention précoce dans le cadre du système de prestations met en avant deux outils majeurs pour aider les individus à retrouver un emploi rapidement : l'assurance chômage et (le cas échéant) l'assurance maladie. Rares sont les systèmes d'assurance chômage qui peuvent prendre en charge les problèmes de santé mentale, malgré la forte incidence, qui ne fait que s'accroître, de ce type de problèmes. De fait, la prévalence des troubles mentaux est en augmentation dans de nombreux pays, comme le confirment les données provenant d'Autriche, d'Australie et du Royaume-Uni. Cela tient principalement à ce que les réformes structurelles de l'assurance invalidité, dans de nombreux pays, destinées à limiter l'accès aux seules personnes incapables de travailler, ont fait qu'un

plus grand nombre de personnes ayant des problèmes de santé et des capacités de travail réduites sont restées dans le système de l'assurance chômage.

L'approche habituelle, dans les systèmes d'assurance chômage de la plupart des pays, aujourd'hui, est d'exempter les demandeurs d'emploi ayant des problèmes de santé des exigences en matière de participation et de recherche d'emploi, et d'attendre en espérant les voir revenir soignés et guéris. Cette approche ne convient pas pour la plupart des demandeurs d'emploi souffrant de troubles mentaux car la plupart ne peuvent pas être « guéris » au sens classique du terme. Les traitements et le travail se renforcent mutuellement : sans traitements, la participation au marché du travail est difficile et, sans travail, les traitements sont moins efficaces. Les systèmes d'assurance chômage devraient, par conséquent, chercher à identifier les problèmes de santé mentale sous-jacents des demandeurs d'emploi, les obstacles que ces problèmes créent en termes de réintégration du marché du travail, et les traitements nécessaires pour sécuriser l'emploi.

Parmi les pays étudiés par l'OCDE, la Belgique est le pays qui est allé le plus loin dans cette voie : ces dernières années, 12 % des chômeurs de longue durée, en Flandre, ont fait l'objet d'une évaluation approfondie (OCDE, 2013a). Au Royaume-Uni, un outil, l'*Employment and Wellbeing toolkit,* a été introduit, en 2014, pour aider les agents des services de l'emploi à identifier les besoins en termes de bien-être pour l'emploi et les interventions appropriées pour favoriser l'accès à l'emploi des personnes souffrant de problèmes mentaux.

Lorsqu'un acteur de première ligne – comme un agent des services de l'emploi – évalue les obstacles qui empêchent un individu de trouver un emploi, les questions relatives à son état de santé mentale sont cruciales. Le cas échéant, le demandeur d'emploi devrait être orienté vers une évaluation approfondie et une aide spécifique, qui viendront compléter l'aide à l'emploi normalement apportée. Ce qui est attendu des demandeurs d'emploi souffrant de troubles mentaux, notamment en termes de participation, devrait leur être clairement indiqué afin de les encourager ou même, dans certains cas, de les contraindre à utiliser les services spéciaux qui leur sont proposés. Lorsque les troubles mentaux ne sont pas identifiés et traités, le risque de chômage de longue durée et/ou d'épisodes récurrents de chômage est élevé.

Les systèmes d'assurance maladie devraient normalement être en mesure de réagir plus rapidement que les systèmes d'allocations chômage car ils connaissent les problèmes de santé des bénéficiaires, mais ils ne sont souvent que des régimes de paiement passifs qui ne s'occupent que des conditions d'octroi des prestations et pas de la gestion du retour au travail. Toutefois, dans certains pays de l'OCDE, comme la Suède et la Norvège, le système d'assurance maladie encourage l'arrêt-maladie partiel maintenir le lien avec le milieu de travail et favoriser un retour progressif au travail (par exemple, OCDE, 2013b). Pour assurer un retour rapide au travail, les régimes d'assurance maladie devraient disposer de procédures bien définies permettant de garantir un contact régulier entre les travailleurs malades et les employeurs sans ignorer les questions de confidentialité. Dans quelques pays, les médecins traitants sont associés à la démarche et des plans individuels de retour au travail sont élaborés mais, même en pareils cas, la mise en œuvre et le suivi de cette politique ne sont pas toujours bien assurés.

Actions préventives précoces au travail

Les plans de retour au travail sont essentiels pour les travailleurs ayant une mauvaise santé mentale. En effet, ces travailleurs doivent non seulement faire face à leurs problèmes personnels, mais aussi aux difficultés et aux conflits sur le lieu de travail qui

ne peuvent être résolus que si les employeurs, et en particulier les responsables opérationnels, sont impliqués. Une bonne gestion est donc indispensable. Obliger les employeurs à gérer correctement les arrêts maladie et le retour au travail peut se révéler efficace. Ces obligations modifient le comportement tant des employeurs que des employés, surtout si cela s'accompagne de véritables incitations financières, par exemple sous la forme de réductions des prestations de maladie et d'un allongement des périodes d'indemnités de maladie payées par les employeurs. Les réformes menées aux Pays-Bas, et dans une moindre mesure dans certains autres pays, vont dans ce sens, malgré la difficulté à trouver un juste équilibre entre la protection de l'emploi et les incitations en direction des employeurs destinées à encourager le maintien dans l'emploi sans compromettre l'embauche (OCDE, 2014b).

La nécessité d'améliorer les politiques visant la maladie au travail apparaît clairement compte tenu de la part croissante des absences attribuables à des problèmes de santé mentale. Toutefois, les faibles performances et les pertes de productivité en lien avec les troubles mentaux représentent des problèmes plus graves encore. Les données révèlent que de nombreuses personnes souffrant de troubles mentaux courants rencontrent des difficultés au travail. Par exemple, 69 % des personnes connaissant des troubles mentaux modérés, contre 26 % des personnes ne faisant pas état de tels troubles, rapportent avoir des problèmes de performance au travail. Il apparaît clairement nécessaire d'agir dans ce domaine, mais les employeurs s'en tiennent à des pratiques insatisfaisantes. Dans de nombreux pays, la première chose à faire serait de moderniser le droit du travail afin d'y intégrer un vaste effort de prévention obligatoire des risques psychosociaux. Cette démarche peut se révéler particulièrement efficace si elle est accompagnée de lignes directrices claires et d'outils concrets à l'intention des employeurs et des autorités d'inspection du travail, comme c'est le cas au Danemark (OCDE, 2013c). Toutefois, la mise en œuvre de la prévention des risques psychosociaux progresse lentement dans tous les pays étudiés, les problématiques traditionnelles continuant de dominer les politiques de santé et de sécurité, et les problèmes psychosociaux, pourtant répandus, restant largement ignorés.

Les employeurs ne peuvent donc se contenter d'une prévention générale, d'une part, et d'une aide à la gestion du retour au travail des employés malades, d'autre part. Ils ont également besoin d'une stratégie leur permettant de faire face aux moindres performances et aux conflits au travail provoqués par les troubles mentaux ou liés à ce type de troubles. Aucun des pays étudiés ne peut prétendre avoir beaucoup progressé dans l'élaboration d'une telle stratégie, même si certaines grandes entreprises ont commencé à s'en préoccuper. La direction et les supérieurs hiérarchiques doivent bénéficier de formations et d'un soutien appropriés pour savoir comment aider leurs employés atteints de troubles mentaux à être performants au travail. Dans ce contexte, les instances représentatives des employeurs et des employés ont un rôle crucial à jouer dans l'élaboration de lignes directrices à ce sujet, en complément des directives et des mesures proposées par les pouvoirs publics.

Mesures pour garantir une bonne transition de l'école vers l'emploi

Plus de la moitié des troubles mentaux apparaissent pendant l'enfance et l'adolescence. Les systèmes éducatifs ont ainsi un rôle majeur à jouer pour aider les enfants souffrant de troubles mentaux à obtenir de bons résultats scolaires et à réussir leur transition vers le marché du travail. Les établissements d'enseignement devraient chercher à renforcer la résilience des élèves en matière de santé mentale et les aider à gérer leurs problèmes sociaux et émotionnels, tout particulièrement lorsque les familles

ne sont pas en mesure d'apporter le soutien nécessaire. Pour éviter la stigmatisation des jeunes aux prises avec des problèmes de santé mentale, les établissements devraient, dans la mesure du possible, rechercher un bien-être mental général et proposer un soutien facilement accessible à l'ensemble des étudiants et des enseignants. *KidsMatter* et *MindMatters* sont deux exemples de programmes mis en place en Australie qui illustrent bien cette approche : ils ont pour objectif de promouvoir la santé mentale et le bien-être, de prévenir les problèmes et de permettre des interventions précoces dans les établissements d'enseignement (OCDE, 2015b). Le programme *KidsMatter* a été testé dans 101 établissement et s'avère améliorer l'état de santé mentale et le bien-être de façon générale.

Une fréquentation scolaire irrégulière peut être un signe de trouble mental, et conduire à un abandon prématuré des études. Les politiques publiques devraient donc viser les absentéistes et les jeunes qui abandonnent prématurément leurs études. Pour orienter et suivre ces jeunes, certains pays ont adopté des mesures énergiques. Au Danemark, par exemple, les centres municipaux d'orientation des jeunes ont pour mission d'intervenir très rapidement en cas d'absentéisme afin de prévenir le décrochage scolaire (OCDE, 2013c). D'autres pays ont mis en place des structures accessibles librement qui ont pour but de promouvoir la santé de manière générale, tout en portant une attention particulière à la santé mentale, auxquels les jeunes peuvent s'adresser sans qu'on leur colle l'étiquette de la maladie mentale : on peut évoquer à ce propose les cliniques pour la jeunesse, en Suède, qui ont réussi à toucher 1.3 million de jeunes (OCDE, 2013d). Ces structures proposent différents types de soutien, dont des soins de santé mentale et des conseils prodigués par des travailleurs sociaux.

Une autre période critique est le passage de l'adolescence à l'âge adulte, et de l'école au monde du travail. Une transition sans heurts vers le monde du travail est essentielle pour le capital confiance de tous les jeunes, et encore plus pour ceux atteints de troubles mentaux. Ce passage est beaucoup plus difficile pour ceux ayant un faible niveau de formation, parmi lesquels les jeunes souffrant d'une mauvaise santé mentale sont surreprésentés. Les établissements scolaires peuvent faire davantage pour faciliter cette transition, par exemple en impliquant plus tôt les professionnels de l'emploi afin de veiller à ce que les jeunes en difficulté ne soient pas perdus de vue ou laissés pour compte trop longtemps. En Flandre (Belgique), par exemple, 85 % des jeunes qui abandonnent leurs études s'inscrivent auprès du service public de l'emploi, qui met fortement l'accent sur la première expérience professionnelle des jeunes et effectue un suivi régulier des problèmes mentaux (OCDE, 2013a).

L'accès au traitement des troubles mentaux

Une prise en charge précoce est également un enjeu pour le système de santé. Les insuffisances dans la prise en charge sont fréquentes dans la plupart des pays et le délai entre l'apparition des troubles et le premier traitement tend malheureusement à être très long – plus de dix ans en moyenne selon certaines études. Pourtant le traitement est bien plus efficace au cours des premiers stades de la maladie, lorsque les personnes sont généralement encore bien intégrées dans la communauté, le milieu scolaire ou l'emploi. Il est inquiétant de constater que, dans de nombreux pays de l'OCDE, c'est parmi les jeunes que les taux de prise en charge sont particulièrement insuffisants et que les temps d'attente avant de bénéficier de conseils ou d'une thérapie sont les plus longs. Or, certains pays ont récemment annoncé des compressions budgétaires dans les services de santé mentale, y compris pour les jeunes, du fait des réductions générales des dépenses de santé (en valeur réelle) (OCDE, 2014d). Améliorer l'accès aux soins de santé mentale doit

devenir une priorité. En outre, il est très important d'offrir un traitement approprié, en particulier pour les personnes souffrant de troubles mentaux légers à modérés dont le seul traitement, souvent, est médicamenteux (antidépresseurs, par exemple). Améliorer et diversifier les soins fournis dans les centres de soins primaires constitueraient une première étape intéressante (OCDE, 2014d). À cet égard, des mesures récemment prises en Australie et au Royaume-Uni visant à proposer plus de psychothérapies précisément en cas de troubles mentaux courants se sont révélées très efficaces – un peu moins toutefois pour les enfants que pour les adultes (OCDE, 2015b ; OCDE, 2014c). Par exemple, au Royaume-Uni, grâce au programme *Increased Access to Psychological Therapies*, 1.1 million de personnes souffrant de troubles mentaux courants ont bénéficié d'un traitement entre 2010 et 2012, avec un taux de rétablissement de 45 %.

Qui doit intervenir : Impliquer et responsabiliser les acteurs traditionnels

Les troubles mentaux ont longtemps été considérés comme un problème uniquement de santé, et relevant exclusivement du système de santé. Une meilleure compréhension des liens étroits entre la mauvaise santé mentale et la situation scolaire, sociale et professionnelle des individus a mis en lumière les carences de cette approche. La forte prévalence des troubles mentaux courants en fait une question de société. Les acteurs qui y sont confrontés quotidiennement et directement sont les mieux placés pour identifier les problèmes précocement, pour faire face à leurs effets et à leurs conséquences, et/ou enclencher une intervention précoce des professionnels de la santé mentale.

Le présent rapport identifie quatre groupes d'acteurs de première ligne particulièrement importants pour l'intégration durable sur le marché du travail des personnes souffrant d'une mauvaise santé mentale : les enseignants, les responsables hiérarchiques, les médecins généralistes et les agents des services de l'emploi. Trois types de mesures peuvent aider à les responsabiliser :

1. les sensibiliser au problème et à leur rôle dans sa prise en charge ;
2. renforcer leurs compétences en matière de santé mentale et leur aptitude à prendre les bonnes décisions au bon moment ;
3. mettre en place une structure de soutien accessible vers laquelle ils peuvent orienter les personnes souffrant de problèmes mentaux – étudiants, travailleurs, patients, demandeurs d'emploi – qui y seront rapidement et efficacement pris en charge.

Sensibiliser les acteurs de première ligne

Les problèmes de santé mentale restent non identifiés pendant encore trop longtemps. Et lorsque les acteurs de première ligne finissent par les repérer, ils ne sont pas toujours aptes à y faire face de manière adéquate. Le fait est que ces acteurs n'ont généralement pas les connaissances et l'expérience nécessaires pour venir en aide aux personnes présentant des signes de troubles mentaux, et ont souvent des difficultés à aborder les questions de santé mentale. En conséquence, les étudiants, les travailleurs et les demandeurs d'emploi atteints de troubles mentaux courent le risque d'être en échec scolaire, de perdre leur emploi ou de rester sans emploi pendant une longue période. Par exemple, lorsque les médecins délivrent un certificat de maladie, ils ne font généralement pas grand-chose pour aider les travailleurs souffrant d'un problème de santé mentale à faire face à leurs difficultés professionnelles et à reprendre le travail. Dans le pire des cas, les personnes finissent par bénéficier de prestations de longue durée, comme une pension

d'invalidité, simplement parce que leurs problèmes n'ont jamais été correctement pris en charge.

Sensibiliser les acteurs de premier plan à la forte prévalence des problèmes de santé mentale, et au rôle majeur qu'ils jouent dans les bons résultats des personnes concernées est une première étape primordiale. Les campagnes de lutte contre la stigmatisation menées dans de nombreux pays ont activement contribué à une plus grande sensibilisation en ciblant spécifiquement les acteurs de première ligne (par exemple, les campagnes en milieu de travail comme *Business in Mind,* en Australie, et le programme *Mentally Healthy Workplace,* au Royaume-Uni). Les instances professionnelles représentatives (comme les syndicats d'enseignants ou les associations de médecins généralistes) peuvent aussi jouer un rôle majeur dans cette sensibilisation, tout comme les employeurs au sein des entreprises et des services des ressources humaines. De même, l'engagement des dirigeants est nécessaire pour aider les services de l'emploi et les responsables opérationnels à comprendre quel doit être leur rôle.

Améliorer les compétences en santé mentale de tous les acteurs

Le développement des compétences en santé mentale est le second axe stratégique majeur. Les responsables opérationnels et les agents des services de l'emploi devraient recevoir une formation adaptée leur permettant de signaler les employés et les demandeurs d'emploi qui rencontrent des difficultés liées à des problèmes de santé mentale, de comprendre leurs effets et leurs conséquences en matière de travail et de performance, et de savoir comment réagir lorsqu'ils sont confrontés à ce type de problèmes. Ces connaissances leur permettront également de déterminer plus facilement ce qu'ils peuvent attendre d'un employé ou d'un demandeur d'emploi souffrant de troubles mentaux. Certains pays proposent déjà des outils de gestion spécifiquement adaptés pour aider ces acteurs de première ligne à identifier les situations critiques et à faire les bons choix au bon moment.

Pour les enseignants, et surtout les médecins généralistes, il faudrait revoir leur formation de base afin de leur permettre de mieux appréhender les troubles mentaux et leurs conséquences. Des discussions à ce propos sont en cours en Autriche et au Royaume-Uni. Certains pays – comme l'Australie et le Danemark – ont beaucoup investi, récemment, dans des formations en santé mentale à l'intention des médecins généralistes. Ils financent également les soins de santé mentale dispensés par les médecins qui suivent ces formations (OCDE, 2015b ; OCDE, 2013c). La formation des médecins doit être solide car ils sont généralement le premier point de contact des personnes souffrant de troubles mentaux et, souvent, les seuls professionnels de la santé à les prendre en charge.

La formation des médecins généralistes devrait fortement mettre l'accent sur leur aptitude à gérer les questions relatives aux capacités de travail, aux exigences du marché du travail, et aux certificats de maladie, en particulier en lien avec les troubles mentaux. En effet, de plus en plus de pays de l'OCDE demandent aux médecins de délivrer des certificats de maladie qui précisent ce que les patients sont encore capables de faire. On peut citer en exemple les *certificats d'aptitude*, par opposition aux certificats de maladie, que les médecins britanniques doivent remplir, et le *dossier d'aptitude à l'emploi* que les médecins généralistes danois doivent compléter en plus du certificat de maladie traditionnel (OCDE, 2014c ; OCDE, 2013c). Les lignes directrices concernant les certificats de maladie spécifiques au diagnostic, comme celles élaborées en Suède, vont également dans ce sens (OCDE, 2013d).

L'accès à un soutien professionnel

Le troisième élément majeur de la responsabilisation des acteurs traditionnels en matière de gestion des troubles mentaux est une structure de soutien facilement accessible qui propose une prise en charge professionnelle rapide et adaptée aux personnes souffrant d'une mauvaise santé mentale (étudiants, employés, patients, demandeurs d'emploi). Les établissements scolaires de certains pays disposent déjà de telles structures, comme les équipes de soins externes aux Pays-Bas, et les centres d'orientation pour les jeunes en Belgique (OCDE, 2013a ; OCDE, 2014b). Mais elles prennent généralement en charge des jeunes atteints de troubles plus sévères. Pour les personnes souffrant de troubles légers à modérés, le soutien, et même le traitement, provient le plus souvent des professionnels de première ligne – par exemple, des éducateurs et des enseignants formés en psychologie pour les étudiants souffrant de problèmes sociaux ou émotionnels en Autriche ou, en Australie, le programme *Youth Connections* qui s'occupe des jeunes marginalisés (OCDE, 2015b ; OCDE, 2015a).

Les employeurs et les responsables opérationnels ont rarement accès à un soutien professionnel. Certains pays, surtout dans l'Europe du Nord et en Europe occidentale, disposent de systèmes de médecine du travail bien développés qui soutiennent les employeurs et, dans une certaine mesure, les employés. Mais les médecins du travail manquent eux aussi souvent de connaissances en santé mentale, et très peu de pays font appel à des psychologues du travail. Dans les pays anglophones, les programmes d'assistance aux travailleurs sont courants, et les grandes entreprises, dans tous les pays de l'OCDE, sont de plus en plus nombreuses à mettre en place leurs propres unités de santé. Toutes ces approches sont prometteuses, mais elles sont peu utilisées par les travailleurs qui en ont besoin et n'existent pas dans les PME, où le manque de moyens et de connaissances ne permet pas le développement de tels services d'assistance. Les lacunes observées dans les PME pourraient être comblées par une plus grande activité des comités d'entreprise et des syndicats dans ce domaine, en coopération avec l'employeur, et avec l'apport de ressources publiques.

La mesure dans laquelle les agents des services de l'emploi ont accès à un soutien professionnel varie aussi beaucoup. Les services de l'emploi de quelques pays (comme la Suède) comptent quelques psychologues dans leurs rangs, mais pas en nombre suffisant pour intervenir rapidement aux côtés des conseillers emploi (OCDE, 2013d). La Belgique dispose d'un système d'assistance plus élaboré pour les troubles sévères diagnostiqués, mais pas pour les troubles mentaux courants (OCDE, 2013a). D'autres pays (comme le Danemark) font appel à des agents ayant reçu une formation en psychologie qui travaillent avec les demandeurs d'emploi souffrant de troubles mentaux courants. Comme le nombre de dossiers qu'ils ont à traiter est limité, ils obtiennent de très bons résultats, mais cette démarche ne concerne que quelques individus (OCDE, 2013c). Un plus grand investissement dans le soutien que des professionnels peuvent apporter nécessite de mettre davantage en lumière tout l'intérêt que cela peut présenter pour le régime même de l'assurance chômage.

Les médecins généralistes, eux aussi, doivent pouvoir avoir accès rapidement à un soutien professionnel en cas de besoin. Renvoyer des patients ayant des problèmes de santé mentale vers des spécialistes, en particulier des psychiatres, au sein du système de santé n'est ni suffisant, ni la solution toujours la mieux adaptée. Non seulement les patients doivent faire face à de très longs délais d'attente, dans la plupart des pays, mais, de plus, tous n'ont pas besoin de consulter un spécialiste, dont les soins sont par ailleurs généralement coûteux. Une solution complémentaire pourrait être la présence de

prestataires de santé mentale dans les structures de soins primaires. L'Australie et les Pays-Bas ont récemment décidé de débloquer des financements pour permettre aux médecins généralistes d'embaucher des infirmières en santé mentale (OCDE, 2015b ; OCDE, 2014b). Aux Pays-Bas, 62 % des médecins généralistes proposent désormais un soutien supplémentaire dispensé par des infirmières en santé mentale. Dans les deux pays, cette évolution a permis l'amélioration de l'accès au traitement, une meilleure observance des traitements, et une relation plus étroite avec les médecins spécialisés en santé mentale.

Comment intervenir : Mettre en place des politiques et une offre de services intégrées

Un des principaux problèmes rencontrés dans l'ensemble des pays étudiés est l'inadéquation entre les besoins des personnes ayant une mauvaise santé mentale et les services proposés. De nombreuses personnes souffrant de troubles mentaux ont besoin à la fois d'un soutien à la santé *et* d'un soutien à l'emploi. Mais elles ne bénéficient généralement que de l'un ou de l'autre, et parfois d'aucun des deux. Cette inadéquation – et insuffisance – est inquiétante compte tenu des nombreuses données montrant que la mauvaise santé mentale peut être un obstacle à l'emploi, et le travail une composante essentielle du rétablissement.

En général, les secteurs de la santé mentale et de l'emploi fonctionnent indépendamment l'un de l'autre, avec des démarches et des objectifs différents, et souvent sous la responsabilité d'autorités publiques distinctes. Les services médicaux cherchent à traiter les personnes souffrant de troubles mentaux et à améliorer leurs symptômes et leur bien-être au quotidien, souvent sans vraiment se soucier des questions liées à l'emploi et au milieu de travail. De leur côté, les services de l'emploi ont pour objectif de maintenir les employés au travail ou de remettre les personnes sur le marché du travail grâce à des activités de formation et de réinsertion (par exemple, en subordonnant le droit aux prestations à la participation à des activités de retour au travail ou à la recherche active d'un emploi), mais ne prennent généralement pas en charge les nombreux problèmes de santé des employés ou des demandeurs d'emploi, ou attendent qu'ils reviennent de leur traitement « guéris ». Ce mode de fonctionnement ne peut répondre qu'à certains des besoins des personnes atteintes de troubles mentaux, ce qui donne des résultats inégaux sur le plan social et de l'emploi.

Des approches plus intégrées mises en œuvre progressivement

Les pouvoirs publics des pays de l'OCDE réagissent peu à peu par le biais de différentes approches qui prennent en compte les besoins en termes d'emploi et de santé (Arends et al., 2014). Plusieurs pays ont introduit des initiatives et des plans d'action interministériels en matière de santé mentale qui mettent de plus en plus l'accent sur le maintien dans l'emploi ou l'accès à l'emploi. Le programme australien *Ten-Year Roadmap for National Mental Health Reform* et, surtout, le plan norvégien *National Strategic Plan for Work and Mental Health* illustrent cette évolution (OCDE, 2015b ; OCDE, 2013b). Ces initiatives prometteuses doivent aller de pair avec la définition d'objectifs clairs et le suivi de leur réalisation. L'*Outcomes Framework* du service national de santé anglais (NHS) a récemment franchi une étape supplémentaire vers une approche intégrée en utilisant deux objectifs de résultats en lien avec l'emploi qui concernent le taux d'absence pour maladie et le taux d'emploi des personnes souffrant d'un handicap ou d'une mauvaise santé mentale, en plus d'une série d'indicateurs plus

spécifiquement axés sur la santé. Effectuer un suivi des réalisations de chaque acteur est nécessaire pour veiller à ce que toutes les parties prenantes s'engagent pleinement dans la réorientation des priorités.

Certains pays se sont rapprochés d'un modèle d'intégration des services de santé et de l'emploi. Ils ont élaboré des politiques en vertu desquelles les différents secteurs sont transparents quant aux actions qu'ils mènent, partagent leurs informations et leurs connaissances, et ont trouvé des solutions pour traiter les problèmes de confidentialité. On peut citer en exemple la communication systématique entre le secteur de la santé mentale et le service public de l'emploi aux Pays-Bas, et entre la sécurité sociale et le service public de l'emploi en Autriche (OCDE, 2014b ; OCDE, 2015a), deux initiatives visant les personnes souffrant de troubles mentaux plus sévères qui risquent de tomber dans le chômage de longue durée ou dans l'inactivité.

La Suède est même allée plus loin en rendant les services proposés par différents prestataires plus cohérents par le biais d'une coordination financière : les ressources de la sécurité sociale, du service public de l'emploi et de l'aide sociale municipale sont mises en commun afin de proposer des services de réadaptation professionnelle plus intégrés (OCDE, 2013d). De même, la Suisse a expérimenté une coopération interinstitutionnelle, fût-ce avec une beaucoup plus grande diversité dans les approches au niveau du pays (OCDE, 2014a).

Les responsables publics, dans certains pays, ont tenté de proposer les services adéquats aux bénéficiaires par le biais de partenariats entre différents secteurs, une institution unique assurant la gestion du cas et coordonnant les services fournis. Le programme élaboré par le service de l'emploi flamand en coopération avec les secteurs de la santé mentale et de la protection sociale constitue un bon exemple. Il rassemble un conseiller du service de l'emploi (qui est également le coordinateur), un conseiller du secteur de la santé mentale, et un conseiller en autonomisation du secteur social (OCDE, 2013a). Un autre exemple est celui du nouveau modèle danois de réadaptation professionnelle conçu pour prévenir les demandes de prestations d'invalidité. Il est coordonné par l'agence pour l'emploi municipale et implique les services de santé, les services sociaux et le secteur de l'éducation (OCDE, 2013c).

Exemples prometteurs d'une offre de services pleinement intégrée

Quelques pays progressent réellement vers la fourniture parallèle de services de santé mentale et de services de l'emploi (ou éducatifs) véritablement intégrés. Deux approches sont possibles :

1. des services mieux intégrés *au sein d'un même secteur* grâce à la fourniture d'un soutien à l'emploi dans le système de santé et de soins de santé dans le système de l'emploi ;
2. des services fournis par *une nouvelle entité* spécialisée dans la fourniture de services intégrés.

De bons exemples de services intégrés au sein d'un secteur se trouvent dans le secteur de la santé. Le dispositif *Individual Placement and Support* (IPS) en faveur des personnes souffrant de troubles mentaux sévères est le plus connu à cet égard. Il est régulièrement procédé dans ce cadre à une évaluation de la fidélité aux principes du modèle. Un élément clé du modèle est le soutien continu tant pour l'employeur que pour l'employé qui vise à assurer l'apprentissage en milieu de travail et à prévenir les abandons même si le maintien dans l'emploi demeure le principal défi.

Un autre exemple qui illustre la façon dont les prestataires de services de santé mentale œuvrent, par-delà les frontières sectorielles, au soutien des personnes souffrant de troubles mentaux courants est la collaboration mise en place entre un conseiller en emploi et un psychothérapeute dans le cadre de l'initiative *Improving Access to Psychological Therapy,* au Royaume-Uni (OCDE, 2014c). Une étude pilote de cette initiative révèle que grâce au soutien apporté par les conseillers en emploi, 63 % des patients en arrêt-maladie ont pu retourner au travail.

Le programme australien *Headspace* constitue un bon exemple de nouvelle entité fournissant des services intégrés. Il propose de tels services, pour la plupart gratuitement, aux jeunes de 12 à 25 ans, qui se présentent le plus souvent spontanément, et touche fréquemment des jeunes atteints de troubles mentaux non diagnostiqués – une évaluation récente des participants au programme montre que 17 % présentent une pathologie mentale de niveau inférieur au seuil de diagnostic (OCDE, 2015b).

Les responsables publics pourraient développer toutes ces approches concurremment afin d'œuvrer à l'amélioration de la situation sur le marché du travail des personnes souffrant de troubles mentaux. La réussite passe immanquablement par : i) l'harmonisation des objectifs stratégiques et des incitations financières ; ii) une application rigoureuse ; et iii) une évaluation continue. Le premier critère est particulièrement important pour que les différentes institutions et les différents professionnels de tous les secteurs concernés fournissent de concert un soutien axé sur la personne.

Harmoniser les objectifs et les mesures incitatives

En principe, l'harmonisation des objectifs stratégiques des différents secteurs ne devrait pas être compliquée car les secteurs de la santé et de l'emploi cherchent tous les deux à améliorer l'aptitude des individus à participer à la société. La réalisation de cet objectif peut être favorisée en veillant à ce que l'ensemble des professionnels comprenne bien les interrelations entre la santé mentale et l'emploi, et comment les actions menées dans un domaine ont des répercussions dans l'autre.

Il faudra toutefois proposer de meilleures compensations et incitations financières aux parties prenantes et aux professionnels s'ils doivent mettre en place et participer à la fourniture de services intégrés. Le système de santé est trop axé sur la reconnaissance du recours répété aux services de santé, et insuffisamment sur la prise en charge efficace des besoins en santé mentale, notamment sur le plan de l'emploi. De même, les services publics de l'emploi qui essaient d'aider leurs clients à réussir leur réintégration professionnelle ont besoin de plus de ressources et de meilleures mesures incitatives pour prendre en charge les problématiques de santé mentale de leurs clients. La coordination financière et la mise en commun des ressources entre les secteurs contribuent à la résolution de ce problème.

Il est également souhaitable d'établir des obligations et des directives plus claires concernant quand et comment faire appel à la fourniture de services intégrés, et comment et quand investir dans ce domaine. Dans la mesure du possible, les règles et réglementations devraient être contraignantes pour tous les acteurs : si l'intégration des services se fait sur la base du volontariat, l'adhésion ne sera pas générale, ce qui peut nuire à l'amélioration des résultats au niveau macro.

Une mise en œuvre et une évaluation de qualité

Les initiatives actuelles pâtissent souvent de la disparité entre les ambitions affichées et la modestie des moyens déployés pour leur mise en œuvre. Les stratégies pangouvernementales, par exemple, visent à établir un programme permettant d'améliorer les politiques de manière globale, mais omettent souvent de définir clairement ce que chaque partie prenante doit faire pour réaliser ces objectifs. Et la mise en œuvre ne peut être laissée à la seule appréciation des différents acteurs. Une volonté forte, tant au niveau politique que de l'encadrement professionnel, est nécessaire pour faire évoluer les pratiques et sensibiliser à la nécessité de mettre en place des services intégrés à tous les niveaux d'une organisation et aux conséquences qu'entraîne la non-fourniture de ces services. Il est indispensable d'attribuer les rôles clairement et d'effectuer un suivi continu des pratiques récemment mises en œuvre.

L'évaluation des politiques, également, demande à être améliorée. Les responsables publics devraient pouvoir s'appuyer sur de meilleures données et une meilleure connaissance de la situation sociale, sanitaire et de l'emploi pour pouvoir décider quelles politiques poursuivre et quelles autres mettre à l'essai. Tous les acteurs impliqués doivent avoir accès à un retour d'information continu pour garantir une amélioration de la mise en œuvre des politiques et de la prestation des services. L'évaluation rigoureuse des nouveaux services ou programmes d'intervention exige des études (pilotes) bien conduites sur le plan méthodologique, avec un groupe témoin et une distribution aléatoire, une collecte systématique des données et, surtout, la mesure des résultats à plus long terme sur le marché du travail des personnes souffrant d'une mauvaise santé mentale.

Orientations futures pour des services intégrés plus efficaces

Certaines personnes cherchent de l'aide auprès du système de santé et d'autres auprès du système de l'emploi. Ceci ne devrait pas avoir d'importance. Chaque secteur devrait pouvoir fournir des services intégrés correspondant aux besoins des demandeurs, ce qui implique que tous les secteurs doivent acquérir une meilleure compréhension des besoins des individus atteints de troubles mentaux. Une fourniture plus intégrée des services *au sein de chaque secteur* – par exemple par le biais de conseils en matière d'emploi dans le système de santé mentale et d'une expertise psychologique dans les services de l'emploi – semble l'approche la plus simple à mettre en place et la plus efficace car elle exige moins d'harmonisation au niveau des objectifs et des incitations des professionnels impliqués.

Des services de santé mentale et d'emploi intégrés peuvent, s'ils sont mis en œuvre de manière rigoureuse, améliorer les résultats sur le marché du travail des personnes souffrant d'une mauvaise santé mentale. Toutefois, certains des bénéfices seront réalisés dans des secteurs autres que ceux ayant effectué les investissements, et tous les secteurs ne verront pas leurs coûts se réduire, ou du moins pas dans la même mesure ou pas dans l'immédiat. Il est essentiel d'exposer l'intérêt économique pour chaque secteur (par exemple les systèmes de santé et de protection sociale), pour chaque entité au sein d'un secteur (par exemple les systèmes d'invalidité et d'assurance-chômage), et pour l'économie dans sa globalité.

Vers de meilleures politiques : le Cadre d'action de l'OCDE en matière de santé mentale et d'emploi

Le renforcement des politiques relatives à la santé mentale et à l'emploi dans le but d'améliorer les résultats sur le marché du travail et au plan social des personnes souffrant de troubles mentaux et, plus généralement, d'améliorer la résilience en termes de santé mentale nécessite des actions concertées dans un large éventail de domaines. Ces actions doivent être synchronisées, poursuivant les mêmes objectifs et s'inscrivant dans un même cadre.

Aider les jeunes grâce à des politiques d'éducation et de sensibilisation à la santé mentale

Développer les compétences en santé mentale des enseignants et des autorités éducatives :

- Intégrer les compétences en santé mentale dans le programme de formation des enseignants ;
- Investir dans des programmes de prévention en santé mentale dans les établissements scolaires (capacités d'adaptation, apprentissage émotionnel, etc.) ;
- Garantir un nombre suffisant de professionnels ayant bénéficié d'une formation en psychologie dans les établissements scolaires.

Assurer aux étudiants un accès sans retard à un soutien coordonné en cas de mauvaise santé mentale :

- Garantir des délais d'attente réduits dans le secteur des soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents ;
- Mettre en place une structure de soutien en lien avec les établissements scolaires et les autres services pour la jeunesse qui propose des services intégrés gratuitement à tous les jeunes en mettant particulièrement l'accent sur les troubles mentaux courants.

Investir dans la prévention du décrochage scolaire et venir en aide aux jeunes souffrant de troubles mentaux qui abandonnent leurs études :

- Produire une base de connaissances solide sur le lien entre l'abandon des études et la mauvaise santé mentale ;
- Effectuer un suivi du décrochage scolaire, surveiller les signes de troubles mentaux chez les décrocheurs et apporter un soutien dans tous les cas.

Apporter un soutien efficace pour la transition de l'école à la vie active

- Veiller à la bonne transition vers les études supérieures et le monde du travail des jeunes souffrant de troubles mentaux courants, par des conseils professionnels et en leur assurant l'accès à des traitements ;
- Impliquer le service public de l'emploi le plus tôt possible en exigeant que tous les jeunes qui abandonnent prématurément leurs études s'inscrivent à l'agence locale pour l'emploi, renforcer les capacités des services publics de l'emploi à prendre en charge les jeunes atteints de troubles mentaux et resserrer les liens entre les établissements scolaires et les services publics de l'emploi ;
- Faire en sorte que les jeunes atteints de troubles mentaux ne deviennent pas définitivement dépendants des prestations d'invalidité en proposant des programmes de réadaptation pluridisciplinaires efficaces et dotés de ressources suffisantes.

Vers un système de soins de santé mentale axé sur l'emploi

Garantir un accès rapide à un traitement efficace des troubles mentaux :

- Augmenter la capacité du système de santé mentale en mettant moins l'accent sur les soins coûteux de spécialistes et davantage sur les capacités de prise en charge des troubles mentaux courants au niveau des soins primaires ;
- Envisager le recours à des psychothérapies en ligne en veillant à la bonne observance du traitement.

Vers de meilleures politiques : le Cadre d'action de l'OCDE en matière de santé mentale et d'emploi *(suite)*

Proposer des formations et du soutien aux médecins généralistes pour faire face à la maladie mentale :

- Renforcer le programme de formation initiale des médecins généralistes pour inclure une formation en santé mentale ;
- Rémunérer les médecins généralistes pour le temps qu'ils passent à parler avec leurs patients atteints de troubles mentaux ;
- Assurer des financements aux médecins généralistes pour leur permettre d'intégrer des infirmières en santé mentale et des psychologues dans leur pratique.

Améliorer les mécanismes incitatifs et les outils à la disposition des médecins généralistes pour appréhender les problématiques d'emploi et de maladie :

- Modifier les pratiques en matière de certificats d'absence pour mettre l'accent sur la capacité de travail (« certificats d'aptitude ») ;
- Élaborer des lignes directrices spécifiques en fonction des maladies à l'intention des médecins généralistes sur les pratiques en matière de certificats de maladie et de retour au travail ;
- Prévoir des financements pour les spécialistes de l'emploi qui assistent les médecins dans leur pratique.

Renforcer le volet emploi du système de santé mentale :

- Introduire des résultats relatifs à l'emploi dans les cadres de qualité et de performance du système de santé mentale ;
- Intégrer un soutien à l'emploi dans le programme de traitement des personnes souffrant de troubles mentaux courants ;
- Élaborer des programmes d'emploi aidé pour les personnes souffrant de troubles mentaux légers à modérés.

Améliorer les politiques en milieu de travail et les mécanismes de soutien et incitations en direction des employeurs

Adopter une législation sur la prévention des risques psychosociaux :

- Spécifier les obligations de l'employeur en matière d'évaluation des risques psychosociaux et de prévention des risques ;
- Fournir des outils et des aides pour permettre aux employeurs d'adapter l'environnement psychosocial de travail ;
- Redéployer les ressources des inspections du travail et des services de la médecine du travail (lorsqu'ils existent) de façon à tenir compte comme il convient de l'incidence et de l'impact des problématiques psychosociales.

Améliorer la réponse des responsables opérationnels face aux problèmes de santé mentale des travailleurs :

- Proposer des formations en santé mentale aux responsables opérationnels et à leurs équipes ;
- Mettre à disposition des responsables opérationnels des boîtes à outils leur indiquant comment faire face au mieux aux problèmes de santé mentale des travailleurs ;
- Renforcer les connaissances en santé mentale dans les services des ressources humaines, pour soutenir et superviser les responsables opérationnels ;
- Encourager le dépistage des troubles mentaux chez les salariés et financer des interventions de courte durée.

Vers de meilleures politiques : le Cadre d'action de l'OCDE en matière de santé mentale et d'emploi *(suite)*

Concevoir un processus efficace de gestion du retour au travail :

- Établir des services de conseil sur l'aptitude au travail financés sur fonds publics et dotés de compétences en santé mentale pour venir en aide précocement aux travailleurs déclarés malades ;
- Favoriser un retour progressif au travail, ce qui permet aussi d'aider à retrouver de pleines capacités de travail ;
- Renforcer le rôle des médecins et psychologues en milieu professionnel.

Renforcer les mécanismes incitatifs et les obligations en direction des employeurs concernant la prévention et la prise en charge des absences pour maladie :

- Accroître la responsabilité des employeurs dans la planification du retour à l'emploi des salariés malades ;
- Encourager les rencontres entre employeurs, salariés atteints de troubles mentaux et médecins traitants ;
- Étendre l'obligation de financer le congé maladie pour inciter à prévenir les absences et à favoriser le retour au travail.

Adapter les systèmes de prestations et les services de l'emploi aux demandeurs souffrant de troubles mentaux

Prévenir les demandes de prestations d'invalidité pour troubles mentaux :

- Mettre l'accent sur l'identification précoce des personnes ayant besoin d'un soutien et sur les interventions précoces en faveur de ces personnes, avec des mesures de réadaptation médicale professionnelle axées sur les personnes souffrant de troubles mentaux ;
- Mieux reconnaître la capacité de travail des personnes souffrant de troubles mentaux, et limiter les prestations d'invalidité aux personnes incapables de travailler de manière permanente.

Identifier et soutenir les demandeurs d'emploi souffrant de troubles mentaux :

- Utiliser des outils adaptés pour identifier les problèmes de santé mentale des demandeurs d'emploi et les obstacles au marché du travail qui en découlent ;
- Mettre en œuvre des directives claires à l'intention des travailleurs sociaux sur ce qu'il faut faire lorsque des problèmes de santé mentale se présentent ;
- Garantir l'accès des demandeurs d'emploi ayant des problèmes de santé mentale aux services ordinaires ou à des services spécialisés, tout en évitant autant que faire se peut les dérogations aux obligations de participation ;
- Adapter le processus de gestion des performances des services de l'emploi afin de veiller à ce qu'une attention suffisante soit accordée aux demandeurs d'emploi souffrant d'une mauvaise santé mentale.

Investir dans les compétences en santé mentale de tous les acteurs du système de prestations :

- Instaurer des formations en santé mentale pour tous les conseillers et travailleurs sociaux ;
- Mettre en place des capacités de conseil en psychologie facilement accessibles au sein des services de l'emploi et des bureaux d'aide sociale.

Développer des services intégrés de santé et d'emploi dans le secteur de l'emploi :

- Mutualiser les ressources avec le système de santé ou acheter des services auprès du secteur de la santé pour fournir des services de réadaptation intégrés pluridisciplinaires ;
- Élaborer des programmes destinés aux demandeurs d'emploi et aux clients de l'aide sociale souffrant de troubles mentaux courants en combinant le conseil psychologique et les services de placement ou les programmes d'insertion.

RÉFÉRENCES

Arends, I., N. Baer, V. Miranda, C. Prinz et S. Singh (2014), « Mental Health and Work: Achieving Well-Integrated Policies and Service Delivery », *Documents de travail de l'OCDE : questions sociales, emploi et migrations*, n° 160, Éditions OCDE, Paris, http://dx/doi/org/ 10.1787/5jxsvvn6pq6g-en.

Layard, R. (2013), « Mental health: the new frontier for labour economics », *IZA Journal of Labor Policy*, vol. 2013, n° 2, p. 2.

OCDE (2015a, à paraître), *Mental Health and Work: Austria*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE (2015b, à paraître), *Mental Health and Work: Australia*, Éditions OCDE, Paris.

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

OCDE (2014b), *Mental Health and Work: Netherlands*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264223301-en.

OCDE (2014c), *Mental Health and Work: United Kingdom*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264204997-en.

OCDE (2014d), *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*, Éditions OCDE, Paris, http://dx/doi/org/10.1787/9789264208445-en.

OCDE (2013a), *Santé mentale et emploi : Belgique*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264187597-fr.

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

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

OCDE (2013d), *Mental Health and Work: Sweden,* Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264188730-en.

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

Chapitre 1

Santé mentale et emploi : Arguments en faveur d'une intervention plus forte des pouvoirs publics

La santé mentale a un coût élevé pour les personnes concernées, les employeurs, le marché du travail, le système de protection sociale et l'économie en général. Cela s'explique par la forte prévalence des problèmes de santé mentale, leur caractère précoce qui perturbe le parcours scolaire et la transition de l'école au travail, l'insuffisance de traitements, les besoins non satisfaits de soins, ainsi que par une stigmatisation importante associée à la maladie mentale, en particulier sur le lieu de travail.

Les principaux résultats concernant la santé mentale et l'emploi comprennent :

- *Un écart important en matière d'emploi et de fort taux de chômage pour les personnes atteintes de troubles mentaux.*
- *Des performances moindres parmi les travailleurs avec des problèmes de santé mentale.*
- *Une forte prévalence des problèmes de santé mentale dans tous les systèmes de prestations sociales destinés aux personnes d'âge actif.*
- *Un risque de pauvreté beaucoup plus élevé pour les personnes atteintes de troubles mentaux.*

La santé mentale est une variable clé de la vie des gens comme de la croissance et du développement économiques. Elle est étroitement liée au bien-être et à la qualité de vie, et en cas de troubles mentaux, ce sont le parcours scolaire, l'employabilité et les résultats professionnels qui sont pénalisés. Ces troubles, en particulier lorsqu'ils sont légers à modérés, touchent à tout moment jusqu'à 20 % de la population d'âge actif, ce qui constitue une preuve supplémentaire de leur importance d'un point de économique. Les coûts et gains considérables associés à la santé mentale en font une question centrale, non seulement dans les politiques de santé des pays de l'OCDE, mais aussi dans leurs politiques sociales et du marché du travail.

Définir et évaluer les troubles mentaux

Définir la mauvaise santé mentale

Le présent rapport définit la mauvaise santé mentale comme tout état dont les symptômes atteignent le seuil d'identification clinique permettant de poser un diagnostic. C'est une définition qui se base sur la dixième édition de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM-10) et sur la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5).

Le rapport porte principalement sur les troubles légers à modérés, qui sont le plus fréquemment des troubles de l'humeur ou de type anxieux. Les expressions « troubles mentaux courants », « mauvaise santé mentale », « troubles mentaux », « problèmes de santé mentale » sont, ici, utilisées indifféremment pour y faire référence.

Mesurer les conséquences de la mauvaise santé mentale sur le plan professionnel et social

Identifier et évaluer la mauvaise santé mentale est tout sauf simple. Les données administratives comprennent souvent les codes CIM et DSM attribués par exemple à un patient ou à un bénéficiaire de pension d'invalidité suite à une évaluation médicale. Mais elles ne sont pas très utiles lorsqu'il s'agit d'évaluer les résultats sur le plan social et sur le marché du travail des personnes souffrant de problèmes mentaux. Pour évaluer ces résultats, le présent rapport utilise des données issues d'enquêtes nationales sur la santé. Elles associent des informations concernant le travail et l'auto-évaluation des répondants de leur santé mentale, évaluée à l'aide d'instruments validés (comme l'échelle de détresse psychologique de Kessler K10). Ces instruments se sont révélés être de bons substituts aux enquêtes cliniques approfondies.

Comparer les conséquences de la mauvaise santé mentale sur le plan professionnel et social

Ce rapport a pour objectif de mesurer et de comparer non pas la fréquence des troubles mentaux dans la population d'âge actif des différents pays, mais leurs conséquences sociales et professionnelles. À cette fin, on suppose que la prévalence des troubles mentaux dans l'OCDE est de 20 %, qui est le taux systématiquement observé dans les études épidémiologiques menées par les différents pays. Ceci permet de comparer les résultats entre des pays culturellement différents et aussi dans le temps entre divers instruments de santé mentale. Un examen plus détaillé de cette approche et de ses éventuelles conséquences, ainsi que de la sensibilité des hypothèses pour les résultats obtenus, est disponible dans le rapport de l'OCDE intitulé *Mal-être au travail ?* (OCDE, 2012).

Résultats clés et défis majeurs

Un nombre croissant d'articles et d'ouvrages soulignent l'immense charge épidémiologique que représentent les troubles mentaux. Selon l'Étude sur la charge mondiale de morbidité de 2010, par exemple, les troubles mentaux et la toxicomanie sont les principales causes des années vécues avec une incapacité (AVI), soit 175 millions d'années dans le monde en 2010 (Whiteford et al., 2013). La charge économique qui en résulte est également lourde, la mauvaise santé mentale coûtant très cher aux individus et à l'économie.

Les troubles mentaux pèsent lourdement sur les économies de l'OCDE

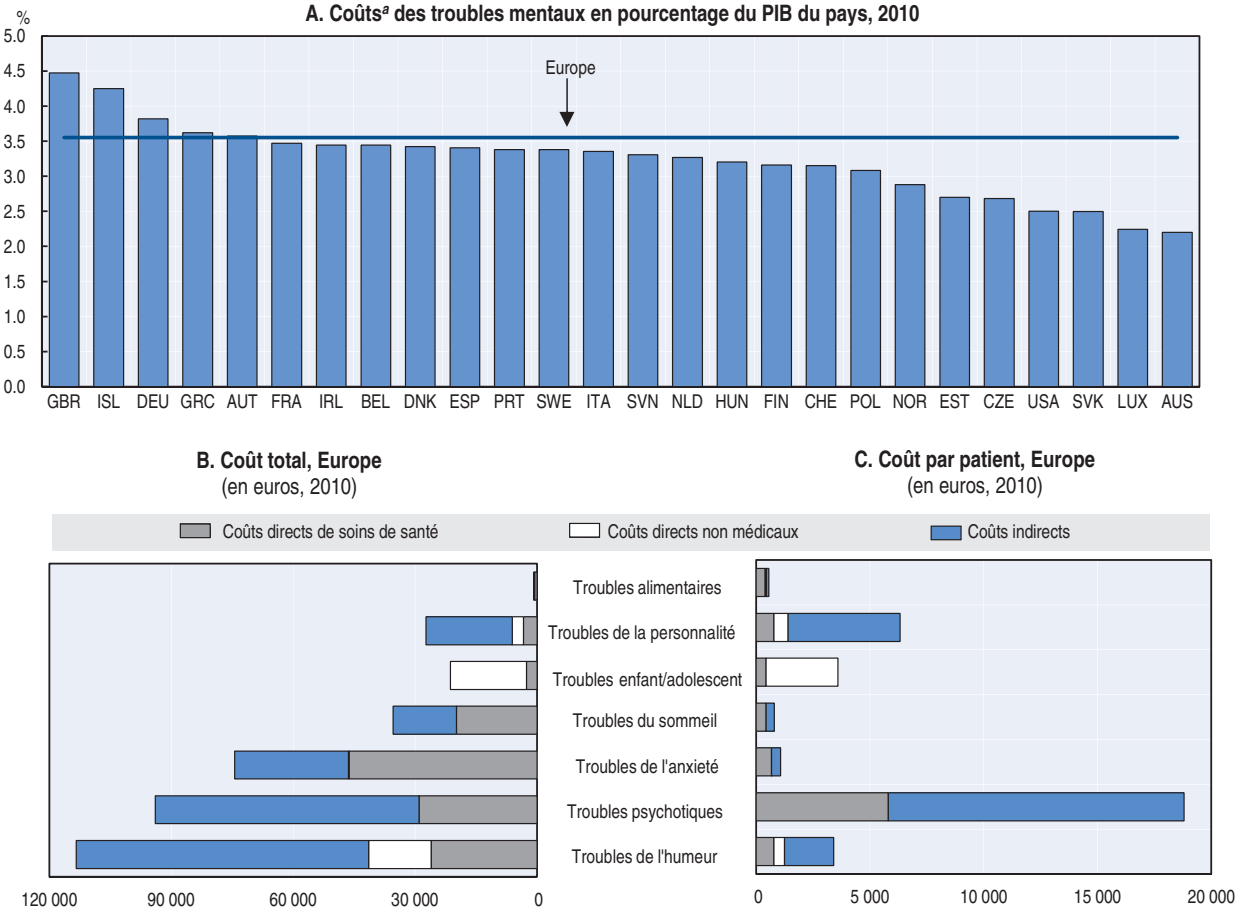
Il existe des lacunes importantes sur le plan de l'information, qui rendent difficile l'évaluation des coûts totaux engendrés par les troubles mentaux. Ces coûts sont de différentes natures : directs (en particulier pour les systèmes de santé), indirects (surtout pour les systèmes de prestations) et intangibles (principalement les pertes de productivité du travail). Dans l'Union européenne, un projet à grande échelle mené pays par pays et maladie par maladie estime que le coût total des troubles mentaux s'élevait à environ 3.5 % du PIB en 2010 (graphique 1.1, partie A). Les estimations concernant des pays non européens, comme l'Australie et les États-Unis, donnent des résultats similaires. L'étude européenne révèle que les coûts indirects et intangibles – hausse des prestations et baisse de la productivité – représentent plus de la moitié du total estimé (Gustavsson et al., 2011).

L'estimation de l'étude à 3.5 % du PIB est considérable, mais elle reste néanmoins prudente, et ce, pour deux raisons majeures. Premièrement, elle n'inclut pas les troubles liés à l'abus de drogues. Deuxièmement, les seuls coûts indirects considérés sont les dépenses de prestations maladie et invalidité. Elle ne prend pas en compte les dépenses générées par les troubles mentaux dans d'autres régimes de prestations sans lien avec la santé. En outre, elle ne considère que les pertes de productivité engendrées par les employés souffrant de troubles mentaux, et pas les incidences sur la productivité de leurs collègues.

L'étude européenne donne également la part des différents troubles mentaux dans le total des coûts. Les principaux facteurs sont les troubles de l'humeur, les psychoses et les troubles anxieux. Les troubles psychotiques présentent des coûts élevés par individu, tandis que c'est leur grande prévalence qui explique les coûts importants engendrés par les troubles de l'humeur et les troubles anxieux. Les coûts par personne des troubles de l'humeur ne représentent qu'un sixième environ de ceux engendrés par les psychoses, et ceux induits par les troubles anxieux sont encore inférieurs. Les troubles de la personnalité affichent le deuxième coût par personne le plus élevé, presque exclusivement de manière indirecte (graphique 1.1, partie B).

Les coûts indirects élevés des problèmes de santé mentale sont, dans une certaine mesure, le résultat d'un investissement insuffisant dans les soins de santé mentale. Les troubles mentaux sont, par exemple, responsables de 23 % de la charge de morbidité totale au Royaume-Uni, mais ne représentent que 13 % des dépenses de son système national de santé (NHS) (OCDE, 2014).

Graphique 1.1. **Les troubles mentaux entraînent des coûts très importants pour la société**



Note : En partie A les données sont exprimées en pourcentage du PIB basées sur des données exprimées en millions de standard de pouvoir d'achat (SPA) pour les pays européens tandis que les données pour l'Australie et les États-Unis (2005 au lieu de 2010) sont exprimées en pourcentage du PIB.

a. Les estimations présentées dans cette étude ont été établies par type de maladie, et couvrent la totalité des principales catégories de troubles mentaux, ainsi que les troubles cérébraux. Le graphique tient compte exclusivement des troubles mentaux.

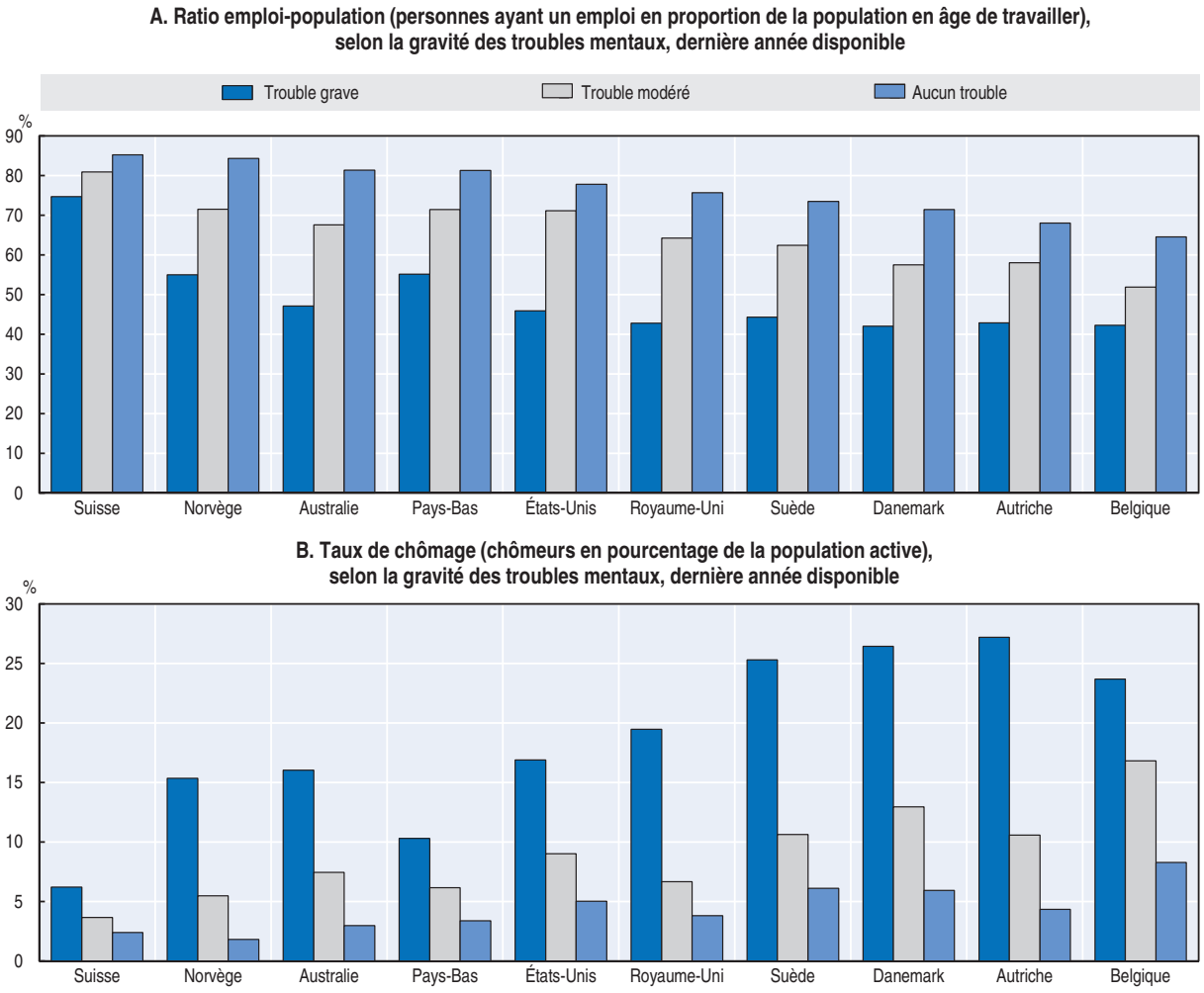
Source : Compilation établie par l'OCDE à partir de l'étude Gustavsson, A. et al. (2011), « Cost of disorders of the brain in Europe 2010 », *European Neuropsychopharmacology*, vol. 21, pp. 718–779 pour les pays européens ; Medibank Private Limited and Nous Group (2013), «The Case for Mental Health Reform in Australia: A Review of Expenditure and System Design », pour l'Australie ; et Bayer, R. (2005), « The Hidden Costs of Mental Illness », Upper Bay Counselling and Support Services pour les États-Unis.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933264851

Les troubles mentaux entravent la pleine participation au marché du travail

La plupart des personnes qui souffrent d'une mauvaise santé mentale travaillent. Même celles atteintes de troubles sévères sont 50 % à avoir un emploi (seule la Suisse affiche un taux bien plus élevé). Le fossé en matière d'emploi reste cependant significatif (graphique 1.2, partie A). Il est de 10 à 15 points de pourcentage pour les personnes atteintes de troubles mentaux légers à modérés, et de 25 à 30 points pour celles atteintes de troubles sévères (ici aussi, la Suisse fait exception). Bien que l'on dispose de peu de données sur les incidences du récent ralentissement économique sur cet écart en matière d'emploi, il s'est accentué dans la plupart des pays au cours de la décennie précédant la crise (OCDE, 2012).

Graphique 1.2. **L'écarts sont considérables en termes d'emploi et de chômage pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale**



Source : Enquêtes nationales sur la santé : Australie : National Health Survey 2011/12 ; Autriche : Health Interview Survey 2006/07 ; Belgique : Health Interview Survey 2008 ; Danemark : Danish National Health Survey 2010 ; Pays-Bas : POLS Health Survey 2007/09 ; Norvège : Level of Living and Health Survey 2008 ; Suède : Living Conditions Survey 2009/10 ; Suisse : Health Survey 2012 ; Royaume-Uni : Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007 ; États-Unis : National Health Interview Survey 2008.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933264862

De nombreuses personnes souffrant de troubles mentaux souhaitent travailler, mais ne parviennent pas à trouver un emploi. Dans l'OCDE, les personnes atteintes de troubles légers à modérés sont deux fois plus susceptibles d'être au chômage, tandis que le taux de chômage chez les personnes souffrant de troubles sévères est, dans de nombreux pays, quatre à cinq fois supérieur à celui observé chez les personnes sans problèmes mentaux (graphique 1.2, partie B). À ce propos aussi, on manque de données sur l'impact du récent ralentissement économique sur les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Cependant, avec l'augmentation du chômage de longue durée, elles ont probablement encore moins de chance de trouver un nouvel emploi.

Les employeurs sont eux-aussi fortement pénalisés par les problèmes de santé mentale

Même si la plupart des personnes souffrant de troubles mentaux ont un emploi, beaucoup d'entre elles ont du mal à être performantes – ce qui représente un coût considérable, et de plus en plus reconnu, pour les employeurs. Il est cependant difficile de mesurer les problèmes de performance et les pertes de productivité.

Les mesures indirectes reposant sur les réponses des employés laissent penser que les pertes de productivité au travail sont substantielles et que la fréquence du « présentéisme », c'est-à-dire le fait d'être au travail en dépit de problèmes de santé, est élevée. Selon l'Eurobaromètre de 2010, trois travailleurs sur quatre n'ayant pas pris d'arrêt-maladie en dépit de troubles mentaux rapportent avoir été moins performants que ce qu'ils auraient souhaité. Le ratio n'est que d'un sur quatre chez leurs pairs ne souffrant pas de tels problèmes de santé (graphique 1.3, partie A). La disparité est similaire dans tous les pays européens de l'OCDE (graphique 1.3, partie D).

En outre, les données issues de l'Enquête européenne sur les conditions de travail indiquent que les travailleurs qui souffrent de troubles mentaux sont plus enclins à venir travailler alors qu'ils sont malades (graphique 1.3, parties B et C).

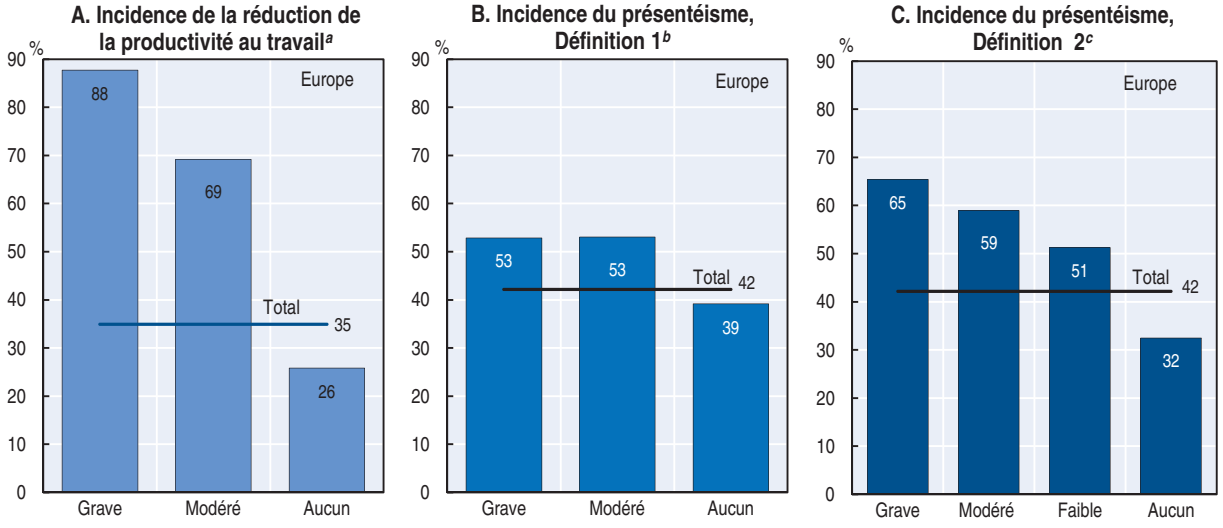
Des coûts importants sont pris en charge par les systèmes de protection sociale

Comme les travailleurs souffrant de troubles mentaux ont tendance à être plus déconnectés du marché du travail que leurs pairs en bonne santé, il n'est pas surprenant que les systèmes de protection sociale supportent l'essentiel des coûts indirects de la mauvaise santé mentale. Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, les personnes à qui on a diagnostiqué un trouble mental représentent de 30 à 40 % des bénéficiaires de prestations d'invalidité (graphique 1.4, partie A). Les dépenses totales des prestations d'invalidité s'élèvent à environ 2 % du PIB en moyenne (OCDE, 2010), et les troubles mentaux à eux seuls représentent environ 0.7 %. La hausse significative des troubles mentaux dans le nombre de bénéficiaires de prestations dans tout l'OCDE au cours de la dernière décennie est attribuable principalement à une meilleure identification de ces problèmes.

Le système de prestations d'invalidité n'est pas le seul à pâtir des troubles mentaux. La pression exercée sur les systèmes d'assurance maladie et de protection sociale est similaire, voire plus forte. Les données issues des enquêtes nationales sur la santé menées dans plusieurs pays révèlent que de 45 à 50 % de l'ensemble des bénéficiaires de ces systèmes souffrent de troubles mentaux (graphiques 1.4, partie B). En outre, environ un tiers des bénéficiaires d'indemnités de chômage souffrent de problèmes de santé mentale – une proportion qui est bien plus élevée parmi les chômeurs de longue durée. Ces personnes souffrent souvent de maladies qui n'ont pas été formellement diagnostiquées ou évaluées, mais qui constituent néanmoins un obstacle réel à leur retour sur le marché du travail.

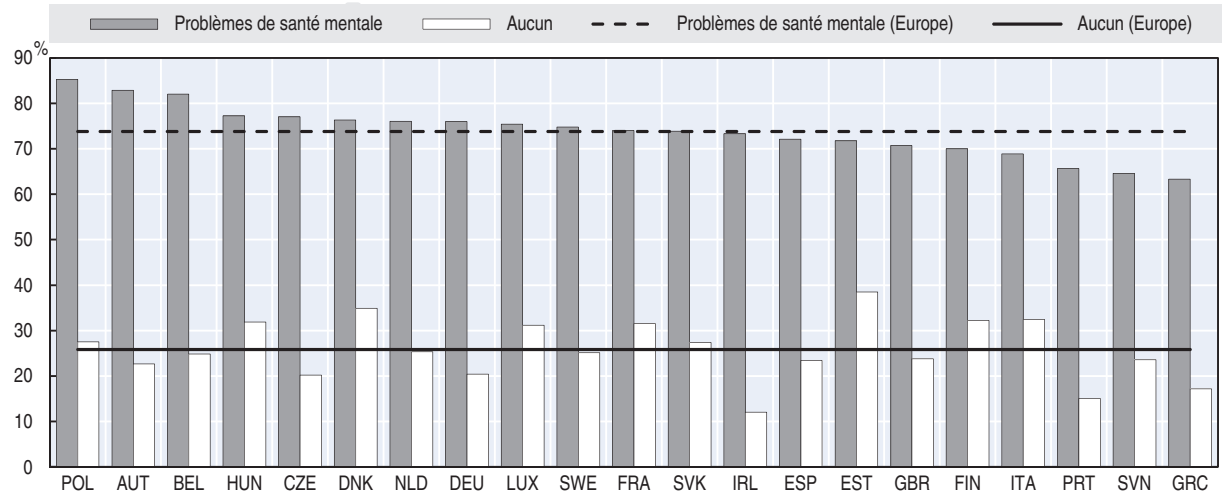
Graphique 1.3. **Les travailleurs souffrant de troubles mentaux qui sont présents au travail ont une productivité inférieure**

Incidence moyenne sur une sélection de pays européens, 2010



D. Perte de productivité suite aux problèmes de santé mentale

Travailleurs qui n'ont pas pris un congé de maladie (dans les quatre semaines précédentes), mais qui ont une productivité réduite en raison d'un problème de santé physique ou émotionnel, selon l'état de santé mentale et le pays



a. Pourcentage de travailleurs non absents dans les quatre semaines précédentes mais qui a accompli moins de qu'il aurait voulu en raison d'un problème de santé physique ou émotionnel. Les données sont la moyenne des 21 pays de l'étude Eurobaromètre.

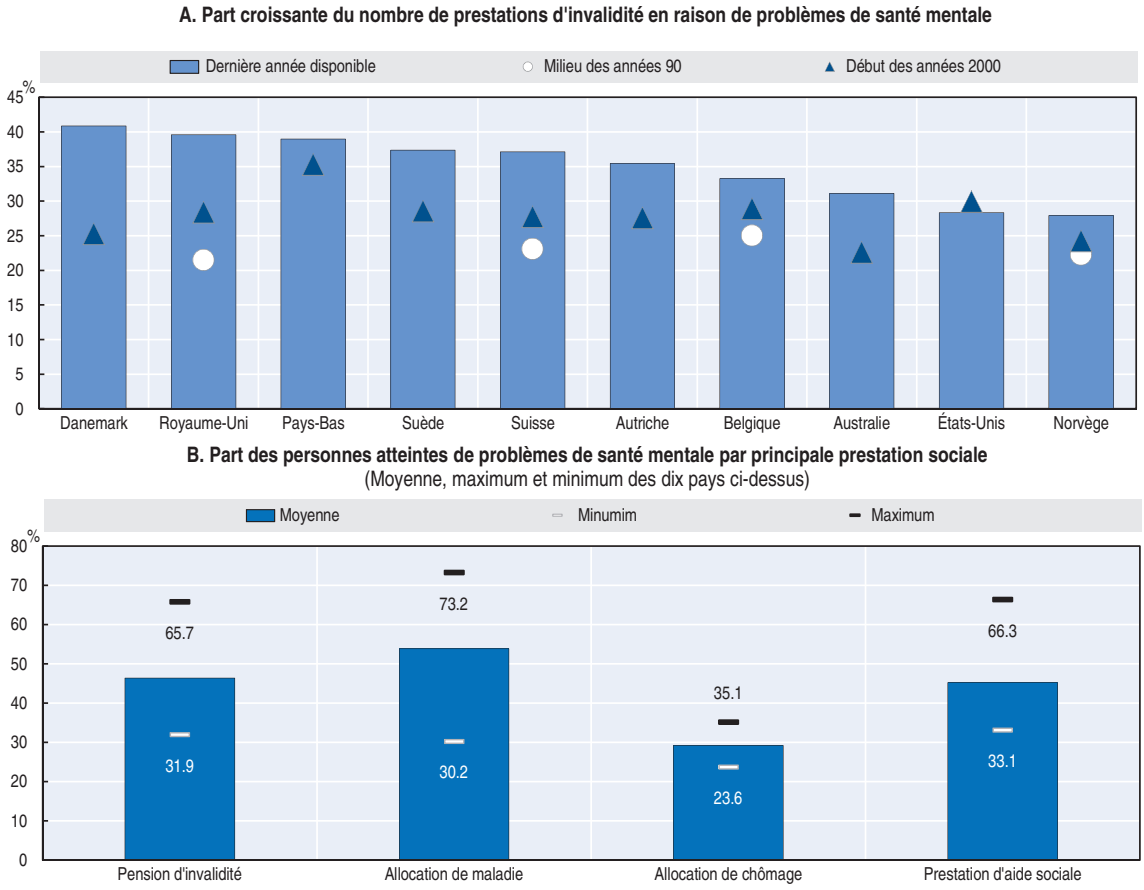
b. Définition 1: La variable de trouble mental est basé sur un ensemble de cinq éléments: le sentiment de joie; une sensation de calme; sentir actif; se réveiller frais et reposé; sentiment d'être remplies. Les données sont la moyenne des 24 pays de l'enquête européenne sur les conditions de travail 2010.

c. Définition 2 : Cette variable de trouble mental est basé sur trois réponses à la question: « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de l'un des problèmes suivants : la dépression ou l'anxiété; fatigue générale; insomnie ou des difficultés générales du sommeil? Les données sont la moyenne des 24 pays de l'enquête européenne sur les conditions de travail 2010.

Source : Estimations de l'OCDE à partir de l'Eurobaromètre, 2010 pour les parties A et D, et l'Enquête européenne sur les conditions de travail 2010 pour les parties B et C.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933264875

Graphique 1.4. **Les troubles mentaux entraînent des coûts très importants pour le système de prestations**



Note : Les données en partie A se réfèrent à des nouvelles demandes pour le Danemark et les États-Unis (les données sur le nombre de bénéficiaires ne sont pas disponibles). Elles excluent la prestation temporaire en Norvège et la prestation spéciale pour les personnes atteintes de handicap congénital ou lors de l'adolescence aux Pays-Bas.

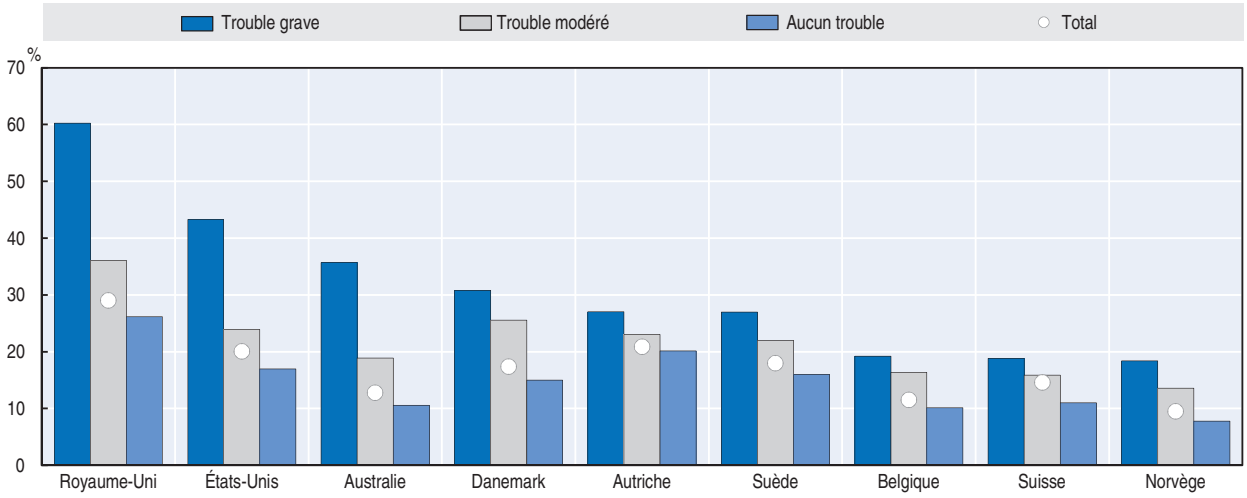
Source : Partie A: OCDE questionnaire sur la santé mentale et Partie B: Enquêtes nationales sur la santé. Australie : National Health Survey 2011/12 ; Autriche : Health Interview Survey 2006/07 ; Belgique : Health Interview Survey 2008 ; Danemark : Danish National Health Survey 2010 ; Pays-Bas : POLS Health Survey 2007/09 ; Norvège : Level of Living and Health Survey 2008 ; Suède : Living Conditions Survey 2009/10 ; Suisse : Health Survey 2012 ; Royaume-Uni : Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007 ; États-Unis : National Health Interview Survey 2008.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933264885

Les troubles mentaux peuvent pousser vers la pauvreté et vers des emplois de qualité médiocre

Les coûts pour les malades sont également très élevés. On peut par exemple citer les difficultés matérielles dues non seulement à l'absence de revenus du travail, ou à leur faiblesse, mais aussi aux prestations qui ne compensent pas entièrement les pertes de revenus. Les données qui prennent en compte les revenus des individus issus du travail, des prestations et d'autres sources comme les capitaux privés, et ceux des membres du ménage, décrivent une réalité brutale. Les personnes atteintes de troubles mentaux présentent un risque sensiblement plus élevé de vivre dans un ménage à faible revenu. Pour les personnes souffrant de troubles légers à modérés, le risque est plus élevé d'un tiers environ, tandis que pour celles souffrant de troubles sévères, il est souvent au moins deux fois plus élevé que pour les personnes non malades (graphique 1.5).

Graphique 1.5. **Les coûts personnels de la mauvaise santé mentale sont élevés**



Note : Revenue net par personne ajusté selon la taille du ménage. Pour l'Australie, le Danemark et le Royaume-Uni, les données se réfèrent au revenu brut. Les données sur le revenu net du Health Survey for England pour 2006 confirment que le risque de pauvreté est élevé et comparable à celui constaté aux États-Unis. Le seuil de revenue faible déterminant le risque de pauvreté est établi à 60 % du revenu médian.

Source : Enquêtes nationales sur la santé : Australie : National Health Survey 2011/12 ; Autriche : Health Interview Survey 2006/07 ; Belgique : Health Interview Survey 2008 ; Danemark : National Health Interview Survey 2005 ; Pays-Bas : POLS Health Survey 2007/09 ; Norvège : Level of Living and Health Survey 2008 ; Suède : Living Conditions Survey 2009/10 ; Suisse : Health Survey 2012 ; Royaume-Uni : Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007 ; États-Unis : National Health Interview Survey 2008.

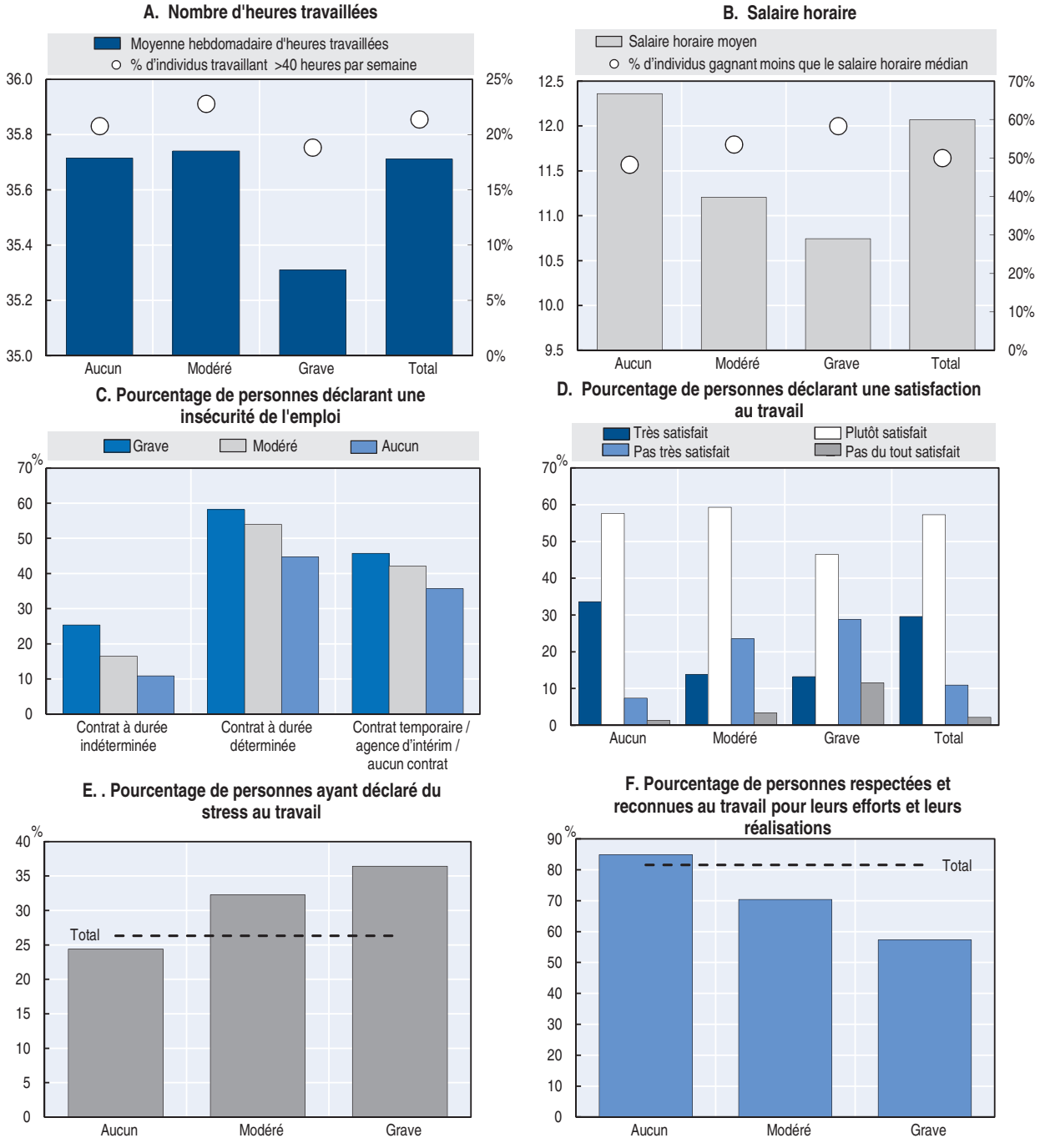
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933264892

Il y a un lien net entre les problèmes de santé mentale et des emplois de qualité médiocre. Le graphique 1.6 montre que ces actifs ont un salaire horaire inférieur (partie B), occupent des emplois moins stables (partie C), sont moins satisfaits de leur emploi (partie D), se plaignent plus souvent de subir des pressions (partie E), et sont moins respectés ou reconnus pour leur travail (partie F). Les personnes souffrant de troubles légers à modérés semblent travailler le plus (ce qui peut être à l'origine de stress et d'insatisfaction), tandis que celles souffrant de troubles sévères travaillent le moins longtemps (partie A).

Dans l'ensemble, les conditions de travail et la qualité de l'emploi des personnes atteintes de troubles mentaux ne semblent que légèrement plus mauvaises. Pourtant, les difficultés rencontrées par certains travailleurs sont suffisamment importantes pour aggraver leur état et augmenter le risque de perte d'emploi, ce qui neutralise les éventuels effets positifs du maintien dans l'emploi. Les écarts en matière de satisfaction professionnelle sont cependant relativement importants, les personnes atteintes de troubles mentaux légers à modérés étant aussi largement insatisfaites que celles atteintes de troubles sévères. Favoriser l'emploi est donc le seul moyen de réduire les écarts de revenus, mais il est également crucial de garantir l'accès à des emplois de qualité qui offrent de bonnes conditions de travail, sont durables et bien rémunérés.

Graphique 1.6. **Les travailleurs avec une mauvaise santé mentale travaillent dans des emplois de qualité inférieure**

Moyenne des résultats sur une sélection de pays européens, 2010



Note : Les données se réfèrent aux moyennes des pays établies par l'Eurobaromètre et par l'Enquête européenne sur les conditions de travail.

Source : Estimations de l'OCDE à partie de l'Eurobaromètre 2010 (parties A, E et F) et l'Enquête européenne sur les conditions de travail 2010 (parties B, C et D).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933264904

On constate donc l'existence de deux problèmes : les écarts en matière d'emploi et de chômage d'une part, et les questions de qualité des emplois et de performance professionnelle de l'autre. Les décideurs doivent les traiter tous les deux s'ils veulent favoriser l'emploi productif des personnes souffrant de troubles mentaux, et ainsi diminuer le prix payé par les individus, les employeurs, les systèmes de prestations et l'économie dans son ensemble.

L'action publique peut faire la différence

La situation et les enjeux sont très semblables dans tous les pays de l'OCDE. Qu'est-il possible de faire, et comment faire évoluer les politiques pour réduire les coûts élevés élèves à des individus, au marché du travail et à l'économie générés par les troubles mentaux ? La série d'examens pays publiée par l'OCDE entre 2013 et 2015 démontre que les pouvoirs publics commencent tout juste à aborder ces problèmes (voir les exemples des politiques fournis à la fin de chaque chapitre).

En raison de la stigmatisation liée à la mauvaise santé mentale et à la méconnaissance très répandue de ses implications économiques, cette question n'a pas encore été l'objet de beaucoup d'attention au niveau des politiques du marché du travail. Pourtant, les liens multidirectionnels et les interactions entre la santé mentale et le travail, tout comme les éléments qui le prouvent sont de plus en plus évidents et mieux compris. En effet, la recherche montre invariablement que le travail est bon pour la santé et, en particulier, pour la santé mentale, alors que le chômage produit l'effet contraire (OCDE, 2008). Qui plus est, un emploi de bonne qualité peut favoriser la guérison d'une maladie mentale. Et, bien que des mesures appropriées pourraient aussi faire une différence, cela n'est pas encore le cas. Les politiques sociales et les politiques du marché du travail négligent largement cette question (OCDE, 2012) et même les politiques de santé ne parviennent pas à la traiter correctement (OCDE, 2014).

Il est donc important d'investir prioritairement dans des politiques qui s'efforcent d'améliorer l'intégration des personnes atteintes de troubles mentaux sur le marché du travail et de favoriser la construction d'une main-d'œuvre productive et résiliente sur le plan mental, car la population vieillit rapidement et l'environnement de travail évolue à un rythme encore plus élevé. Une politique appropriée demande des connaissances solides, des données de bonne qualité et une évaluation claire de l'impact des politiques, des services et des institutions. Bien que les éléments probants sur la santé mentale et la politique du travail soient encore maigres, il y en a néanmoins de plus en plus. Ce rapport veut ainsi apporter sa contribution dans ce domaine et aider au développement d'un cadre global d'action pour les décennies à venir.

Les chapitres qui suivent étudient en détail les enjeux dans les quatre grands domaines stratégiques que sont les systèmes éducatifs et les jeunes, les services de santé, le lieu de travail et les employeurs, ainsi que les systèmes de prestations et les services de l'emploi. Les responsables de chacun de ces domaines doivent s'efforcer de permettre une action précoce et intégrée faisant intervenir les acteurs de première ligne.

RÉFÉRENCES

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

Gustavsson, A., M. Svensson, F. Jacobi, et al. (2011), « Cost of disorders of the brain in Europe 2010 », *European Neuropsychopharmacology*, vol. 21, n° 10, pp. 718-779.

Medibank Private Limited et Nous Group (2013), *The Case for Mental Health Reform in Australia: A Review of Expenditure and System Design*.

OCDE (2014), *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*, Éditions OCDE, Paris, http://dx/doi/org/10.1787/9789264208445-en.

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

OCDE (2010), *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers,* Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264090606-en.

OCDE (2008), *Perspectives de l'emploi de l'OCDE 2008* (chapitre 4), Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2008-fr.

Whiteford, H. et al. (2013), « Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010 », *The Lancet*, vol. 382, n° 9904, pp. 1575-1586.

Chapitre 2

Garantir un bon niveau d'instruction et un passage réussi de l'école à l'emploi aux jeunes atteints de troubles mentaux

L'enfance et l'adolescence sont des périodes cruciales pour la promotion de la bonne santé mentale. Une maladie mentale sur deux fait son apparition avant l'âge de 14 ans. Les personnes atteintes de troubles mentaux sont plus susceptibles d'abandonner leurs études prématurément et d'obtenir de moins bons résultats scolaires et par conséquent de rencontrer plus de difficultés à accéder au marché du travail. Le système éducatif a un rôle majeur à jouer dans l'identification précoce et dans l'accompagnement des enfants souffrant de problèmes mentaux. Les politiques visant à prévenir le décrochage scolaire et à permettre une transition facile vers le monde du travail sont essentielles pour garantir que les résultats scolaires et la future vie professionnelle des jeunes n'en soient pas pénalisés.

Conclusions :

- *Développer les compétences en matière de santé mentale des enseignants et des autorités éducatives.*
- *Assurer un accès rapide des élèves à un soutien coordonné en cas de troubles mentaux.*
- *Investir dans la prévention du décrochage scolaire et dans l'intervention précoce auprès des jeunes qui abandonnent leurs études.*
- *Proposer un soutien efficace au passage de l'école à la vie active.*

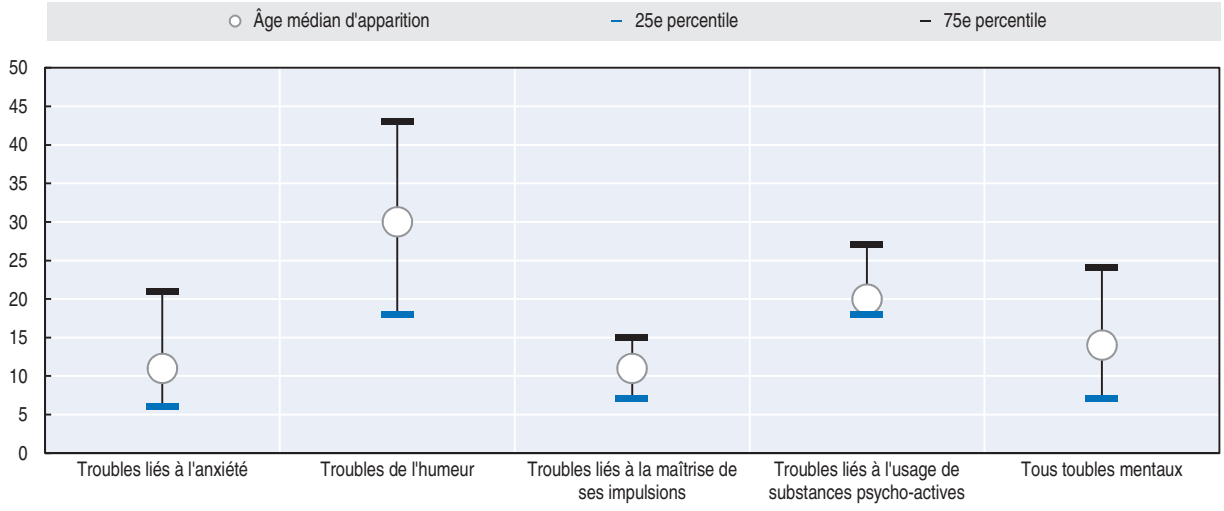
La préparation des personnes affectées par des troubles mentaux au marché du travail doit commencer très tôt, bien avant le début de la recherche d'un emploi. Les opportunités d'emploi à l'âge adulte se construisent, dans une large mesure, pendant l'enfance, l'adolescence et le début de la vie adulte, par le biais d'un bon parcours scolaire. Le niveau d'instruction des jeunes souffrant de troubles mentaux est souvent médiocre, et un grand nombre d'entre eux ne terminent pas leurs études. Démarrer dans la vie avec un tel désavantage augmente considérablement le risque de rencontrer plus tard des problèmes d'emploi, comme des périodes de chômage ou une incapacité de travail.

Le système éducatif est le cadre idéal pour investir dans des moyens permettant de prévenir les conséquences négatives liées aux problèmes de santé mentale, car 50 % des maladies mentales font leur apparition avant l'âge de 14 ans. Seuls les troubles de l'humeur débutent généralement plus tardivement (graphique 2.1). Comme les personnes concernées attendent en moyenne douze ans après l'apparition de la maladie avant de chercher à obtenir un traitement (Kessler et Wang, 2008), peu de jeunes entrent en contact avec les services de soins de santé mentale. Il est donc capital de mettre en place un soutien massif au sein du système éducatif.

Permettre aux jeunes souffrant de problèmes de santé mentale d'atteindre un haut niveau d'instruction et de préparer une carrière professionnelle réussie nécessite : i) une sensibilisation des enseignants et des élèves à la santé mentale ; ii) un accès en temps opportun à une aide coordonnée et pluridisciplinaire ; iii) de la prévention et une intervention précoce lorsque les jeunes abandonnent leurs études prématurément ; et iv) un soutien efficace lors de la transition vers le monde du travail.

Graphique 2.1. **La plupart des troubles mentaux apparaissent au cours de l'enfance ou de l'adolescence**

Âge médian d'apparition de troubles mentaux aux États-Unis, 2001-03



Source : OCDE compilation basée sur Kessler, R., et al. (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.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933264912

Sensibilisation et formation à la santé mentale pour les enseignants et les élèves

Les quelques études épidémiologiques sur la santé mentale menées auprès des jeunes montrent que la prévalence des troubles mentaux diagnostiqués est identique ou légèrement plus élevée que chez les adultes. À tout moment, entre 20 et 30 % des jeunes connaissent des troubles mentaux, et la prévalence au cours de la vie avant 20 ans peut même atteindre 50 % (Merikangas et al., 2010 ; Ormel et al., 2014 ; Philip et al., 2014). De surcroit, la prévalence est particulièrement élevée parmi les jeunes défavorisés, c'est-à-dire ceux qui ont peu fréquenté l'école (OCDE, 2012).

Les désavantages précoces ont des implications à long terme

Les expériences négatives vécues pendant l'enfance affectent fortement la santé mentale de l'adulte (graphique 2.2, partie A). En effet, la plupart des personnes qui souffrent de troubles mentaux à l'âge adulte ont déjà connu des problèmes de santé mentale pendant l'enfance ou l'adolescence (Kim-Cohen et al., 2003). Pour le trouble anxieux, la maladie mentale la plus courante chez les jeunes, l'âge médian d'apparition des symptômes se situe entre 8 et 11 ans (Kessler et al., 2005).

Les jeunes ayant des problèmes de santé mentale sont plus susceptibles de ne pas atteindre un niveau d'instruction élevé et d'abandonner leurs études plus tôt que leurs pairs en bonne santé (McLeod et Fettes, 2007 ; Veldman et al., 2014). En conséquence, on les retrouve souvent parmi les jeunes déscolarisés, inactifs et qui ne suivent aucune formation (OCDE, 2013d). La part des jeunes qui abandonnent leurs études prématurément (17 %) et des jeunes déscolarisés et inactifs (13 %) est élevée dans de nombreux pays de l'OCDE (graphique 2.2, partie B), et il est clairement démontré que ces groupes sont fortement désavantagés sur le marché du travail. Les données pour l'Autriche, par exemple, révèlent que de nombreux jeunes qui abandonnent leurs études et, en particulier, les jeunes déscolarisés et inactifs restent dans cette situation pendant de très longues périodes (graphique 2.2, partie C).

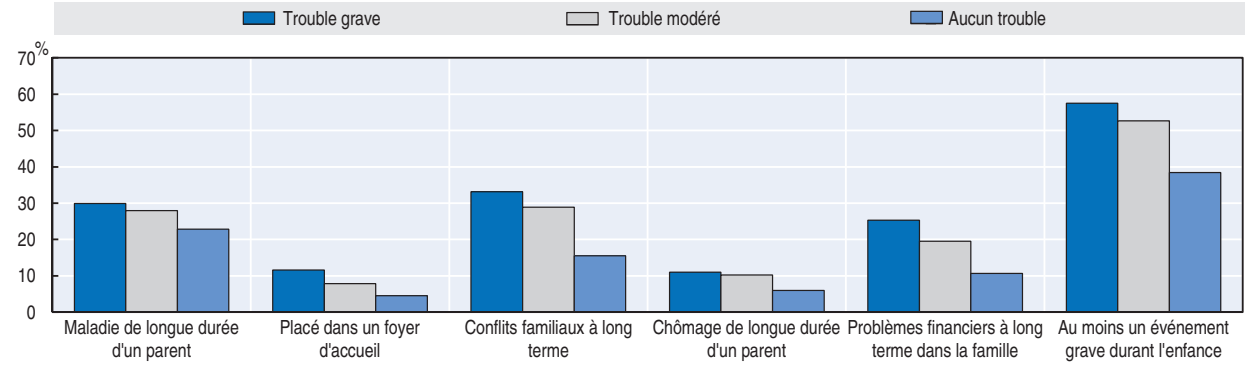
Les enseignants jouent un rôle déterminant dans l'apport d'un soutien qui peut participer à la prévention de l'échec scolaire. Toutefois, ils ne sont généralement pas formés à repérer les signes de troubles mentaux. Ils ont particulièrement du mal à détecter les symptômes d'internalisation (comme l'anxiété et les états dépressifs), au contraire des symptômes visibles comme la désobéissance ou un comportement agressif ou perturbateur. Ils n'ont pas non plus le temps ni les moyens d'apporter l'assistance supplémentaire nécessaire.

Pourtant les établissements scolaires constituent le cadre idéal pour renforcer la résilience mentale et lutter contre la stigmatisation qui pèse si lourdement sur les maladies mentales. Comme un grand nombre d'élèves seront confrontés eux-mêmes à des problèmes de santé mentale, ou côtoieront un pair qui souffre de ce type de problèmes, une plus grande sensibilisation des élèves à la santé mentale pourrait favoriser le soutien apporté aux jeunes atteints de troubles mentaux et leur intégration.

Graphique 2.2. **Les jeunes à risque ont besoin de plus d'attention plus tôt dans leur vie pour éviter des résultats médiocres plus tard**

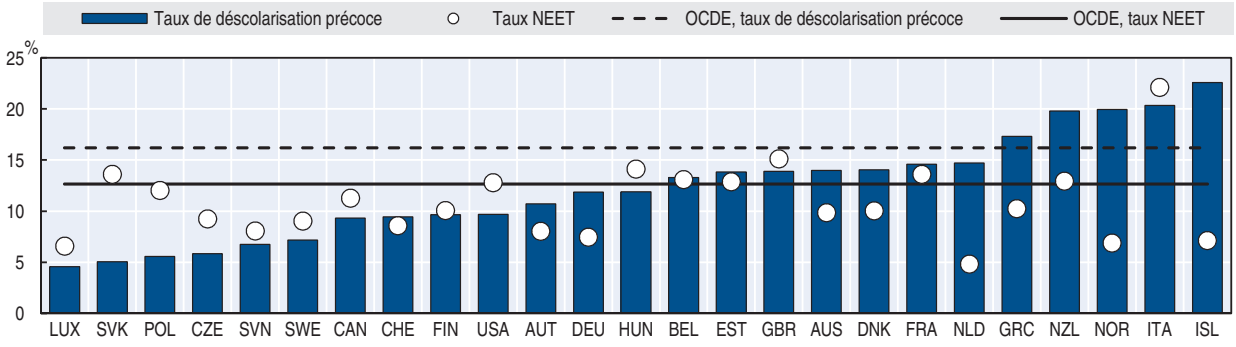
A. L'expérience de la petite enfance compte pour les problèmes de santé mentale plus tard dans la vie

Part des personnes ayant vécu divers événements graves dans l'enfance, selon la gravité du trouble mental à l'âge adulte au Danemark,



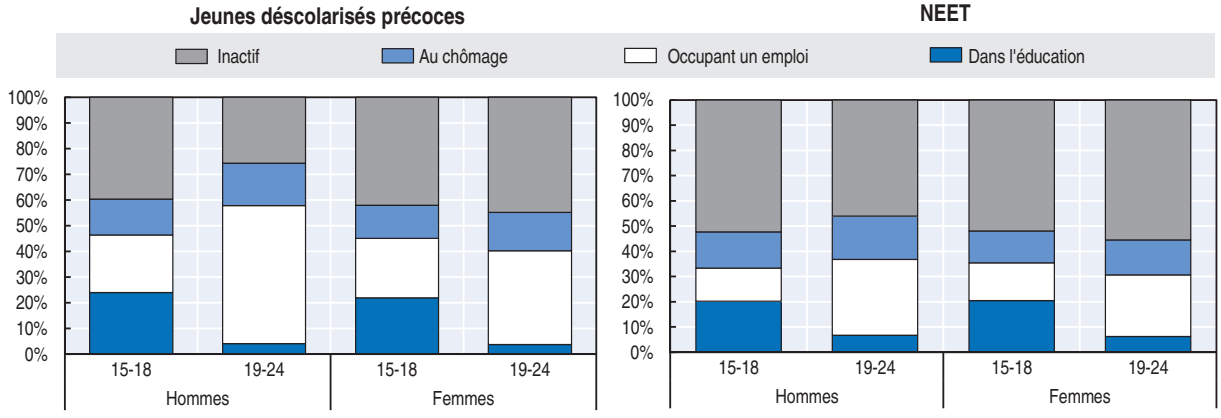
B. Le décrochage scolaire et les NEET sont courants dans de nombreux pays de l'OCDE

Proportion de jeunes (i) non scolarisés et sans diplôme secondaire supérieur, âgés de 20 à 24 ans, 2009 (déscolarisés précoces) et (ii) ni dans l'emploi ni dans l'education ou formation (NEET), âgés de 15 à 24 ans, 2012



C. Seule une minorité de NEET et de jeunes en décrochage scolaire trouve un emploi dans les 18 mois

Situation au regard de l'emploi des jeunes déscolarisés et NEET 18 mois après le 31/10/2010, Autriche



NEET : Jeunes qui ne sont ni dans l'emploi, ni scolarisés ni en formation.

Note : Le total de l'OCDE comprend les 34 pays membres. Les « inactifs » sont les personnes qui ne sont ni «actifs ayant un emploi» ni «chômeurs».

Source : Partie A : National Health Interview Survey 2005 ; partie B: OCDE base de données sur l'éducation et partie C: Statistik Austria, Bildungsmonitoring (www.statistik.at/web_de/statistiken/bildung_und_kultur/bildungsbezogenes_erwerbskarrierenmonitoring_biber/index.html, consulté le 11 août 2015).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933264928

Développer des compétences générales en santé mentale dans le système éducatif

De nombreux pays ont élaboré des programmes de prévention en santé mentale, mais peu les ont mis en œuvre dans leurs établissements scolaires à l'échelle nationale. En Norvège, le projet coopératif *Santé mentale à l'école*, qui a fonctionné de 2004 à 2011, comprenait des formations en santé mentale spécialement destinées aux enseignants et à leurs élèves. Elles étaient prévues pour améliorer les connaissances en santé mentale, afin de permettre aux enseignants de mieux identifier les problèmes de santé mentale et de mieux comprendre et soutenir leurs élèves (Fiche 2.1).

Par ailleurs, le gouvernement australien finance deux programmes destinés à promouvoir la santé mentale : *KidsMatter* dans l'enseignement primaire et *MindMatters* dans l'enseignement secondaire (Fiche 2.2). Tous deux adoptent une approche scolaire globale. Ils proposent des formations visant à promouvoir la santé mentale et suivent une démarche structurée pour aider les établissements à identifier leurs points forts et leurs points faibles en matière de santé mentale dans les domaines i) du programme, de l'enseignement et de l'apprentissage ; ii) de l'organisation de l'établissement, de l'état d'esprit et de l'environnement ; iii) des partenariats et des services.

KidsMatter et *MindMatters* ont également pour objectif d'encourager la collaboration entre les enseignants, les parents, les élèves et le milieu scolaire dans son ensemble, et d'aider les établissements à choisir la bonne ligne de conduite dans quatre domaines : i) un environnement scolaire positif ; ii) la capacité d'adaptation des élèves ; iii) les parents et les familles ; et iv) un soutien aux élèves qui rencontrent des problèmes de santé mentale (Wyn et al., 2000 ; MindMatters, 2014).

Les programmes de promotion de la santé mentale en milieu scolaire sont compliqués à évaluer au moyen d'essais comparatifs randomisés. Des études quasi-expérimentales ont prouvé qu'ils pouvaient affiner les capacités des enseignants et des élèves à détecter les problèmes de santé mentale et améliorer à la fois la santé mentale et les performances scolaires des élèves (Slee et al., 2009 ; Langeveld et al., 2011 ; Weare et Nind, 2011 ; Skre et al., 2013). Les études qualitatives laissent entendre que ces programmes sont appréciés des établissements scolaires et des enseignants et qu'ils peuvent modifier la culture d'un établissement en le poussant à communiquer ouvertement sur la mauvaise santé mentale (Slee et al., 2009).

Toutefois, il est rare que les établissements mettent en place des programmes de grande envergure sur la santé mentale. À défaut, les autorités éducatives pourraient sélectionner les éléments particulièrement efficaces de ces programmes et les intégrer dans le programme d'enseignement général. À ce jour, il ne semble pas y avoir de formations obligatoires destinées à permettre aux enseignants de détecter les troubles mentaux et de promouvoir la résilience. Il s'agit là d'une occasion manquée, car les effets positifs des programmes de promotion de la santé mentale peuvent se faire ressentir dans les pratiques pédagogiques générales.

Synthèse et recommandations

Le secteur éducatif n'accorde pas suffisamment d'attention à la prévention des troubles mentaux et des problèmes scolaires qui en découlent. Les programmes de promotion de la santé mentale en milieu scolaire sont peu utilisés, ils favorisent pourtant un climat scolaire non stigmatisant et aident au développement des compétences émotionnelles, comme la résilience et la capacité d'adaptation, tant chez les élèves que chez les enseignants. Ces programmes contribuent à l'amélioration de la santé mentale et des résultats scolaires à court terme. Il pourrait donc valoir la peine d'investir dans des études longitudinales de grande échelle capables de déterminer s'ils sont également bénéfiques à long terme en favorisant l'emploi des jeunes souffrant de troubles mentaux.

Deux recommandations majeures sont proposées pour renforcer les connaissances sur la santé mentale des enseignants et des élèves :

- Investir dans des programmes de prévention en santé mentale dans les établissements scolaires afin de développer la résilience, les capacités d'adaptation et l'apprentissage émotionnel de manière plus générale.
- Intégrer les compétences en santé mentale dans le programme de formation des enseignants.

Il est essentiel d'apporter aux jeunes atteints de troubles mentaux une aide rapide

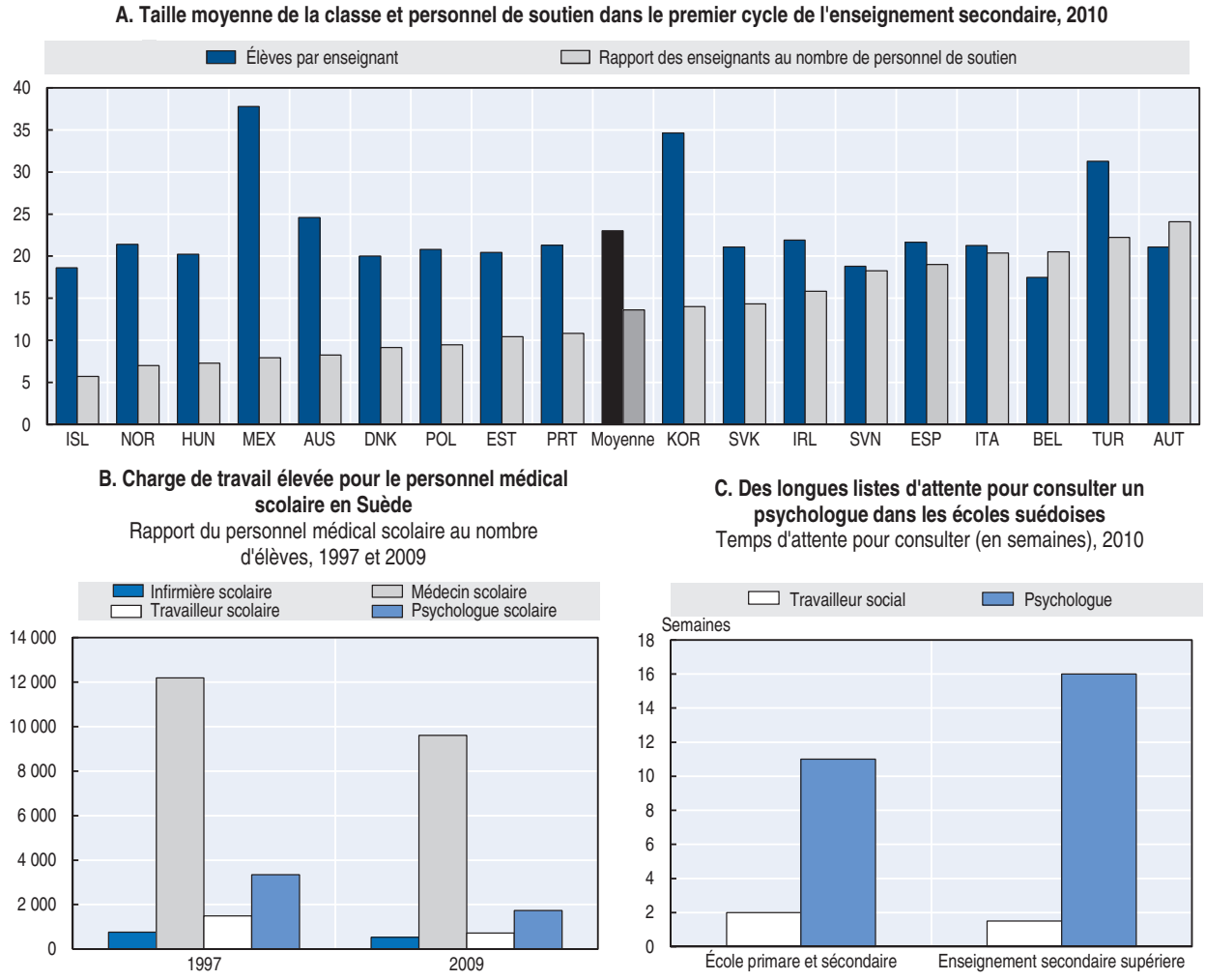
Fournir un traitement et un soutien rapidement aux jeunes souffrant de problèmes de santé mentale est complexe. Les taux de traitement sont les plus faibles chez les jeunes, dont un bon nombre sont peu disposés à chercher de l'aide auprès d'un professionnel (OCDE, 2012). Les examens médicaux préventifs destinés à l'ensemble des enfants d'âge scolaire sont une pratique courante, mais ils sont trop généraux et trop brefs pour pouvoir déceler les premiers signes d'une maladie mentale. Les médecins scolaires, comme les médecins généralistes, manquent de connaissances spécialisées en santé mentale.

Le soutien en milieu scolaire est insuffisant

Dans de nombreux pays, les établissements scolaires ont mis en place des services internes de santé mentale pour proposer une première forme de soutien. Dans certains cas, les enseignants sont formés pour occuper à temps partiel le rôle de conseiller auprès des élèves (OCDE, 2015 ; OCDE, 2014b), tandis que dans d'autres cas, des assistants sociaux scolaires, des spécialistes de l'éducation et des psychologues constituent des équipes de soins internes, comme en Belgique par exemple (Fiche 2.3). L'avantage majeur des services en milieu scolaire est leur grande accessibilité, qui permet aux enseignants de leur adresser des élèves, et aux élèves d'y accéder précocement.

Toutefois, les services de santé mentale en milieu scolaire disposent généralement de capacités limitées. Comme on peut le voir sur le graphique 2.3 (partie A), le personnel de soutien scolaire est peu nombreux, leur charge de travail est donc lourde, et les temps d'attente importants. En Suède par exemple, les psychologues scolaires sont en charge d'environ 2 000 élèves et on constate des délais d'attente allant jusqu'à 16 semaines (graphique 2.3, parties B et C). Aux Pays-Bas, les travailleurs sociaux de l'enseignement professionnel sont en moyenne en charge de 2 600 élèves (OCDE, 2014b).

Graphique 2.3. **L'accès à un soutien professionnel dans les écoles est limité dans la plupart des pays**



Note : Les données pour la Belgique se réfèrent à la Flandre uniquement.

Source : Partie A : OCDE (2010), *Creating Effective Teaching and Learning Environments: First Results from TALIS*, Éditions OCDE, Paris ; partie B : données administratives fournies par le ministère de l'Éducation ; et partie C : Papier Socialstyrelsen, Enquête sur la santé des enfants à l'école.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933264934

Les autres contraintes qui compromettent la capacité d'apporter une aide en temps opportun proviennent du manque de collaboration entre les établissements scolaires et les services de soins de santé mentale primaires, spécialisés et de proximité. Lorsque les problèmes s'aggravent et dépassent le cadre de l'école (et sont d'origine familiale par exemple), les établissements doivent pouvoir en référer à d'autres services, et travailler en étroite collaboration avec eux. Pourtant, l'établissement de réseaux collaboratifs destinés à porter assistance aux jeunes se révèle problématique. Pour reprendre l'exemple de la Suède, seuls 25 % des établissements scolaires travaillent avec d'autres services pour la jeunesse (OCDE, 2013d).

Une des raisons qui expliquent cette faible collaboration est qu'elle n'est ni obligatoire, ni accompagnée d'incitations financières. Un autre facteur est que de nombreux pays

disposent de différents services pour la jeunesse qui travaillent tous de manière indépendante ; il n'est donc pas simple pour les parents, les enfants et les écoles de déterminer le prestataire de soins le plus adapté à leurs besoins (OCDE, 2014b).

La réponse des pouvoirs publics : Des services aisément accessibles et des réseaux collaboratifs

Pour proposer des traitements plus rapidement et de manière mieux coordonnée aux jeunes qui souffrent de problèmes mentaux, certains pays ont mis en place des services pluridisciplinaires à l'extérieur des écoles. Il s'agit de services à bas seuil, auxquels les jeunes peuvent facilement accéder. On peut distinguer deux modèles distincts : le premier affiche une approche préventive et plus générale, et est ouvert à tous, tandis que le second s'adresse aux élèves qui ont été identifiés comme souffrant de problèmes mentaux et n'est accessible qu'à ceux qui y sont envoyés par les établissements scolaires.

On peut citer comme exemples de services externes préventifs et ouverts à tous les Centres de consultation pour la jeunesse en Suède (Fiche 2.4) et les *Headspace* centres en Australie (Fiche 2.5), qui sont tous les deux financés par des fonds publics. Même s'il s'agit de services d'intérêt général facilement accessibles, ils portent une attention particulière à la promotion de la santé mentale, comme le révèle la composition du personnel : des psychologues, des travailleurs sociaux, et des professionnels de la santé comme des médecins généralistes. Ils proposent non seulement des informations et des conseils sur la santé mentale, mais fournissent aussi des traitements aux jeunes souffrant de troubles mentaux et, s'ils doivent être réorientés, leurs équipes pluridisciplinaires peuvent recourir aux nombreux services de soins de santé avec lesquels elles collaborent. Les *Headspace* centres en Australie vont un peu plus loin en ce qu'ils fournissent également un soutien professionnel et collaborent étroitement et de manière systématique avec les services publics de l'emploi.

Comme exemples du modèle qui prend en charge les jeunes recommandés par les établissements scolaires, on peut citer les Centres d'accompagnement des élèves en Flandre (Belgique) (Fiche 2.6), et les Équipes de soins et de conseil aux Pays-Bas (Fiche 2.7). Leur objectif principal est d'apporter un soutien individuel et pluridisciplinaire aux élèves qui rencontrent des problèmes comportementaux, émotionnels et/ou sociaux. Les problèmes des élèves sont pris en charge par des équipes pluridisciplinaires qui réunissent généralistes, psychologues, travailleurs sociaux et spécialistes de l'éducation. La structure néerlandaise comprend également des représentants des établissements scolaires. Le traitement fait partie du soutien apporté par les centres belges et néerlandais. Une autre de ses forces tient dans la coordination des services : aiguiller les jeunes vers d'autre prestataires, informer les établissements scolaires, les parents et les professeurs, et les guider dans les services de santé et de proximité.

Les deux modèles ont leurs avantages. Avec leur approche préventive et plus générale, les Centres de consultation pour la jeunesse et les *Headspace* centres évitent que les jeunes qui les consultent pour un « problème » soient systématiquement étiquetés. Ils sont en conséquence très facilement accessibles et tout le monde peut utiliser leurs installations. L'approche « ouvert à tous » augmente les chances de rencontrer des jeunes qui montrent les premiers signes, ou des symptômes en deçà du seuil clinique, de problèmes mentaux non diagnostiqués. Les liens étroits avec le système scolaire sont la principale force des Centres d'accompagnement des élèves et des Équipes de soins et de conseil qui accueillent les jeunes sur recommandation des établissements scolaires. Ils veillent à ce que les enfants identifiés à l'école comme ayant des problèmes sociaux,

émotionnels ou comportementaux, ou des besoins dans ces domaines, puissent être orientés rapidement afin de recevoir un soutien, des conseils et des soins adaptés.

Des capacités restreintes freinent une mise en œuvre efficace de ces deux types de soins. Les Centres d'accompagnement des élèves en Flandre ont des difficultés pour faire face à une demande grandissante, tandis que les Équipes de soins et de conseil néerlandaises ne peuvent prendre en charge que 1 % des effectifs de l'enseignement primaire et 4 % pour le secondaire. Ces chiffres excessivement bas sont inquiétants, dans la mesure où 20 à 30 % des jeunes connaissent des problèmes de santé mentale. En pratique, seuls ceux souffrant de troubles sévères reçoivent un soutien. En outre, l'étroite collaboration entre les équipes pluridisciplinaires et les professionnels spécialisés en soins de santé mentale perd tout son intérêt en raison des longues listes d'attente pour voir un psychologue ou un psychiatre.

Les pays n'ont pas encore répondu à ce manque de personnel de santé mentale dans les écoles, ni aux capacités insuffisantes des systèmes de soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents de manière générale. Dans un certain nombre de pays où les établissements scolaires jouissent d'une grande autonomie, l'influence des gouvernements ne se fait pas suffisamment sentir. Néanmoins, dans les pays où les établissements scolaires perçoivent des fonds publics, les gouvernements pourraient envisager de consacrer un certain montant au soutien à la santé mentale en milieu scolaire.

Synthèse et recommandations

Bien que les services de santé mentale dans les écoles soient courants dans les pays de l'OCDE, ils manquent de moyens pour fournir un soutien rapide à tous les élèves qui en ont besoin. Pour s'assurer que les jeunes – même ceux qui souffrent de problèmes de santé mentale légers à modérés – reçoivent toute l'attention qui leur est due, des services publics de santé généraux librement accessibles, avec un accent mis sur la santé mentale, constitueraient un atout précieux dans de nombreux pays. La création de structures pluridisciplinaires est nécessaire, afin d'y rassembler des services de première ligne en matière d'assistance sociale, de santé générale et mentale, et de soutien à l'emploi. Il est souhaitable que ces acteurs travaillent en étroite collaboration avec les établissements scolaires et les professionnels spécialisés, de manière cohérente et coordonnée.

Les stratégies suivantes devraient permettre de garantir aux jeunes la possibilité d'obtenir du soutien et un traitement en temps opportun :

- Augmenter le nombre de professionnels ayant reçu une formation en psychologie dans les écoles.
- S'assurer que les délais d'attente sont courts dans le secteur de la santé mentale pour les enfants et les adolescents.
- Mettre en place une structure de soutien (éventuellement un organisme spécial) en lien avec les établissements scolaires et les autres services à la jeunesse. Celle-ci doit proposer des services intégrés gratuits à tous les jeunes, et mettre l'accent sur les troubles mentaux courants.

Prévenir l'abandon scolaire précoce

Les jeunes qui quittent précocement l'école sans diplôme n'ont pas de bonnes perspectives d'emploi. Aux Pays-Bas, par exemple, on observe qu'ils sont deux fois plus susceptibles d'être au chômage que ceux qui ont terminé leurs études (OCDE, 2014b). Il est également beaucoup plus probable qu'ils devront s'en remettre à une aide financière comme les prestations de sécurité sociale (OCDE, 2013d).

L'abandon scolaire précoce est plus fréquent chez les jeunes atteints de troubles mentaux

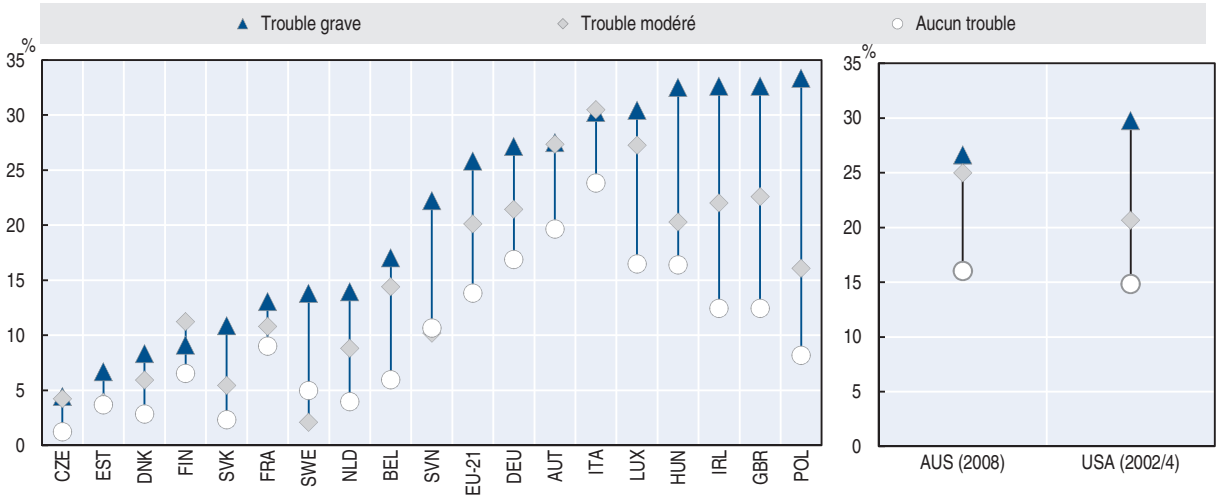
L'arrêt précoce des études est plus fréquent chez les jeunes qui souffrent de troubles mentaux modérés à sévères. En moyenne, 14 % des jeunes sans problème de santé mentale quittent l'école précocement, alors qu'ils sont 20 % chez ceux qui souffrent de troubles modérés et 26 % chez ceux atteints de troubles sévères (graphique 2.4, partie A). La stratégie européenne Éducation et Formation 2020 a fixé un objectif de réduction du pourcentage des jeunes qui abandonnent prématurément leurs études à 10 % ; atteindre cet objectif sera particulièrement compliqué pour les jeunes souffrant de troubles mentaux. Ce problème ne concerne pas uniquement l'Union européenne. En Australie et aux États-Unis, on relève également un grand nombre de décrocheurs scolaires parmi les jeunes qui sont atteints de troubles mentaux (graphique 2.4, partie B).

Des données uniques provenant de Suède portant sur les raisons qui conduisent à l'abandon scolaire précoce montrent que les problèmes de santé sont un facteur déterminant (graphique 2.4, partie C). On peut en déduire que les politiques générales visant à réduire l'abandon scolaire précoce doivent dépasser les questions de motivation et s'attaquer à la façon dont les problèmes de santé (mentale) empêchent le retour à l'école des jeunes décrocheurs. Une autre conclusion tend à confirmer cette idée, à savoir que les jeunes qui se rendent plus souvent dans des services de santé mentale sont plus de deux fois plus susceptibles de quitter l'école cinq ans plus tard (Homlong et al., 2013).

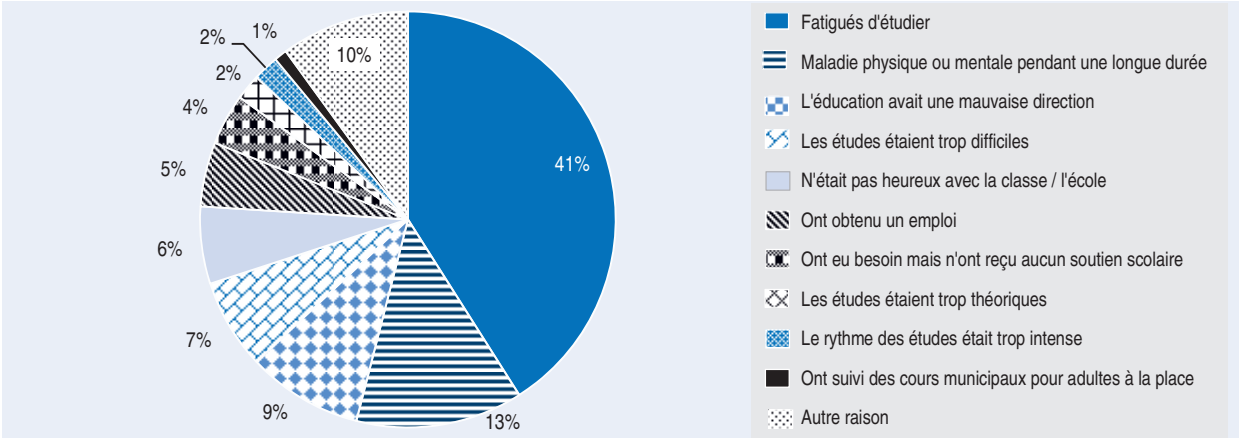
Graphique 2.4. **Le décrochage scolaire abaisse le niveau de scolarité atteint et les perspectives d'emploi**

A. Les jeunes avec des troubles mentaux sont plus susceptibles d'arrêter l'éducation précocement
Part des personnes qui ont quitté l'éducation à temps plein avant 15 ans, selon la gravité des problèmes de santé mentale, 2010

B. Les jeunes avec des troubles mentaux quittent l'école plus souvent sans diplôme
Taux de non-achèvement des études secondaires chez les jeunes âgés de 20 ans selon le degré de trouble mental à 18 ans



C. La mauvaise santé est une raison importante pour le décrochage scolaire
Débutants à l'école secondaire supérieur qui n'ont pas terminé leurs études selon la raison de l'abandon, Suède, 2000



Source : Partie A : Compilation de l'OCDE selon l'Eurobaromètre 2010, partie B : Estimations de l'OCDE selon Youth in Focus (Australie) et National Longitudinal Survey of Youth 1997 (États-Unis) et partie C : Statistiques Suède.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933264941

De bonnes politiques en matière d'abandon scolaire précoce, mais le rôle des troubles mentaux n'est pas mis en relief

De nombreux pays de l'OCDE ont pris des mesures pour améliorer le soutien apporté aux décrocheurs scolaires et les aider soit à reprendre leurs études, soit à s'insérer sur le marché du travail. Trois approches différentes peuvent être adoptées (même si elles sont parfois appliquées conjointement) :

1. relever l'âge de scolarité obligatoire ;

2. créer un registre central de l'abandon scolaire précoce ; et

3. mettre en place des centres spécifiquement dédiés à la gestion des décrocheurs scolaires.

Relever l'âge de fin de la scolarité obligatoire est une stratégie qui permet de freiner l'abandon scolaire précoce. Les établissements scolaires et les parents ont alors la responsabilité de veiller à ce que les enfants aillent à l'école plus longtemps, ce qui accroît leurs chances d'obtenir un diplôme. L'âge de la fin de la scolarité obligatoire est différent d'un pays à l'autre ; il est par exemple fixé à 16 ans en Norvège et en Suède, et à 18 ans en Belgique. Aux Pays-Bas, les jeunes peuvent arrêter leurs études à 16 ans, âge auquel on espère qu'ils auront au moins obtenu un diplôme de l'enseignement professionnel secondaire et qu'ils rejoindront l'enseignement professionnel supérieur. Toutefois, reconnaissant le nombre élevé de jeunes sortis prématurément du système scolaire – en particulier parmi les élèves de l'enseignement professionnel – le gouvernement a introduit une « obligation de diplôme », qui exige des élèves qu'ils restent à l'école jusque l'âge de 18 ans s'ils n'obtiennent pas au moins un premier diplôme (OCDE, 2014b).

Pour être capable d'agir rapidement et de lutter contre l'abandon scolaire précoce, un système d'enregistrement efficace est indispensable. Plusieurs pays ont établi des registres centraux pour identifier et suivre les éventuels décrocheurs. L'inscription à ce type de registre peut être centralisée à différents niveaux, comme au niveau municipal au Danemark, ou national aux Pays-Bas. Dans ces deux cas, les établissements scolaires doivent signaler les élèves qui sont absents pendant un certain nombre d'heures ou de jours, par exemple après 16 heures d'absence au cours de quatre semaines consécutives aux Pays-Bas et après 20 demi-journées en Flandre (Belgique). Dans les pays qui ne disposent pas d'un registre central, ou dans lesquels il n'est pas obligatoire de signaler les élèves absents (comme en Suède et en Australie), les décrocheurs sont rapidement perdus de vue.

Un système central permettant de surveiller l'abandon scolaire précoce peut également servir à suivre les taux de décrocheurs dans les différents établissements scolaires. C'est ce qui est fait aux Pays-Bas, où les écoles sont financièrement récompensées lorsqu'elles parviennent à faire baisser ce taux à un certain niveau. Elles doivent investir ces fonds dans d'autres initiatives en faveur de la prévention du décrochage scolaire (OCDE, 2014b).

Plusieurs pays ont adopté un système de gestion au cas par cas des élèves qui quittent l'école sans diplôme. Les Centres régionaux d'enregistrement et de coordination aux Pays-Bas (Fiche 2.8), le *Youth Connections* programme en Australie (Fiche 2.9), et les Éducateurs pour la jeunesse en Autriche (Fiche 2.10) ont tous pour objectif d'aider les

élèves qui ont quitté l'école ou qui risquent de le faire à reprendre leur scolarité, ou à s'orienter rapidement vers des établissements d'enseignement supérieur ou professionnel ou le monde du travail. Aux Pays-Bas et en Australie, les centres entretiennent des liens étroits avec d'autres prestataires de services, comme ceux qui proposent un soutien à l'emploi.

Le Danemark, et ses Services municipaux d'orientation et de suivi des jeunes (Fiche 2.11), propose une approche davantage axée sur la prévention de l'abandon scolaire précoce. Des conseillers d'orientation suivent les élèves et élaborent des plans d'éducation avec eux et leurs parents. Ils suivent le passage des élèves du premier au deuxième cycle du secondaire et, si ces derniers commencent à trop s'absenter, les rencontrent très rapidement et peuvent les orienter vers d'autres services de soutien lorsque c'est nécessaire.

Synthèse et recommandations

Malgré les excellentes initiatives visant à remédier au problème de l'abandon scolaire précoce, la part importante des jeunes atteints de troubles mentaux parmi les décrocheurs est un problème qui reste largement ignoré. La plupart des pays ne consignent pas les raisons qui poussent à l'abandon scolaire précoce et ne peuvent par conséquent pas savoir combien de décrocheurs ont des problèmes de santé mentale. Les pays qui ont adopté une gestion au cas par cas devraient former les gestionnaires de cas à identifier et prendre en charge les problèmes de santé mentale rencontrés chez les jeunes qui quittent prématurément l'école. Ils pourraient alors prendre en compte les troubles mentaux dans les efforts qu'ils déploient pour favoriser le retour à l'école. Ils pourraient également mettre en place un traitement et un soutien pour prévenir les absences scolaires de longue durée.

Pour éviter l'abandon scolaire précoce et rendre possible une intervention rapide lorsqu'il est repéré, les pays devraient :

- Créer un système de registre central de l'abandon scolaire précoce.
- Mettre en place un système rigoureux de gestion au cas par cas des décrocheurs scolaires.
- Constituer une base de données sur le lien entre l'abandon des études et la mauvaise santé mentale.
- Être attentifs aux signes de mauvaise santé mentale chez les décrocheurs scolaires.

Un soutien efficace au passage de l'école à la vie active

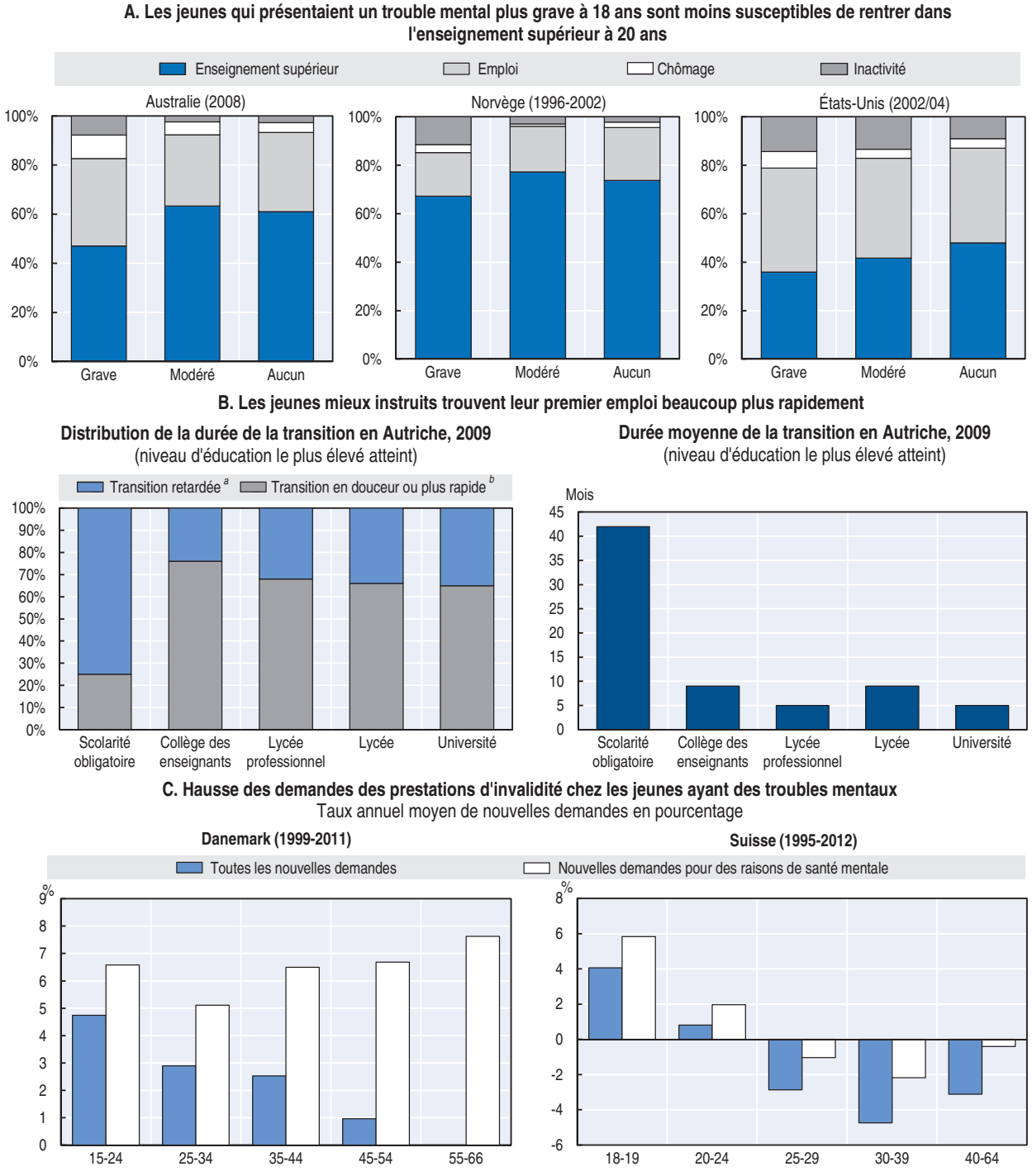
Avec un taux de chômage bien plus élevé chez les jeunes que dans le reste de la population, et la crise massive de l'emploi de ces dernières années qui les touche de plein fouet, le passage des études au monde du travail est devenu particulièrement difficile pour les jeunes (OCDE, 2014c).

L'insertion professionnelle est difficile pour les jeunes défavorisés

Le taux de chômage des jeunes qui souffrent d'une mauvaise santé mentale est plus élevé que celui des jeunes en bonne santé. Les données longitudinales issues de certains pays dressent un tableau encore plus sombre : ces jeunes atteints de troubles mentaux sont moins nombreux à faire des études supérieures, ce qui diminue encore leurs chances de réussir leur transition vers l'emploi (graphique 2.5, partie A). Les jeunes avec un faible niveau d'instruction sont fortement désavantagés lorsqu'ils cherchent un premier emploi. Des données récentes concernant l'Autriche confirment que les jeunes qui ont simplement terminé leur scolarité obligatoire (qui dure neuf ans en Autriche) mettent beaucoup plus de temps à trouver un emploi. Ils passent en moyenne 40 mois à chercher un emploi, comparés à 10 mois pour ceux qui terminent leurs études secondaires et cinq mois pour ceux qui vont à l'université ou dans un établissement d'enseignement professionnel (graphique 2.5, partie B). Par ailleurs, comme les jeunes qui souffrent de troubles mentaux sont surreprésentés chez les élèves qui arrêtent leurs études à la fin de la scolarité obligatoire, il est très probable que leur première expérience professionnelle soit décevante, ce qui peut contribuer à réduire encore leur estime de soi.

Au cours des dix ou vingt dernières années, de nombreux pays de l'OCDE ont observé une forte augmentation du nombre de jeunes âgés de 15 à 24 ans qui déposent des demandes de prestations d'invalidité en raison de troubles mentaux. Cette hausse a été beaucoup plus rapide que dans d'autres groupes d'âges (graphique 2.5, partie C), même dans des pays où la réforme des prestations d'invalidité a conduit à une diminution des nouvelles demandes dans toutes les autres tranches d'âges (OCDE, 2012). Des données suédoises mettent également en évidence un lien étroit entre le chômage des jeunes et les demandes de prestations d'invalidité : les régions qui connaissent des taux de chômage des jeunes plus élevés ont également des taux de prestations d'invalidité plus élevés (OCDE, 2013d).

Graphique 2.5. **La transition vers l'emploi est plus difficile pour les jeunes souffrant de troubles mentaux**



a. Personnes entre 15 et 34 ans qui ont déjà terminé leur formation et qui vivent dans des ménages privés.

b. La durée de la transition éducation / profession de plus de trois mois (à l'exclusion des personnes ayant déclaré pendant la transition Präsenz- / Zivildienst comme activité principale).

Source : Partie A: Estimations de l'OCDE à partir des enquêtes Youth in Focus (Australie), Young HUNT (Norvège) et National Longitudinal Survey of Youth 1997 (États-Unis) ; partie B : Statistiques Autriche LFS 2009 module ad hoc « Eintritt junger Menschen in den Arbeitsmarkt » (pris à partir de Nationaler Bildungsbericht Österreich 2012, Band 1) ; et partie C : Questionnaire de l'OCDE sur la santé mentale.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933264950

L'aide à la recherche d'emploi et à l'acquisition d'une expérience professionnelle arrive trop tardivement

Pour répondre au taux de chômage très élevé (et croissant) des jeunes, certains pays ont mis en place des programmes d'activation dirigés par le service public de l'emploi (SPE). Ainsi, dans le cadre du programme suédois visant à garantir un emploi pour les jeunes (OCDE, 2013d), ou du programme autrichien pour garantir l'accès à l'apprentissage (OCDE, 2015), les jeunes chômeurs qui sont inscrits à l'agence locale pour l'emploi participent à des programmes, qui durent souvent plusieurs mois, au cours desquels ils reçoivent une aide intensive à la recherche d'emploi ou bénéficient d'une première expérience professionnelle par le biais de dispositifs d'apprentissage. Le Danemark a également entrepris de renforcer les compétences des jeunes chercheurs d'emploi inscrits qui n'ont pas fini leurs études secondaires en les faisant participer à des programmes éducatifs obligatoires (OCDE, 2013c). La Suède a mis en place des centres d'orientation spécialement destinés aux jeunes chômeurs qui se sont éloignés du marché du travail en raison de troubles mentaux par exemple, ou parce qu'ils n'ont jamais travaillé. Ces centres proposent un soutien à l'éducation, à la santé et à l'emploi et travaillent en étroite collaboration avec les entreprises (Fiche 2.12).

La plupart des pays n'ont cependant qu'une vague idée de la vulnérabilité accrue des jeunes chômeurs atteints de troubles mentaux. Il s'ensuit qu'ils ne traitent pas du tout ce problème ou qu'ils le considèrent comme un motif d'inéligibilité au soutien à l'emploi. De telles positions sont extrêmement préjudiciables. Le travail peut participer à l'amélioration de la santé mentale, mais plus la durée de chômage s'allonge, plus les jeunes s'éloignent du marché du travail, ce qui aggrave encore le chômage (Strandh et al., 2014 ; OCDE, 2013c ; OCDE, 2012 ; Mroz et Savage, 2006).

Malgré les bonnes intentions des programmes d'activation pour les jeunes mis en place par le SPE, on relève deux lacunes majeures. Tout d'abord, l'organisation de tels programmes est une démarché réactive – c'est-à-dire que ces mesures arrivent trop tard, lorsque les jeunes sont déjà au chômage. Les gouvernements devraient chercher à renforcer les programmes d'intégration sur le marché du travail en instaurant une aide au développement professionnel plus tôt dans le système d'enseignement traditionnel. Mais la plupart des pays de l'OCDE ne disposent que de très peu de conseillers en emploi officiant dans l'enseignement secondaire et supérieur. Et même s'ils sont plus nombreux dans l'enseignement professionnel et spécialisé, ils ne sont pas formés à détecter les troubles mentaux, ni à traiter les problèmes qui peuvent en découler lors de la première expérience professionnelle (OCDE, 2014a ; OCDE, 2014b). Les résultats d'une Enquête sur le bien-être mental dans l'enseignement supérieur au Royaume-Uni soulignent que de telles connaissances seraient très utiles : ils indiquent en effet que 80 % des 56 établissements d'enseignement supérieur ont fait état d'une forte hausse du nombre d'étudiants frappant à la porte de services étudiants pour répondre à des besoins dans le domaine de la santé mentale (Royal College of Psychiatrists, 2011).

Ensuite, seuls les jeunes qui s'inscrivent dans des agences locales pour l'emploi peuvent bénéficier de ces programmes d'activation. Jusqu'ici, aucun pays n'a essayé d'obliger les jeunes qui abandonnent leurs études à s'inscrire au service public de l'emploi, afin de pouvoir suivre ceux qui rencontrent des difficultés à trouver un emploi. Cette pratique n'est courante qu'en Belgique, où 85 % des jeunes qui quittent l'école s'inscrivent auprès du SPE (OCDE, 2013a).

Bon nombre de pays de l'OCDE sont également aux prises avec un nombre croissant de demandes de prestations d'invalidité déposées par des jeunes, pour la plupart pour des

raisons de mauvaise santé mentale. Pour éviter que ces indemnités ne soient allouées trop tôt dans la vie, plusieurs pays ont restreint l'accès aux prestations d'invalidité permanentes, et versent désormais des prestations temporaires, qui sont devenues une alternative couramment utilisée. En Autriche par exemple, presque toutes les prestations versées à des jeunes sont dans un premier temps temporaires (OCDE, 2015). Toutefois, cette nouvelle approche n'est pas suffisante en elle-même, car ces pays ne font pas grand-chose pour réinsérer les jeunes qui bénéficient de ces prestations temporaires. Et à terme, les droits temporaires deviennent presque toujours permanents.

De plus, dans des pays comme la Suède et la Norvège, l'accent mis ces dernières années sur les paiements temporaires a entraîné une hausse des nouvelles demandes de la part des jeunes – encore une fois principalement pour des raisons de santé mentale. La raison en est que la mise en place des prestations d'invalidité temporaires a fait baissé le seuil d'éligibilité appliqué aux nouvelles demandes (OCDE, 2013b ; OCDE, 2013d).

Il est très difficile d'appliquer des mesures d'activation à des jeunes qui sont sur le point de bénéficier de prestations d'invalidité et de trouver le juste équilibre entre imposer des exigences plus rigoureuses et apporter un soutien plus efficace. Les réformes récemment menées au Danemark (Fiche 5.3) et en Autriche (Fiche 5.4) ont cherché à renforcer l'activation en restreignant les droits aux prestations d'invalidité et en proposant plutôt une démarche de réadaptation et d'intégration interdisciplinaire et plus complète. Ces changements concernent tout particulièrement les jeunes, comme le montrent les premiers résultats au Danemark. Il faut cependant encore voir si les nouveaux modèles de réadaptation sont efficaces et si ces réformes peuvent aider les jeunes à entrer ou à rester sur le marché de l'emploi.

Le Programme australien *Orygen* Youth Health de rétablissement psychosocial, est une initiative prometteuse qui vise à aider les jeunes souffrant de troubles psychotiques à trouver un emploi. Il est dérivé d'un programme de placement et de soutien individuels (IPS), initialement élaboré pour des adultes. Comme dans le cadre d'un programme IPS, un conseiller en emploi travaille avec l'équipe clinique afin d'aider les jeunes à retourner à l'école, à suivre une formation ou à trouver un emploi (Fiche 2.13). Même si *Orygen* se concentre principalement sur des jeunes souffrant de troubles psychotiques et n'a pas encore été aussi largement évalué et mis en œuvre que les programmes IPS pour adultes, il constitue un exemple prometteur de soutien intégré à la santé, à l'éducation et à l'emploi. Développer des programmes similaires pour les jeunes chômeurs inscrits qui souffrent de troubles mentaux légers à modérés est une voie à explorer.

Aujourd'hui, le soutien apporté aux jeunes atteints de troubles mentaux qui cherchent à s'insérer dans le monde du travail est insuffisant. Il intervient souvent trop tard – à savoir une fois que les jeunes ont quitté l'école – et uniquement s'ils font la démarche de s'inscrire auprès des SPE. Et plus ils restent longtemps sans travailler, plus leurs chances de rejoindre le marché du travail sont minces.

Synthèse et recommandations

Les demandes de prestations d'invalidité marquent généralement la fin des perspectives de carrière. Les interventions visant à faciliter la transition de l'école vers l'emploi doivent débuter lorsque les élèves sont encore scolarisés – que ce soit dans des établissements traditionnels ou spécialisés – et doivent être le fait de conseillers en emploi ayant reçu une formation en santé mentale. Compte tenu des coûts élevés sur toute la durée de la vie que pose l'incapacité à s'insérer dans la vie active, investir massivement dans le soutien apporté lors du passage de l'école au monde du travail aura probablement des retombées très positives.

Les recommandations suivantes peuvent contribuer à rendre efficaces les aides apportées à la réussite de cette transition :

- Améliorer la détection précoce des problèmes de santé mentale afin d'aider les jeunes concernés à réussir leur passage vers l'enseignement supérieur ou le marché du travail, par exemple en faisant appel, dans l'enseignement professionnel et secondaire, à des conseillers en emploi spécialisés.
- Impliquer les SPE le plus tôt possible, par exemple en exigeant de tous les jeunes qui abandonnent leurs études qu'ils s'inscrivent à l'agence locale pour l'emploi et en veillant à ce que ceux qui ne trouvent pas de travail bénéficient d'une formation.
- Faire appel à des programmes de réadaptation pluridisciplinaires pour maîtriser les demandes de prestations d'invalidité déposées par les jeunes.

RÉFÉRENCES

Homlong, L., E. Rosvold and O. Haavet (2013), « Can Use of Healthcare Services Among 15-16 Year-olds Predict an Increased Level of High School Dropout? A Longitudinal Community Study », BMJ Open.

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. et al. (2005), « Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication », *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, pp. 593-602.

Kim-Cohen, J. et al. (2003), « Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort », *Archives of General Psychiatry*, vol. 60, pp. 709-717.

Langeveld, J. et al. (2011), « Teachers' awareness for psychotic symptoms in secondary school: the effects of an early detection programme and information campaign », *Early Intervention in Psychiatry*, vol. 5, pp. 115-121.

McLeod, J. et D. Fettes (2007), « Trajectories of Failure: The Educational Careers of Children with Mental Health Problems », *American Journal of Sociology*, vol. 113, n° 3, pp. 653-701.

Merikangas, K. et al. (2010), « Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplemente (NCS-A) », *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 49, n° 10, pp. 980-89.

MindMatters (2014), *Background, framework and rationale: MindMatters redevelopment*, www.mindmatters.edu.au/docs/default-source/fact-sheets/mindmatters---background-framework-and-rationale.pdf?sfvrsn=12 (consulté le 11 août 2015).

Mroz, T. et T. Savage (2006), « The long-term effects of youth unemployment », *The Journal of Human Resources*, vol. 41, n° 2, pp. 259-293.

OCDE (2015, à paraître), *Mental Health and Work: Austria*, Éditions OCDE, Paris.

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

OCDE (2014b), *Mental Health and Work: Netherlands*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264223301-en.

OCDE (2014c), *Perspectives de l'emploi de l'OCDE 2014*, Éditions OCDE, Paris http://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2014-fr.

OCDE (2013a), *Santé mentale et emploi : Belgique*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264187597-fr.

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

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

OCDE (2013d), *Mental Health and Work: Sweden,* Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264188730-en.

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

OCDE (2010), *Creating Effective Teaching and Learning Environments: First Results from TALIS*, Éditions OCDE, Paris, http://dx/doi/org/ 10.1787/9789264068780-en.

Ormel, J. et al. (2014), « Mental health in Dutch adolescents: a TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-morbidity of DSM disorders », *Psychological Medicine*, Diffusion en ligne avant impression.

Philip, J. et al. (2014), « The mental health in Austrian teenagers (MHAT) - Study: preliminary results from a pilot study », *Neuropsychiatrie*, Diffusion en ligne avant impression.

Royal College of Psychiatrists (2011), « Mental Health of Students in Higher Education », *College Report*, n° CR166, Royal College of Psychiatrists, London.

Skre, I. et al. (2013), « A school intervention for mental health literacy in adolescents: effects of a non-randomized cluster controlled trial », *BMC Public Health*, vol. 13, n° 873, pp. 1-15.

Slee, P. et al. (2009), *KidsMatter Primary Evaluation Final Report,* Centre for Analysis of Education Futures, Flinders University of South Australia, Bedford Park.

Strandh, M. et al. (2014), « Unemployment and mental health scarring during the life course », *European Journal of Public Health*, vol. 24, n° 3, pp. 440-445.

Veldman, K. et al. (2014), « Mental Health Problems and Educational Attainment in Adolescence: 9-year Follow-up of the TRAILS Study », *PLoS One*, vol. 9, n° 7, pp. 1-7.

Weare, K. et M. Nind (2011), « Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? », *Health Promotion International*, vol. 26, n° S1, pp. i29-69.

Wyn, J. et al. (2000), « MindMatters, a whole-school approach promoting mental health and wellbeing », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 34, pp. 594-601.

FICHES 2.1 À 2.13

Fiche 2.1. Norvège : Améliorer les connaissances en santé mentale des enseignants et des élèves

Fiche 2.2. Australie : KidsMatter et MindMatters – Promouvoir les programmes de santé mentale dans les écoles

Fiche 2.3. Belgique : Services d'accompagnement interne à l'école

Fiche 2.4. Suède : Les Centres de consultation pour la jeunesse viennent en aide aux jeunes souffrant de problèmes multiples

Fiche 2.5. Australie : Headspace – Fournir des services aux jeunes souffrant de troubles mentaux

Fiche 2.6. Belgique: Centres d'orientation des élèves

Fiche 2.7. Pays-Bas : Des Équipes régionales de soins et de conseil pour les jeunes scolarisés

Fiche 2.8. Pays-Bas : Prévenir l'abandon scolaire précoce

Fiche 2.9. Australie : Youth Connections – rétablir des liens entre les jeunes démobilisés et l'enseignement, la formation et l'emploi

Fiche 2.10. Autriche : Jugendcoaching – Aider les jeunes à rester dans le système éducatif

Fiche 2.11. Danemark : Centres municipaux d'orientation des jeunes

Fiche 2.12. Suède : Centres d'orientation destinés aux jeunes chômeurs

Fiche 2.13. Australie : Orygen Youth Health – Intégrer les services de l'emploi dans un cadre clinique

Fiche 2.1
Norvège : Améliorer les connaissances en santé mentale des enseignants et des élèves

Contexte

Les enseignants jouent un rôle majeur dans l'identification des troubles mentaux chez les élèves et dans les mesures qui sont prises en conséquence. Lutter contre la stigmatisation dont souffrent les élèves atteints de troubles mentaux peut favoriser leur insertion sociale. il est primordial d'améliorer les connaissances en santé mentale des élèves et des enseignants afin de prévenir l'échec scolaire.

Programme

En Norvège, le projet coopératif *Santé mentale à l'école*, qui a fonctionné de 2004 à 2011, proposait différents programmes de formation en santé mentale à l'intention des enseignants et des élèves. Ce projet, qui fait partie du plan stratégique du gouvernement pour la santé mentale, avait pour objectif de mieux faire connaître les problèmes de santé mentale, d'accroître l'appui dont peuvent disposer les malades, et de renforcer la confiance dans l'efficacité des traitements.

Ainsi, les six programmes de santé mentale différents qui ont été mis en place avaient tous pour objectif d'améliorer les connaissances sur la façon dont les élèves peuvent préserver leur propre santé mentale, sur les endroits où ils peuvent trouver de l'aide, et sur les moyens leur permettant de se soutenir mutuellement. Un programme s'est particulièrement concentré sur les enseignants, et visait à améliorer i) leur compréhension des maladies mentales, ii) leur aptitude à gérer des élèves atteints de troubles mentaux et iii) leur connaissance des schémas de coopération entre les écoles et les services sociaux et de santé. L'ambition était de créer une atmosphère plus ouverte et propice aux discussions sur les problèmes émotionnels dans les écoles.

Résultats

Une étude contrôlée non randomisée a évalué les effets de l'un des programmes de santé mentale – *Santé mentale pour tous*. Le programme portait sur la sensibilisation des jeunes aux troubles mentaux et aidait les élèves à exprimer leurs sentiments et à prendre davantage conscience de leur propre santé mentale et de celle des autres. Il a montré que les connaissances sur la santé mentale progressaient beaucoup plus chez les élèves qui avaient suivi le programme que chez les autres. Ils reconnaissaient plus facilement les profils symptomatiques et avaient moins de préjugés. Une étude évaluant les campagnes d'information menées en Norvège pour renforcer l'aptitude des enseignants à repérer les signes avant-coureurs de psychose a révélé que ceux ayant été touchés par la campagne avaient plus confiance dans l'efficacité du traitement de la psychose et étaient davantage capables d'identifier une psychose. De telles campagnes d'information pourraient constituer le cadre d'une collaboration plus étroite entre le système éducatif et celui des soins de santé mentale.

Aucune enquête n'a été effectuée sur l'efficacité de la formation des enseignants à l'identification d'un large éventail de signes de mauvaise santé mentale. Il est crucial que cette formation ne se contente pas d'aider à identifier les élèves atteints des problèmes les plus facilement identifiables (attitude de défi, hyperactivité, troubles du comportement, par exemple), elle doit aussi concerner les troubles mentaux moins visibles, moins perturbateurs, comme l'anxiété et la dépression.

Pour en savoir plus

Langeveld, J. et al. (2011), « Teachers' awareness for psychotic symptoms in secondary school: the effects of an early detection programme and information campaign », *Early Intervention in Psychiatry*, vol. 5, pp. 115-121.

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

Skre, I. et al. (2013), « A school intervention for mental health literacy in adolescents: effects of a non-randomized cluster controlled trial », *BMC Public Health*, vol. 13, n° 873, pp. 1-15.

Fiche 2.2
Australie : *KidsMatter* et *MindMatters* – Promouvoir les programmes de santé mentale dans les écoles

Contexte

Les jeunes qui souffrent de troubles mentaux présentent un risque plus élevé d'afficher un niveau d'instruction faible et d'arrêter leurs études plus tôt que leurs camarades. La mise en œuvre de programmes de santé mentale dans les écoles peut favoriser une meilleure compréhension des problèmes de santé mentale chez les enseignants et les élèves, et participer ainsi à la prévention du décrochage scolaire.

Programme

Le gouvernement australien finance deux programmes de promotion de la santé mentale dans les écoles : *KidsMatter* dans les établissements primaires et *MindMatters* dans les établissements secondaires.

KidsMatter a pour objectif d'encourager les partenariats entre le secteur éducatif, les professionnels de la petite enfance, le système de santé et les collectivités locales afin d'optimiser la santé mentale et le bien-être des enfants et d'intervenir rapidement lorsque c'est nécessaire. *MindMatters* s'appuie sur les cadres d'intervention précoce, de prévention et de promotion de la santé mentale élaborés pour *KidsMatter*, mais a été adapté au contexte des établissements secondaires et au développement des adolescents. Harmoniser *MindMatters* et *KidsMatter* au moyen d'un cadre cohérent pourrait être bénéfique au grand nombre d'établissements scolaires réunissant l'enseignement primaire et secondaire.

Les deux programmes prévoient des formations pour la promotion de la santé mentale et aident les établissements scolaires à identifier leurs points forts et leurs points faibles dans ce domaine. À cette fin, les programmes encouragent la collaboration entre les enseignants, les parents, les élèves et le milieu scolaire dans son ensemble. Ils aident les écoles à choisir un programme d'intervention dans quatre domaines majeurs : i) un environnement scolaire positif ; ii) la capacité d'adaptation des élèves ; iii) les parents et la famille (par exemple, pour un appui en matière d'information et une bonne communication) ; et iv) un soutien aux élèves qui rencontrent des problèmes de santé mentale.

Résultats

Une phase pilote de *KidsMatter* a été testée dans 101 écoles australiennes en 2007-08. Une évaluation complète (mais sans groupe témoin) révèle une amélioration générale du bien-être et de l'état de santé mentale des élèves – plus grand optimisme, meilleures capacités d'adaptation et de gestion des problèmes de santé mentale – ainsi qu'un renforcement des connaissances des enseignants en santé mentale, et de leur aptitude à venir en aide à leurs élèves. À ce jour, aucune évaluation solide n'a été réalisée concernant la façon dont le programme *MindMatters* améliore les connaissances en santé mentale, met en œuvre les interventions, ou obtient des résultats en matière de santé mentale. On ne sait pas non plus combien d'établissements scolaires du secondaire ont intégré le programme dans leur propre programme scolaire. En 2011, le ministère de la Santé et du Vieillissement a débuté une collaboration avec le *Principals Australia Institute* afin de trouver un moyen cohérent et continu de mesurer les résultats des programmes *KidsMatter* et *MindMatters*.

Pour en savoir plus

Graetz, B. et al. (2008), « KidsMatter: A Population Health Model to Support Student Mental Health and Well-being in Primary Schools », *International Journal of Mental Health Promotion*, vol. 10, pp. 13-20.

OCDE (2015, à paraître), *Mental Health and Work: Australia*, Éditions OCDE, Paris.

Slee, P. et al. (2009), *KidsMatter Primary Evaluation Final Report*, Centre for Analysis of Education Futures, Flinders University of South Australia, Bedford Park.

Fiche 2.3
Belgique : Services d'accompagnement interne à l'école

Contexte

L'enfance et l'adolescence sont des périodes cruciales pour promouvoir une bonne santé mentale et prévenir les troubles mentaux. La création de services de santé mentale en milieu scolaire, qui accordent un rôle central à l'enseignant en tant qu'acteur de premier plan, est une solution prometteuse.

Programme

Les Flandres mettent en œuvre dans les établissements scolaires un programme de services d'accompagnement interne (interne leerlingenbegeleiding). Chaque établissement reçoit un financement qui lui permet de dégager les enseignants d'une partie de leur charge d'enseignement ou de faire appel à du personnel spécialisé (psychologue, éducateur, professionnel de la santé ou travailleur social), de façon à offrir un accompagnement supplémentaire aux élèves qui en ont besoin. On les appelle les enseignants accompagnateurs. Tous les établissements d'enseignement primaire sont tenus d'appliquer une politique d'accompagnement à trois niveaux : coordination des actions au niveau de l'établissement, accompagnement et soutien des collègues, et conseils aux élèves. Toutefois, en fonction des besoins, les enseignants accompagnateurs peuvent agir à d'autres niveaux que celui auquel ils sont affectés. Dans certains établissements, ils privilégient en premier lieu les interventions individualisées, par exemple en encourageant les élèves à parler des problèmes qu'ils rencontrent à l'école ou à la maison. Dans d'autres, leur action est davantage axée sur des démarches collectives (par exemple des programmes de prévention des brimades), ou sur l'élaboration de nouvelles stratégies (programmes école-santé, par exemple).

Résultats

Une évaluation récente montre que la politique d'accompagnement interne, qui accorde une place centrale à l'enseignant, a été largement acceptée dans l'enseignement primaire dans les Flandres grâce à une série d'initiatives et à l'augmentation des dépenses du gouvernement flamand. Les établissements d'enseignement primaire disposent en moyenne de l'équivalent temps plein de 0.6 enseignant accompagnateur, les plus grands établissements (25 % du total) employant entre 0.75 et 1 enseignant accompagnateur à temps plein. En outre, les établissements dont au moins 10 % des élèves (25 % dans le secondaire) appartiennent à un groupe à risque (par exemple, langue étrangère parlée à la maison, mère peu instruite, ou ménage bénéficiant d'une allocation scolaire) reçoivent des moyens supplémentaires équivalents à un à deux enseignants à plein temps. La même étude souligne par ailleurs que les établissements d'enseignement secondaire ont généralement un service d'accompagnement interne moins bien développé car la question de la santé mentale y a bénéficié de beaucoup moins d'attention et d'investissement de la part des pouvoirs publics.

Pour en savoir plus

OCDE (2013), *Santé mentale et emploi : Belgique,* Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264187597-fr.

Struyf, E. et al. (2012), « Zorgbeleid in het Gewoon Basisonderwijs en Secundair Onderwijs in Vlaanderen: Kenmerken, Predictoren en Samenhang met Taakopvatting, en Handelingsbekwaamheid van Leerkrachten » [Stratégie d'accompagnement dans l'enseignement primaire et secondaire dans les Flandres : caractéristiques, variables explicatives, concordance des tâches, et compétences des enseignants], Onderzoek in opdracht van de Vlaamse Minister van Onderwijs en Vorming in het kader van het onderwijskundig beleids- en praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek (OBPWO 09.05), Bruxelles.

Fiche 2.4
Suède : Les Centres de consultation pour la jeunesse viennent en aide aux jeunes souffrant de problèmes multiples

Contexte

De nombreux jeunes souffrant de problèmes de santé mentale ne bénéficient pas d'un appui adapté, voire n'ont aucune aide, car ils ne sont pas en relation avec les services publics adéquats. Ceux qui ne sont pas scolarisés et qui ne travaillent pas illustrent bien cette situation car ils n'ont généralement plus aucun lien avec les systèmes éducatif ou de l'emploi. Veiller à ce qu'ils bénéficient d'un soutien adapté est un défi de taille.

Programme

Les Centres de consultation pour la jeunesse constituent un service public facilement accessible et gratuit, destiné aux jeunes jusqu'à 20 ans. Ils peuvent entrer en contact avec les centres de leur propre initiative, grâce à la politique de portes ouvertes adoptée par ces derniers. Ces centres jouent un rôle central dans la promotion de la santé en général grâce aux relations étroites qu'ils entretiennent avec les adolescents. Ils sont conjointement gérés par les communes et les régions, proposent des services aux jeunes souffrant de problèmes multiples, en particulier de problèmes de santé mentale. Les conseils municipaux ou régionaux financent les centres, de manière conjointe ou distincte. Même s'il existe des différences dans la façon dont les communes organisent leurs centres de consultation, l'orientation générale est la même.

Tous les centres de consultation pour la jeunesse accueillent au moins une sage-femme, un médecin généraliste, un travailleur social et un psychologue. Leurs principales activités sont des services de prévention et de traitement à destination des jeunes qui i) présentent des problèmes psychologiques et sociaux, et ii) ont des problèmes de sexualité (une grossesse non désirée ou une infection sexuellement transmissible, par exemple). Les employés de ces centres travaillent activement à l'identification des signes précurseurs des maladies mentales et sont confrontés aux préoccupations liées au développement social des adolescents. En fonction de la gravité des troubles, le traitement psychologique peut prendre la forme d'une thérapie de courte ou de longue durée qui met l'accent sur l'accompagnement de la crise, le soutien et/ou le manque de discernement du patient. Les activités des différents professionnels impliqués consistent à conduire des entretiens individuels, à mener des recherches, à fournir des traitements et à gérer des activités de groupe. Les activités de sensibilisation représentent également une partie importante des missions des centres. Elles comprennent des visites d'observation dans les classes et la diffusion d'informations dans les écoles sur les différents services de santé disponibles.

Résultats

Environ 1.3 million de jeunes se sont inscrits dans ces centres de consultation depuis leur lancement en 2002. On ne dispose d'aucune donnée pouvant confirmer l'efficacité de ce programme. Toutefois, il présente des points forts qui sont reconnus comme étant importants pour la conception de services destinés aux jeunes. Tout d'abord, la diversité des services regroupés au sein de ce dispositif adapté aux jeunes permet de palier le faible recours des jeunes aux soins de santé (mentale) spécialisés ou même aux soins de santé primaires. Ensuite, l'intégration de programmes et de services de santé mentale dans des programmes généraux d'aide sociale pour la jeunesse pourrait être la voie à suivre, notamment dans les milieux à faibles ressources. Enfin, les programmes pour la santé des jeunes sont moins stigmatisants lorsque plusieurs services adaptés à la jeunesse sont proposés dans un même lieu et sont donc plus aptes à toucher les jeunes atteints de troubles mentaux courants.

Pour en savoir plus

OCDE (2013), *Mental Health and Work: Sweden*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264188730-en.

Patel, V. et al. (2007), « Mental Health of Young People: A Global Public-Health Challenge », *The Lancet*, n° 369, pp. 1302-1313.

Fiche 2.5
Australie : *Headspace* – Fournir des services aux jeunes souffrant de troubles mentaux

Contexte

Les problèmes de santé mentale sont très fréquents lors du passage de l'enfance à l'âge adulte – période pendant laquelle ils surviennent encore plus souvent que plus tard dans la vie. Pourtant, les jeunes sont moins enclins que les autres groupes à rechercher l'aide d'un professionnel en cas de problème de santé mentale. Cette situation s'explique par le manque de sensibilisation et la faible accessibilité des services.

Programme

Le programme *Headspace* s'attaque à l'inadéquation entre les besoins et l'offre de services de santé mentale chez les jeunes âgés de 12 à 25 ans. En décembre 2014, on comptait 70 centres *Headspace* en Australie, un nombre qui devrait grimper à 100 d'ici 2016. Ils regroupent un éventail de professionnels comme des psychologues, des travailleurs sociaux, des intervenants dans le domaine de l'alcool et des drogues, des médecins généralistes, des conseillers d'orientation, des spécialistes de la formation professionnelle et des travailleurs socio-éducatifs. Les centres *Headspace* sont des plateformes de services intégrées, accessibles et adaptées aux jeunes qui proposent des interventions et un appui fondés sur des données factuelles aux jeunes ayant des problèmes de santé mentale et de bien-être. Chaque centre offre des services médicaux et professionnels en vue d'apporter une aide globale et intégrée.

L'accès aux centres *Headspace* est très facile : tout le monde peut y venir. Ce programme représente donc la meilleure opportunité de rentrer en contact avec des jeunes atteints de troubles mentaux courants non diagnostiqués. Les services sont fournis pour la plupart gratuitement, et dans le respect de la confidentialité. Le programme *Headspace* collabore et échange avec d'autres services, comme les dispositifs publics pour l'emploi et le département en charge de l'action sociale (qui évalue l'éligibilité à l'aide au revenu et oriente les demandeurs vers les services de l'emploi). Il dispose également d'un programme de soutien pour les établissements scolaires du secondaire particulièrement touchés par le suicide.

Résultats

Une étude récente des caractéristiques des usagers des centres *Headspace*, réalisée entre janvier et juin 2013 dans les 55 centres ouverts à cette période, montre que la majorité ne se sentait pas bien (ils se sentaient le plus souvent tristes, déprimés et/ou anxieux). Plus de la moitié présentaient un niveau élevé de détresse psychologique. Environ 15 % ne présentaient aucun trouble mental, 17 % un état de santé mentale en-deçà du seuil clinique, environ 40 % souffraient d'un trouble mental léger à modéré, près de 20 % présentaient des symptômes au-delà du seuil clinique, et 6 % souffraient de troubles mentaux graves.

Près de 50 % fréquentaient un établissement scolaire et 20 % un établissement d'enseignement supérieur – ces chiffres démontrent le potentiel du programme *Headspace* à prévenir le décrochage scolaire chez les jeunes souffrant de problèmes de santé mentale. Le fait qu'un tiers des usagers étaient déscolarisés, inactifs et ne suivaient aucune formation souligne la vulnérabilité des jeunes atteints de troubles mentaux. Aucune donnée n'est disponible à ce jour sur les types de services les plus utilisés, ni sur la pérennité des interventions.

Pour en savoir plus

OCDE (2015, à paraître), *Mental Health and Work: Australia*, Éditions OCDE, Paris.

Rickwood, D., N. Van Dyke et N. Telford (2013), « Innovation in Youth Mental Health Services in Australia: Common Characteristics Across the First Headspace Centres », *Early Intervention in Psychiatry*, Epub ahead of print, http://dx.doi.org/10.1111/eip.12071 (consulté le 11 août 2015).

Rickwood, D. et al. (2014), « Headspace – Australia's Innovation in Youth Mental Health: Who Are the Clients and Why Are They Presenting? », *Medical Journal of Australia*, vol. 200, n° 2, pp. 108-111.

Fiche2.6
Belgique: Centres d'orientation des élèves

Contexte

L'âge moyen de l'apparition des troubles mentaux se situant à 14 ans, le système éducatif à un rôle majeur à jouer dans l'identification précoce des problèmes de santé mentale. Apporter un soutien individuel et pluridisciplinaire aux élèves qui présentent des troubles du comportement contribue à offrir en temps utile une prise en charge coordonnée des jeunes souffrant de problèmes mentaux.

Programme

Dans les Flandres, les centres d'orientation des élèves (Centra voor Leerlingenbegeleiding – CLB) aident les établissements scolaires dans quatre domaines clés : les stratégies d'apprentissage, la planification du parcours scolaire, le fonctionnement psychosocial et les soins de santé préventifs. Ils fonctionnent grâce à des équipes pluridisciplinaires composées de psychologues (généralement les directeurs de centre), médecins, infirmières, travailleurs sociaux et éducateurs. Les centres effectuent également des examens médicaux réguliers et sont structurellement liés au ministère flamand de l'Éducation ainsi qu'au ministère flamand du Bien-Être, de la Santé publique et de la Famille.

Ils fonctionnent selon le principe de la surveillance universelle de tous les élèves, et fournissent d'autre part des services de conseils intensifs, individuels et pluridisciplinaires aux élèves ayant des besoins accrus. Le travail des centres est essentiellement déterminé par la demande, que celle-ci émane d'un élève, d'un parent ou d'un établissement. Cependant, ils jouent aussi un rôle central dans la prévention du décrochage scolaire et dans l'accès à un enseignement spécialisé et intégré.

En plus de fournir des informations, un soutien et des services d'orientation, les centres connaissent généralement bien les services externes vers lesquels ils peuvent aiguiller les personnes qu'ils ne parviennent pas à aider eux-mêmes.

Résultats

Tous les établissements sont tenus de collaborer avec un centre d'orientation des élèves, les travailleurs sociaux de chaque centre ayant sous leur responsabilité environ 400 élèves en moyenne. Les pratiques varient cependant beaucoup d'un centre à un autre, et le personnel n'est pas toujours suffisamment nombreux pour accomplir toutes les tâches. Les établissements scolaires, les parents et les élèves sont de plus en plus nombreux à solliciter l'aide des centres, en particulier pour résoudre des problèmes psychosociaux. Les longues listes d'attente pour les services externes, en particulier dans le secteur de la santé mentale, ont alourdi la charge de travail des travailleurs sociaux des centres étant donné qu'ils accompagnent les élèves jusqu'à ce que ces derniers reçoivent des soins spécialisés. Par manque de temps, les centres font généralement peu de prévention ou de détection précoce.

Pour en savoir plus

OCDE (2013), *Santé mentale et emploi : Belgique,* Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264187597-fr.

Vermaut, H. et al. (2009), « Het CLB-Decreet: Tussen Wens en Realisatie », Evaluatie Acht Jaar na de Invoering van het CLB-Decreet, Hoger Instituut voor de Arbeid, Katholieke Universiteit Leuven.

Fiche 2.7
Pays-Bas : Des Équipes régionales de soins et de conseil pour les jeunes scolarisés

Contexte

Identifier précocement les élèves atteints de troubles mentaux, et leur proposer un traitement coordonné, est crucial pour venir en aide à ceux qui souffrent de problèmes psychosociaux. Le système éducatif a un rôle majeur à jouer.

Programme

Aux Pays-Bas, les écoles font partie d'un réseau d'Équipes de soins et de conseil (ZAT) qui viennent en aide aux élèves souffrant de problèmes d'ordre psychosocial et/ou comportemental. Les équipes comprennent d'autres spécialistes de la jeunesse comme des pédiatres, des travailleurs sociaux, des psychologues, des pédagogues, des responsables de l'enseignement, et des policiers. Les équipes pour l'enseignement primaire, secondaire et professionnel sont distinctes.

Les principales tâches des ZAT sont i) de réaliser une analyse interdisciplinaire des cas qui se présentent à elles ; ii) d'explorer plus avant les problèmes des élèves ou des familles ; iii) de coordonner les services d'aide à mobiliser pour un cas particulier ; iv) de conseiller les représentants des établissements scolaires ; v) de fournir un appui aux élèves et/ou aux familles ; vi) de faire appel à d'autres services d'aide ; vii) de prévenir le décrochage scolaire (principalement pour les équipes travaillant au sein des établissements professionnels).

Résultats

Presque tous les établissements secondaires et professionnels participent aux ZAT, mais pas plus de 67 % des établissements primaires. Les équipes doivent faire face à une importante charge de travail : 8 200 élèves dans l'enseignement primaire, 721 dans le secondaire et 3 200 dans l'enseignement professionnel. Environ 1 % des élèves de l'enseignement primaire sont pris en charge chaque année scolaire, contre 4 % dans le secondaire. Il n'existe pas de telles statistiques pour les établissements professionnels. On peut en déduire qu'un grand nombre d'élèves présentant des problèmes ne sont pas détectés, car les données nationales ont montré qu'environ 20 % des jeunes Néerlandais rencontraient des problèmes de santé mentale. En conséquence, les Équipes de soins et de conseil viennent en aide à ceux qui souffrent des problèmes psychosociaux les plus graves.

Les établissements scolaires évaluent les équipes tous les ans. Globalement, les équipes sont bien notées pour ce qui est de l'expertise, du travail d'équipe, de la gestion et de la notification des accords, de la vitesse d'intervention et de la gestion efficace des problèmes. Dans l'enseignement primaire et secondaire, elles ont été critiquées à propos du manque de programmes de prévention et de l'ampleur limitée des programmes d'aide mis en œuvre. Les équipes de l'enseignement primaire ne collaborent pas suffisamment avec les prestataires locaux de soins aux enfants. Dans l'enseignement secondaire, on relève des problèmes de retour d'information entre les équipes et les élèves, les parents et les enseignants. Dans l'enseignement professionnel, on constate des défaillances en ce qui concerne l'orientation rapide des élèves vers les équipes de soins et de conseil et vers d'autres intervenants externes.

Pour en savoir plus

OCDE (2014), *Mental Health and Work: Netherlands*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264223301-en.

Steenhoven, P. van der et D. van Veen (2012), « Monitor deelnemerszorg en ZAT's in het middelbaar beroepsonderwijs 2011 », Nederlands Jeugdinstituut, Utrecht.

Steenhoven, P. van der et D. van Veen (2011a), « Monitor ZAT's, zorgteams en leerlingenzorg in het primair onderwijs 2010 », Nederlands Jeugdinstituut, Utrecht.

Steenhoven, P. van der et D. van Veen (2011b), « Monitor leerlingenzorg en ZAT's in het voortgezet onderwijs 2010 », Nederlands Jeugdinstituut, Utrecht.

Fiche 2.8
Pays-Bas : Prévenir l'abandon scolaire précoce

Contexte

Les jeunes souffrant de problèmes de santé mentale sont particulièrement exposés au risque d'abandon scolaire précoce, ce qui se traduit bien souvent par un faible niveau d'instruction et des perspectives professionnelles réduites. Les politiques qui visent à prévenir le décrochage scolaire et à offrir un soutien rapide aux jeunes qui ont abandonné leurs études sont, de ce fait, essentielles.

Programme

Depuis 2007, les Pays-Bas ont mis en œuvre plusieurs mesures visant à réduire l'abandon scolaire précoce. Tous les jeunes scolarisés reçoivent un « numéro d'éducation » qui facilite le suivi des abandons. Parallèlement à cette mesure, un Bureau numérique de l'absentéisme scolaire a été mis en place à l'échelle nationale. Depuis 2009, tous les établissements scolaires sont tenus de lui signaler les cas d'absentéisme (à savoir 16 heures d'absence dans un délai de quatre semaines scolaires consécutives) et d'abandon scolaire (à savoir l'arrêt de la scolarité avant l'obtention d'un premier diplôme).

Un programme national de lutte contre l'abandon scolaire précoce (*Aanval op schooluitval*) a également été lancé. Ses principaux objectifs sont : i) d'analyser plus en détail le passage de l'enseignement secondaire préprofessionnel à l'enseignement professionnel ; ii) de multiplier et d'améliorer les interventions en milieu scolaire (récompenser les établissements qui parviennent à diminuer le taux de décrochage scolaire) ; iii) de mieux répondre aux besoins des élèves qui préfèrent « travailler avec leurs mains » ; iv) d'apporter une aide plus efficace en termes d'orientation professionnelle et de choix d'études ; v) de proposer des programmes scolaires plus attrayants, qui intègrent des activités sportives et culturelles, afin d'inciter les jeunes à rester à l'école ; vi) de définir avec les employeurs des exigences en matière de qualification de base pour les jeunes âgés de 18 à 23 ans qui abandonnent précocement leurs études.

Les Pays-Bas ont également créé 39 centres régionaux d'enregistrement et de coordination afin de mieux faire face au décrochage scolaire en collaboration avec les établissements scolaires et les communes. Les élèves âgés de moins de 23 ans qui quittent l'école sans un diplôme de base relèvent de la responsabilité de ces centres. Ils cherchent à réorienter les jeunes vers l'école, éventuellement en alternance avec un emploi, afin qu'ils y obtiennent un diplôme de base. Si l'enseignement n'est plus une orientation envisageable, les centres aident les jeunes sous leur responsabilité à trouver un emploi durable (souvent en collaborant avec les services de l'emploi).

Résultats

On a observé une nette tendance à la baisse du nombre de nouveaux décrocheurs scolaires par établissement depuis l'entrée en vigueur des mesures destinées à lutter contre l'abandon scolaire précoce. Il a été pratiquement divisé par deux, passant de 50 000 au cours de l'année scolaire 2005-2006 à environ 28 000 en 2012-13, ce qui représente 2.1 % de l'effectif scolaire total (ces statistiques sont provisoires). La majeure partie des décrocheurs (79 %) proviennent de l'enseignement professionnel, 18 % de l'enseignement secondaire, et les 3 % restants concernent la formation des adultes.

Pour en savoir plus

OCW (2011), « Schooluitval voorkomen in Nederland: Speerpunten huidige aanpak en doorkijk naar vervolgbeleid; resultaat schooljaar 2009-2010 (voorlopige cijfers) », Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, La Haye.

OCW (2013), « Aanpak voortijdig schoolverlaten », Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, La Haye.

OCDE (2014), *Mental Health and Work: Netherlands*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264223301-en.

Fiche 2.9
Australie : *Youth Connections* – rétablir des liens entre les jeunes démobilisés et l'enseignement, la formation et l'emploi

Contexte

Les jeunes qui souffrent de troubles mentaux, diagnostiqués ou non, sont plus susceptibles d'abandonner leurs études et, partant, de connaître de médiocres perspectives d'emploi. Les centres spécialisés dans la gestion au cas par cas peuvent améliorer l'appui apporté aux décrocheurs scolaires et les aider à retourner à l'école ou à mieux réussir leur transition vers le monde du travail.

Programme

Le programme *Youth Connections* était un système de filet de sécurité destiné aux jeunes ayant abandonné leurs études ou sur le point de le faire. Il proposait une prise en charge individualisée permettant d'aider les jeunes à reprendre contact avec l'enseignement ou la formation, à renforcer leur capacité de résilience et leurs compétences, et à développer des qualités qui favorisent les choix de vie positifs et le bien-être.

Le programme était constitué de trois volets : i) des services de soutien individualisé ; ii) des activités de sensibilisation et de remobilisation pour suivre les jeunes qui sont sortis du système éducatif ; et iii) des activités visant à renforcer les capacités des services de la région à identifier les jeunes exposés au risque de décrochage, et à les prendre en charge plus efficacement. La gestion des cas faisait appel au mentorat, à la sensibilisation et à l'orientation vers d'autres prestataires de services. Les principaux obstacles abordés étaient le manque d'estime de soi, les lacunes en lecture/écriture et en calcul, et les problèmes comportementaux.

Les prestataires étaient financés par le gouvernement fédéral, avec le soutien de programmes mis en place par les États. Le montant du financement dépendait de l'importance et de la nature de chaque région concernée. Les accords entre les autorités fédérales et étatiques ont pris fin en 2013, mais le gouvernement australien a continué à financer le programme *Youth Connections* jusqu'à la fin de 2014.

Résultats

Les services ont été mis en œuvre dans 113 régions par 67 organisations et ont délivré des services d'appui à plus de 87 870 jeunes, parmi lesquels 26 079 (29 %) présentaient des problèmes de santé mentale (soupçonnés ou diagnostiqués). Durant l'existence du programme, environ 54 150 jeunes bénéficiant d'un appui ont débuté des études, ont repris leurs études ou ont renforcé leur implication dans leurs études, environ 40 740 autres ont amélioré leurs résultats scolaires, leur assiduité ou leur comportement, et 4 490 ont trouvé un emploi (un même participant pouvait obtenir plusieurs résultats).

Une enquête menée auprès des prestataires de suivi individualisé suggère que le programme *Youth Connections* était efficace sur le long terme grâce aux liens durables qu'il rétablissait : six mois après avoir quitté le programme, 93 % des participants suivaient des études ou une formation, ou occupaient un emploi. De nombreux participants ont également vu leur situation psychologique s'améliorer. Les principales raisons expliquant l'absence de résultats sont le manque d'implication lors du premier contact ou l'abandon du programme.

Les principaux facteurs de réussite comprenaient le faible nombre de dossiers par intervenant (25 à 30 adolescents), la flexibilité du service, et les liens avec les autres services. La majorité des employés travaillant avec les jeunes étaient qualifiés dans le domaine socio-éducatif et étaient formés à reconnaître les problèmes de santé mentale et à intervenir en cas de crise.

Pour en savoir plus

Dandolopartners (2014), Final Evaluation of the National Partnership on Youth Attainment and Transitions, Dandelopartners, Melbourne.

OCDE (2015, à paraître), *Mental Health and Work: Australia*, Éditions OCDE, Paris.

Fiche 2.10
Autriche : *Jugendcoaching* – Aider les jeunes à rester dans le système éducatif

Contexte

Les jeunes connaissant des problèmes multiples, qui peuvent comprendre des problèmes de santé mentale, présentent un risque élevé de quitter le système éducatif sans diplôme. L'abandon précoce des études affecte leurs perspectives professionnelles de manière irréversible et nécessite une intervention rapide.

Programme

L'objectif du programme *Jugendcoaching* est d'aider les jeunes à rester dans le système éducatif aussi longtemps que possible et de renouer des liens avec les jeunes déscolarisés et inactifs. Les trois groupes ciblés sont les jeunes dans leur neuvième année scolaire (la dernière année obligatoire) qui ont généralement entre 15 et 16 ans ; les jeunes déscolarisés et inactifs âgés de moins de 19 ans ; et les jeunes souffrant d'un handicap ou ayant des besoins éducatifs particuliers âgés de moins de 25 ans. Les individus éligibles le sont souvent en raison de leur situation personnelle et de désavantages sociaux et présentent par conséquent un risque élevé de ne pas terminer leurs études. Les jeunes vulnérables accèdent au programme principalement par l'intermédiaire des enseignants qui les repèrent (pour ceux qui suivent leur dernière année de scolarité obligatoire) et par l'intermédiaire d'organismes comme les services pour l'emploi.

Jugendcoaching est un processus progressif en trois étapes. La première étape est une consultation initiale de trois heures consacrée à des conseils éducatifs et qui débouche sur des objectifs mutuellement définis. La deuxième étape prévoit huit heures d'entretien portant sur l'orientation, au cours desquelles les élèves doivent reprendre leur engagement initial et l'approfondir et, si nécessaire, consulter d'autres intervenants comme des travailleurs sociaux. La troisième étape prévoit 30 heures de suivi individualisé, durant lesquelles les éducateurs définissent des étapes amenant à la réalisation de l'objectif convenu et se termine par un rapport final. Au cours de ce processus, les éducateurs peuvent orienter les jeunes vers d'autres services (gestion de l'endettement, orientation) et, si nécessaire, mettre en place une psychothérapie. Tout cela doit se faire en un an maximum. L'implication des parents et des enseignants, et l'accent mis sur les compétences des élèves, sont des éléments essentiels de ce programme.

Résultats

Lors de la phase d'essai, le programme concernait principalement les élèves dans leur neuvième année scolaire. Ils sont facilement accessibles par l'intermédiaire des enseignants, mais les procédures de renvoi vers le programme diffèrent fortement d'une région à l'autre, et restent largement opaques dans la plupart des cas. D'autres méthodes d'approche seront nécessaires pour les autres groupes cibles, comme une étroite collaboration avec d'autres acteurs (comme des travailleurs socio-éducatifs).

Parmi ceux qui ont suivi tout le programme (seuls 7 % ont abandonné en cours), 85 % ont obtenu des résultats conformes aux objectifs convenus. Au total, 30 % ont abouti à l'étape 3 du suivi individualisé, mais pour le groupe des jeunes déscolarisés et inactifs, on s'attend à une proportion bien plus élevée, ce qui pose un sérieux problème de financement en raison de la charge de travail déjà élevée des professionnels (100 jeunes chacun).

Enfin, le programme ne semble pas entrer en conflit avec les autres professionnels de la santé mentale (comme les travailleurs sociaux, les psychologues scolaires, les enseignants-conseils pour les enfants souffrant de problèmes mentaux ou comportementaux). *Jugendcoaching* semble plutôt jouer le rôle d'une plateforme pour l'ensemble des intervenants.

Pour en savoir plus

OCDE (2015, à paraître), *Mental Health and Work: Austria*, Éditions OCDE, Paris.

Steiner, M. et al. (2013), « Evaluierung Jugendcoaching-Endbericht », Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Vienne.

Fiche 2.11
Danemark: Centres municipaux d'orientation des jeunes

Contexte

Les jeunes qui souffrent de problèmes de santé mentale sont très susceptibles d'abandonner précocement leurs études, ce qui réduit leurs perspectives professionnelles. Une intervention précoce visant à faciliter le passage du premier au deuxième cycle du secondaire et du secondaire vers le marché du travail est indispensable.

Programme

Les Centres municipaux d'orientation des jeunes sont chargés i) de conseiller les jeunes jusqu'à l'âge de 25 ans lors de la transition difficile entre le premier et le deuxième cycle du secondaire, et ii) d'effectuer un suivi de ceux qui abandonnent leurs études au cours du deuxième cycle du secondaire.

Des conseillers d'orientation sont chargés d'élaborer des plans d'éducation pour tous les élèves, qui concernent la suite de leurs études après le premier cycle du secondaire. Cette démarche implique des rencontres avec les élèves et leurs parents et l'élaboration d'un dossier scolaire qui regroupe des informations sur leurs résultats, leurs intérêts, leurs attentes, et sur la façon dont ils souhaitent évoluer.

Cette planification débute plusieurs années avant la fin de la scolarité obligatoire. Les conseillers d'orientation évaluent les compétences scolaires, sociales et personnelles des élèves au cours de la huitième année de scolarité. Les enfants dont on estime qu'ils ne possèdent pas les compétences nécessaires pour poursuivre leurs études doivent participer à un programme individualisé axé sur l'enseignement et l'orientation au cours de la huitième et de la neuvième année, mené conjointement par l'école et le centre d'orientation. L'objectif est que l'élève soit apte à suivre un enseignement du deuxième cycle du secondaire à la fin de sa neuvième ou dixième année d'étude.

Le processus de transition entre le premier et le deuxième cycle du secondaire est surveillé et les élèves âgés de 15 à 17 ans qui ne s'inscrivent pas dans le deuxième cycle du secondaire après la fin de la scolarité obligatoire sont suivis afin de prévenir l'abandon scolaire précoce. En cas d'absentéisme, le conseiller d'orientation doit entrer en contact avec les parents de l'élève dans les cinq jours qui suivent le signalement par l'établissement, et mettre en place une intervention dans les 30 jours. Les conseillers ne sont pas autorisés à proposer un traitement ou une thérapie, mais ils peuvent repérer certains problèmes et orienter les élèves ou les parents vers un spécialiste – un travailleur social en cas de graves problèmes sociaux dans la famille, par exemple, ou un psychologue en cas de troubles mentaux.

Les centres coopèrent étroitement avec les structures éducatives et l'agence pour l'emploi municipale, pour qui les jeunes en général, et les jeunes âgés de 18 à 19 ans en particulier, sont aussi un groupe cible (tous les jeunes peuvent obtenir des conseils auprès de l'agence pour l'emploi concernant le marché du travail ou les possibilités d'emploi). Les centres d'orientation ont accès à une base de données qui permet une vision complète du parcours scolaire et des formations suivies par chaque habitant de la commune âgé de moins de 25 ans qui n'a pas terminé le deuxième cycle de l'enseignement secondaire. Ceci permet une identification plus rapide des jeunes les plus vulnérables.

Résultats

On compte 53 centres au Danemark, qui disposent d'environ 1 000 conseillers et couvrent 98 communes. Le ministère de l'Éducation a élaboré des directives relatives à un système d'assurance qualité devant être mis en place dans chaque centre ; celui-ci rassemble les chiffres concernant la portée, les résultats et l'incidence des conseils donnés, ainsi qu'une procédure visant à évaluer les services fournis par l'intermédiaire d'enquêtes menées auprès des usagers et des employés. Les centres sont également tenus de publier leurs objectifs, méthodes, activités prévues et résultats sur Internet.

Pour en savoir plus

Euroguidance Denmark (2014), *Guidance in Education – The Educational Guidance System in Denmark*, Danish Agency for Higher Education, Copenhague.

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

Fiche 2.12
Suède : Centres d'orientation destinés aux jeunes chômeurs

Contexte

Le fort taux de chômage chez les jeunes atteints de troubles mentaux est un problème que rencontrent de nombreux pays de l'OCDE. Plusieurs ont investi dans des programmes d'activation pour les jeunes, via le service public de l'emploi. Apporter un appui coordonné et interdisciplinaire aux jeunes chômeurs est essentiel pour les intégrer sur le marché du travail.

Programme

Au cours de l'année 2006-07, le Comité national suédois en charge de la jeunesse a piloté onze centres municipaux d'orientation avec un guichet unique commun destiné à venir en aide aux jeunes. Les centres d'orientation constituent un bon modèle de soutien coordonné en matière d'emploi, d'éducation et de santé à destination des jeunes âgés de 16 à 25 ans qui rencontrent des difficultés à entrer sur le marché du travail. Ils se concentrent sur les individus qui sont plus difficiles à motiver que ceux qui fréquentent habituellement les services de l'emploi. On compte parmi ces derniers les jeunes qui souffrent, ou ont souffert, de phobies sociales, de dépression, ou des conséquences d'une addiction. Bon nombre d'entre eux bénéficient de prestations sociales et n'ont jamais intégré le marché du travail.

Les centres d'orientation fournissent leurs services en grande partie par le biais d'un guichet unique qui propose, entre autres, une aide à la rédaction des CV, des conseils d'orientation scolaire ou professionnelle, des entretiens de motivation, ou des soins préventifs. Les jeunes peuvent aussi être aiguillés vers des professionnels de la santé mentale du comté où se situe le centre. Mais les centres peuvent également apporter un soutien direct, en fonction de la nature des troubles et de l'organisation du centre. Si les jeunes sont aiguillés par les agences municipales de l'emploi, les services publics de l'emploi, ou l'Agence d'assurance sociale, les jeunes sont tenus d'accepter l'offre de soutien qui leur est proposée.

Résultats

Aucune évaluation des centres d'orientation du pays n'est disponible. Mais les données issues de la phase pilote laissent penser que parmi les 2 000 jeunes qui ont jusqu'ici été placés dans un centre d'orientation, entre 45 et 70 % ont repris leurs études, ont trouvé un emploi ou ont bénéficié d'un stage. Les données qualitatives suggèrent que ces centres sont un bon moyen de combler les vides laissés par le service de l'emploi, les services sociaux et les comités locaux d'éducation, et dans lesquels se perdent les jeunes. Veiller à ce que toutes les communes proposent des services semblables à ceux des centres d'orientation pourrait faciliter l'accès à un soutien tant en termes d'emploi que de santé. On peut également envisager que ces centres deviennent une initiative nationale, sous réserve d'une évaluation rigoureuse du programme.

Pour en savoir plus

OCDE (2013), *Mental Health and Work: Sweden*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264188730-en.

Fiche 2.13
Australie : *Orygen Youth Health* – Intégrer les services de l'emploi dans un cadre clinique

Contexte

Les services de santé accordent généralement peu d'attention et de moyens à l'emploi et ont souvent peu de relations avec les agences de l'emploi et les courtiers en emploi. Il a pourtant été démontré que les services professionnels fournis parallèlement aux services de santé non seulement aidaient les patients à intégrer le marché de l'emploi, mais permettaient aussi d'améliorer leur situation en termes de santé et de bien-être.

Programme

Orygen Youth Health est un service de santé mentale en milieu hospitalier à destination des jeunes qui est financé par l'État. Il gère un programme expérimental de rétablissement psychosocial, qui est en fait un programme de placement et de soutien individuels (IPS) adapté aux jeunes. Cela signifie que des conseillers en emploi sont directement employés par le service de santé et qu'ils aident les jeunes à atteindre des objectifs éducatifs ou à trouver et à conserver un emploi, conformément au modèle IPS.

Orygen met l'accent sur trois groupes de troubles : les premiers épisodes de psychose, les troubles de l'humeur et les troubles de la personnalité. Toutefois, *Orygen* n'attend pas que les patients soient reconnus handicapés et met fortement l'accent sur la prévention indiquée lorsque les premiers signes de maladie mentale surviennent. Les jeunes peuvent également être recommandés par les écoles, les familles et la collectivité.

Le retour à l'école, en formation ou à l'emploi sont font partie des objectifs courants des jeunes qui participent au Programme de rétablissement psychosocial. Les jeunes peuvent préparer leurs entretiens d'embauche, mettre leur CV à jour, explorer leurs compétences et trouver une formation susceptible de leur convenir. Un programme de groupe peut être proposé en tant que première étape de la réadaptation professionnelle, afin d'apporter une certaine structure et une routine, et la possibilité de participer à des activités constructives avec d'autres. Des enseignants spécialisés sont présents sur place afin d'aider les jeunes à rester à l'école, ou à y retourner. Des programmes de formation professionnelle en groupe, par exemple dans le domaine de la restauration ou de l'horticulture, sont proposés et animés conjointement par des cliniciens et des enseignants. Ceux qui sont prêts à entrer sur le marché du travail peuvent rencontrer des conseillers en emploi d'autres agences ainsi que les conseillers qui travaillent pour *Orygen*.

Résultats

L'efficacité du service IPS pour les jeunes connaissant un premier épisode de psychose est actuellement évalué dans le cadre d'un essai randomisé avec témoins. Les premiers résultats (non publiés) sont positifs : le service intégré est plus efficace qu'une intervention sanitaire seule (85 % des sujets se sont orientés vers les études ou l'emploi, par rapport à 29 % pour ceux du groupe témoin qui ont bénéficié des soins habituels de suivi clinique, parmi lesquels certains ont une orientation professionnelle). Les facteurs qui contribuent au succès des conseillers en emploi d'*Orygen* sont par exemple le faible nombre de dossiers (environ 20) et l'accent mis sur la prévention et l'intervention précoce (avant que les jeunes ne se trouvent pris au piège de l'inactivité).

Le financement des spécialistes de l'emploi demeure un problème dans les services intégrés de ce type. Il faut pour cela convaincre que le spécialiste de l'emploi apporte plus de valeur qu'un clinicien supplémentaire. Une autre inquiétude est le manque de capacité pour proposer ce service à tout le monde dans la région : 2 500 personnes sont recommandées chaque année, mais les ressources ne permettent la prise en charge que de 700 à 800 jeunes.

Pour en savoir plus

Killackey, E. et al. (2013), « A Randomized Controlled Trial of Vocational Intervention for Young People with First-episode Psychosis: Method », *Perspectives in Early Intervention*, vol. 7, n° 3, pp. 329-337.

OCDE (2015, à paraître), *Mental Health and Work: Australia*, Éditions OCDE, Paris.

Chapitre 3

Créer des systèmes de soins de santé mentale axés sur l'emploi

Les personnes qui souffrent de problèmes mentaux ont besoin d'un traitement approprié et opportun pour empêcher l'aggravation de leur état. L'insuffisance des traitements est un problème qui perdure, car seuls environ 50 % des personnes qui souffrent de troubles mentaux sévères et environ 30 % de celles atteintes de troubles modérés reçoivent un traitement. Par ailleurs, délivrer le bon traitement, et à la bonne intensité, en fonction des personnes reste un défi dans de nombreux pays de l'OCDE. Afin de favoriser le taux d'activité des personnes souffrant de troubles mentaux, les pouvoirs publics doivent prendre des mesures pour mieux leur venir en aide. Pour ce faire, la coordination entre les secteurs de la santé et de l'emploi est capitale.

Conclusions :

- *Garantir un accès rapide à un traitement efficace.*
- *Former les médecins généralistes et les aider à traiter les troubles mentaux.*
- *Renforcer les mesures incitatives et les outils qui permettent aux médecins de gérer les problèmes liés à l'emploi et à la maladie.*
- *Renforcer le volet emploi du système de santé mentale.*

Les systèmes de soins de santé peuvent prévenir la diminution des capacités de travail et améliorer le taux d'activité des personnes atteintes de troubles mentaux en proposant un traitement approprié et opportun. Il est essentiel que les prestataires de soins de santé comprennent que le travail a un effet positif sur le processus de guérison des troubles mentaux et qu'ils doivent chercher à aider les personnes qui souffrent de problèmes mentaux à retourner au travail. Ceci étant dit, les problèmes liés au travail peuvent également contribuer aux troubles mentaux, ou même en être à l'origine. Les liens inextricables entre la santé mentale et le travail exigent des services de soutien à la santé mentale et à l'emploi intégrés.

Des traitements insuffisants partout dans l'OCDE

De nombreux pays rencontrent des difficultés à traiter les maladies mentales. Le rapport *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi* (OCDE, 2012) révèle que dans les pays de l'OCDE, seuls 50 % des personnes qui souffrent de troubles mentaux sévères, et 30 % de celles atteintes de troubles modérés, reçoivent un traitement. Et pour la plupart des malades qui reçoivent bien un traitement, celui-ci est délivré par un non-spécialiste, le plus souvent un médecin généraliste. Très peu sont pris en charge par des professionnels de la santé mentale (graphique 3.1, partie A).

La plupart des personnes qui rencontrent des problèmes de santé mentale ne trouvent pas leur place dans le système de santé. Elles sont pourtant nombreuses à avoir besoin d'un traitement. Des données australiennes de 2007 montrent qu'environ 20 % des personnes souffrant de troubles mentaux qui durent depuis plus de 12 mois et qui n'ont pas bénéficié d'un traitement déclarent ressentir le besoin d'en recevoir un. Même parmi celles qui ont reçu un traitement, quelque 40 % déclarent que ce dernier ne répond que partiellement à leurs besoins (graphique 3.1, partie B). Une enquête de grande ampleur menée dans six pays européens délivre des résultats similaires : seule la moitié environ des personnes nécessitant des soins de santé mentale reçoivent un traitement (Alonso et al., 2007).

Pour garantir des traitements efficaces qui favorisent l'emploi, les pays de l'OCDE doivent régler ces quatre questions fondamentales :

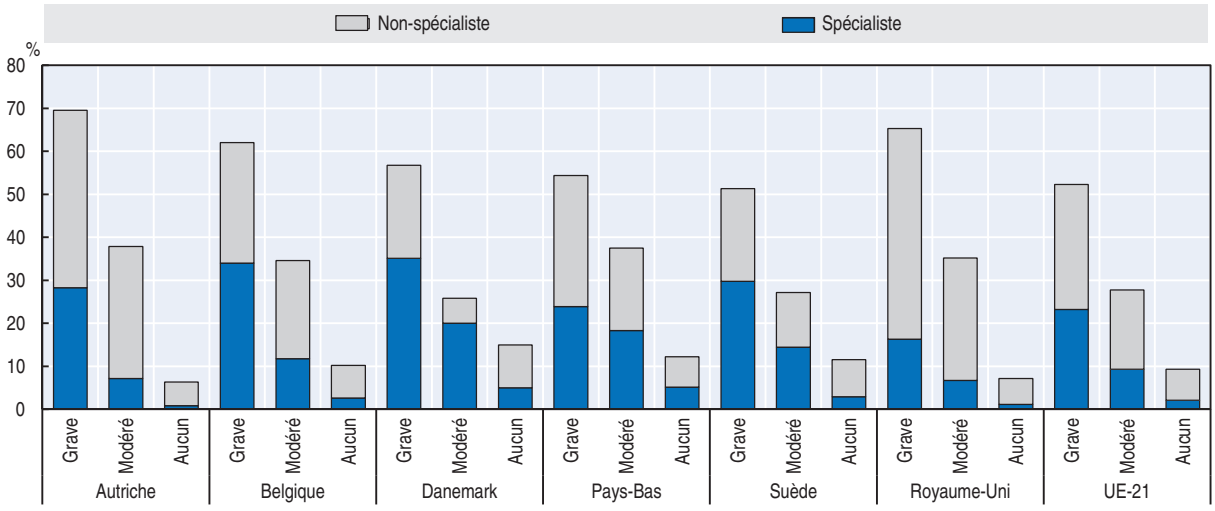
1. permettre un accès rapide à un traitement approprié,
2. former et soutenir les médecins généralistes pour leur permettre de mieux traiter les troubles mentaux,
3. proposer des mesures incitatives et des outils pour aider les médecins généralistes à prendre en charge les problèmes liés à l'emploi et à la maladie, et
4. mettre fortement l'accent sur l'emploi dans le système de santé mentale dans son ensemble.

Un accès rapide à un traitement approprié

Beaucoup des obstacles à l'obtention rapide d'un traitement sont communs à tous les pays de l'OCDE. Tout d'abord, la stigmatisation encore attachée aux problèmes de santé mentale décourage de nombreuses personnes de chercher à obtenir un traitement (Alonso et al., 2009). Ensuite, les médecins généralistes, qui sont le plus souvent les premiers à entrer en contact avec les patients et qui sont chargés de les aiguiller vers des services de santé mentale, ne reconnaissent pas toujours les troubles mentaux ni la nécessité de les faire prendre en charge par un spécialiste.

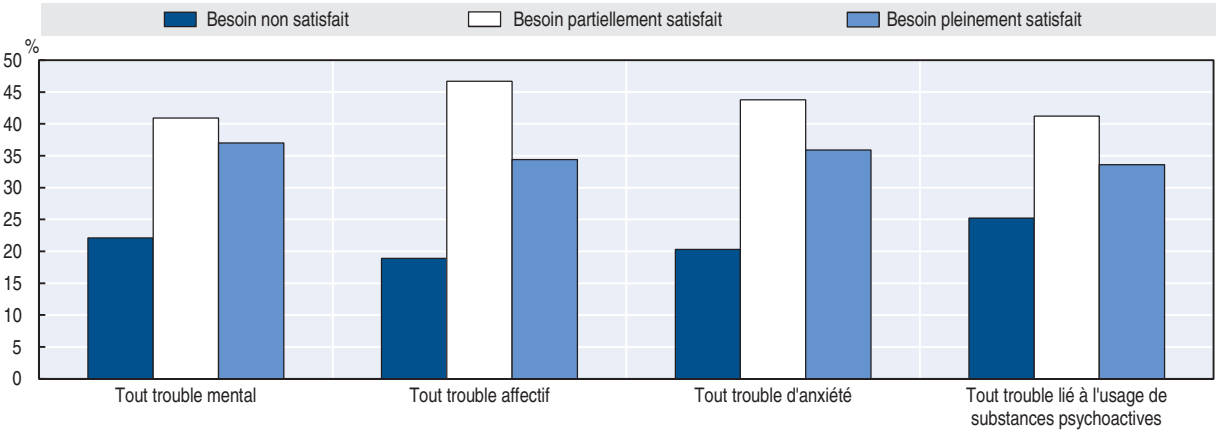
Graphique 3.1. **Les besoins en soins de santé mentale ne sont souvent pas satisfaits**

A. Part de personnes traitées par un spécialiste ou un non-spécialiste, selon la gravité du trouble mental, 2010



B. Part des personnes déclarant un besoin non satisfait pour un traitement selon la catégorie de trouble, Australie, 2007

Estimations de la prévalence de 12 mois pour le trouble et les besoins perçus



Note : UE-21 couvre les 21 pays européens de l'enquête Eurobaromètre.

Source: Partie A : Estimations de l'OCDE à partir de l'Eurobaromètre 2010 et partie B : Meadows, G. et P. Burgess (2009), « Perceived need for mental health care: Findings from the 2007 Australian Survey of Mental Health and Wellbeing », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 43, pp. 624-34.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933264962

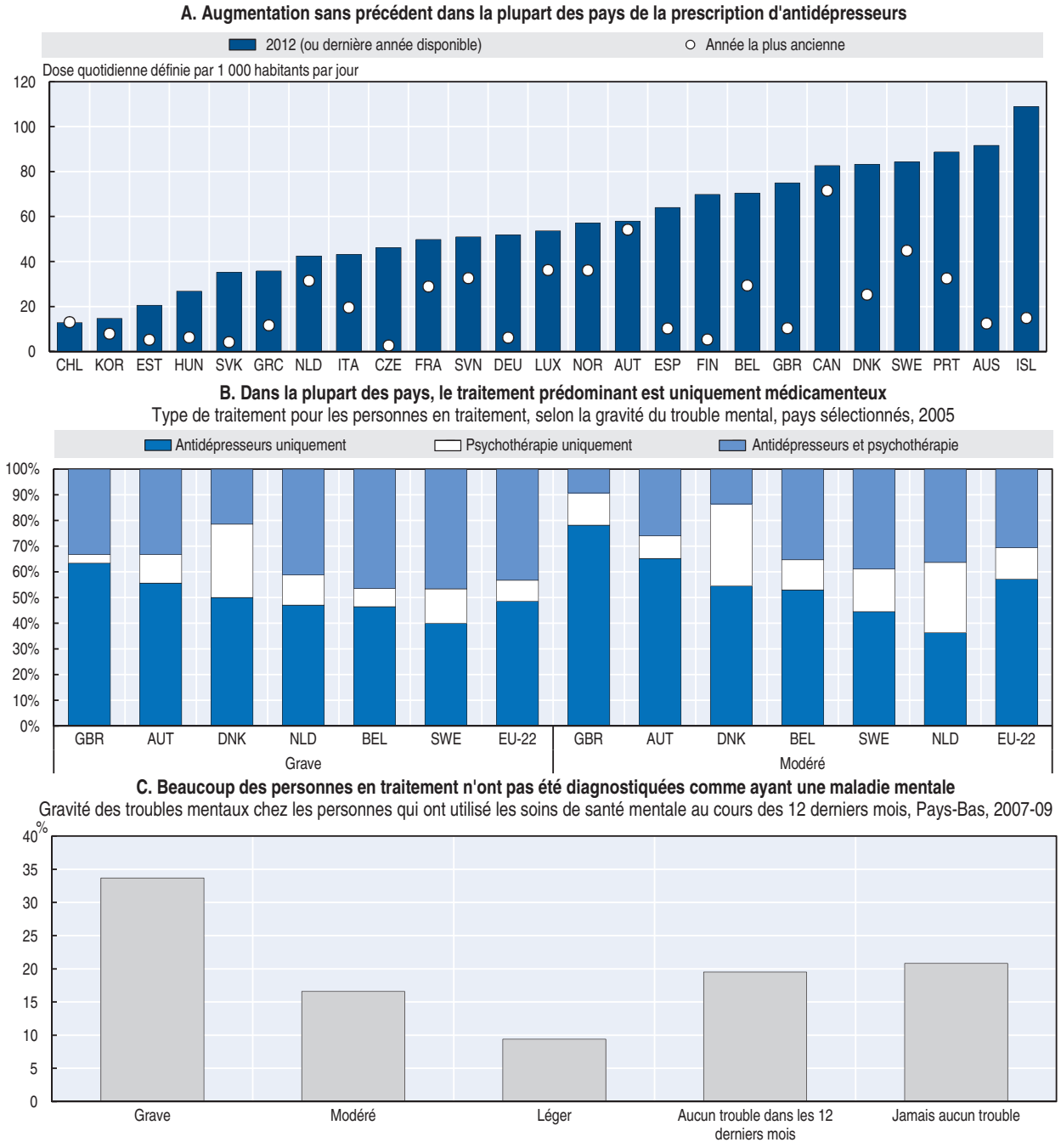
Le fait que les spécialistes soient souvent surchargés et imposent des délais d'attente trop longs constitue un autre obstacle inquiétant à l'obtention rapide d'un traitement. En Belgique, au Danemark et aux Pays-Bas, par exemple, des délais d'attente de plus d'un mois ont été rapportés, tandis qu'en Autriche il faut entre deux et huit mois pour obtenir un rendez-vous (OCDE, 2013a ; OCDE, 2013c ; OCDE, 2014b ; OCDE, 2015a). Le fait de devoir attendre si longtemps peut décourager certaines personnes de chercher à se faire soigner, ce qui peut entraîner de graves répercussions sur leur situation professionnelle lorsque les délais d'obtention d'un traitement les empêchent de reprendre le travail. En Suède par exemple, il a été établi que les médecins généralistes prescrivaient des arrêts-maladie inutilement longs en raison des délais d'attente excessifs pour consulter un spécialiste (OCDE, 2013d). Comme les chances de reprendre le travail diminuent rapidement avec le temps, il est préoccupant que l'obtention d'un traitement en temps opportun soit si compliquée (Koopmans et al., 2008).

La prise en charge adéquate des troubles mentaux reste un défi

Relativement peu de patients sont réellement pris en charge par le système de soins de santé mentale. Lorsque c'est le cas, le traitement qu'ils reçoivent n'est pas toujours approprié. Les prescriptions de médicaments psychotropes (comme les antidépresseurs) ont augmenté rapidement au cours des deux dernières décennies dans de nombreux pays (graphique 3.2, partie A), et ces médicaments restent le traitement de choix pour les personnes souffrant de troubles mentaux (graphique 3.2, partie B). Il s'agit là d'une tendance inquiétante, car il a été démontré que pour plusieurs maladies mentales, combiner une médication et une psychothérapie constituait le traitement le plus efficace (Cuijpers et al., 2014 ; Huhn et al., 2014), qui est d'ailleurs maintenant recommandé dans les directives de l'institut britannique National Institute for Health and Care Excellence (NICE).

Attribuer la bonne forme et la bonne intensité de traitement à la bonne personne n'est pas une évidence, comme l'illustre une étude menée aux Pays-Bas. Il en ressort que 20 % des patients qui reçoivent des soins de santé mentale auprès d'un spécialiste, d'un psychiatre ou d'un psychothérapeute, n'ont jamais souffert d'un trouble mental (graphique 3.2, partie C), et qu'un autre 20 % ont connu des troubles mentaux à un moment dans leur vie mais pas au cours des 12 derniers mois. Ces résultats ne signifient pas que ces personnes n'ont pas besoin de soins – en fait, plus de 50 % déclaraient rencontrer des problèmes psychologiques ou sociaux dans leur vie de tous les jours (Trimbos-Instituut, 2012), mais ils indiquent que toutes les personnes cherchant à obtenir des soins de santé mentale n'ont pas besoin d'un traitement spécialisé et que certaines pourraient être desservis par des médecins et autres soignants primaires, par exemple, des infirmières en santé mentale.

Graphique 3.2. **Fournir le bon traitement aux bonnes personnes est difficile**



Note : UE-22 est une moyenne non pondérée des 22 pays de l'enquête Eurobaromètre.

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

Source : Partie A : Estimations de l'OCDE à partir de l'Eurobaromètre, 2005 ; partie B : ten Have, M., J. Nuyen, A. Beekman et R. de Graaf (2013), « Common mental disorder severity and its association with treatment contact and treatment intensity for mental health problems », *Psychological Medicine*, n° 3, pp. 2203-2213, www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23388154 (consulté le 11 août 2015) ; et partie C : *Base de données de l'OCDE sur la santé, « Marché pharmaceutique ».*

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933264975

Des mesures pour mieux répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles mentaux

La première chose à faire pour améliorer l'accessibilité des soins de santé mentale est d'augmenter les fonds alloués au traitement des troubles courants – la dépression et le trouble anxieux – qui représentent la majeure partie des problèmes de santé mentale. Le Royaume-Uni et l'Australie ont mis en œuvre des programmes nationaux qui vont dans ce sens. L'initiative britannique *Increased Access to Psychological Therapies* (Fiche 3.1), finance des équipes qui proposent des services de psychothérapie factuelle (principalement des thérapies cognitivo-comportementales). En Australie, l'initiative *Access to Allied Psychological Services* (ATAPS) finance la prestation de services de psychothérapie allant de six à douze séances (Fiche 3.2). Le Danemark, qui a inspiré l'exemple australien, finance totalement la prise en charge par des psychologues agréés.

Pour réduire les temps d'attente, les pays ont adopté différentes mesures. L'Écosse garantit l'accès à une psychothérapie dans les 18 semaines, ce qui reste un délai assez long, en particulier pour les jeunes, même s'il constitue une amélioration (OCDE, 2014c). Même si le Danemark garantit un premier rendez-vous avec un thérapeute dans les deux mois, il n'a pas suffisamment réduit les temps d'attente globaux car beaucoup trop de temps et de ressources sont consacrés au diagnostic (OCDE, 2013c). L'exemple danois souligne l'importance de diminuer non seulement la durée des délais d'attente avant le premier rendez-vous, généralement consacré au diagnostic, mais aussi entre les différentes séances. Une autre approche est simplement d'augmenter le nombre de psychiatres et de psychologues, ce qu'a cherché à faire le gouvernement suédois en relevant le nombre de places disponibles dans les programmes de formation psychologique (OCDE, 2013d).

Il pourrait également être bénéfique d'investir dans le potentiel que représentent les services de psychothérapie par voie électronique (OCDE, 2014d). Plusieurs études ont montré que les TCC électroniques, à savoir des thérapies en ligne, sont efficaces pour soulager les problèmes de santé mentale, au moins à court terme (Spek et al., 2007 ; So et al., 2014). Les TCC électroniques sont disponibles dans de nombreux pays, mais elles ne sont pas encore utilisées à grande échelle. Elles pourraient être très pratiques en Australie par exemple, où les zones isolées restent nombreuses. Pourtant, bien que les pouvoirs publics financent ces thérapies électroniques dans le cadre de son initiative ATAPS, elles ne représentent que moins de 0.5 % de tous les traitements délivrés par ce programme (OCDE, 2015b). Toutefois, comme pour les traitements en face à face, ces thérapies électroniques nécessitent une certaine observance. Les relances par courriel pourraient constituer une solution, car elles peuvent être intégrées à l'interface de la thérapie électronique (Christensen et al., 2009).

Contrairement aux mesures destinées à réduire les temps d'attente, les politiques visant à garantir des soins appropriés et une utilisation plus efficace des traitements spécialisés rares et coûteux se mettent en place lentement. Les Pays-Bas ont récemment adopté un modèle de soins par paliers qui associe le type de traitement à la sévérité du trouble et donne plus de responsabilités aux soins de santé mentale de première ligne afin d'alléger le nombre de patients faisant appel aux soins spécialisés (Fiche 3.3). La plupart des pays ont ainsi choisi de mettre l'accent sur le rôle des médecins généralistes dans le traitement des maladies mentales, examiné plus en détail ci-après.

Synthèse et recommandations

Améliorer les traitements afin de répondre aux besoins des patients et les proposer plus rapidement nécessite des ressources supplémentaires, comme le financement accru des services de psychothérapie. De tels investissements permettraient cependant de réduire les dépenses publiques consacrées aux prestations d'invalidité et de maladie, ainsi que celles consacrées aux soins de santé somatique. Explorer l'usage des TCC électroniques pour les problèmes de santé mentale légers à modérés doit devenir une priorité – non seulement parce qu'elles sont moins coûteuses qu'un traitement traditionnel, mais aussi parce qu'elles peuvent atteindre un plus grand nombre de patients et permettre ainsi de mieux cibler l'utilisation des services spécialisés.

Les recommandations ci-après peuvent faciliter l'accès à un traitement adéquat plus rapidement :

- Renforcer les capacités en évitant le recours à des soins spécialisés coûteux et en utilisant plus largement les thérapies de première ligne pour le traitement des troubles mentaux courants.
- Investir dans les psychothérapies électroniques, avec un suivi strict de l'observance du traitement.

Former les médecins généralistes et les aider à traiter les troubles mentaux

Les médecins généralistes sont des prestataires incontournables de soins de santé mentale

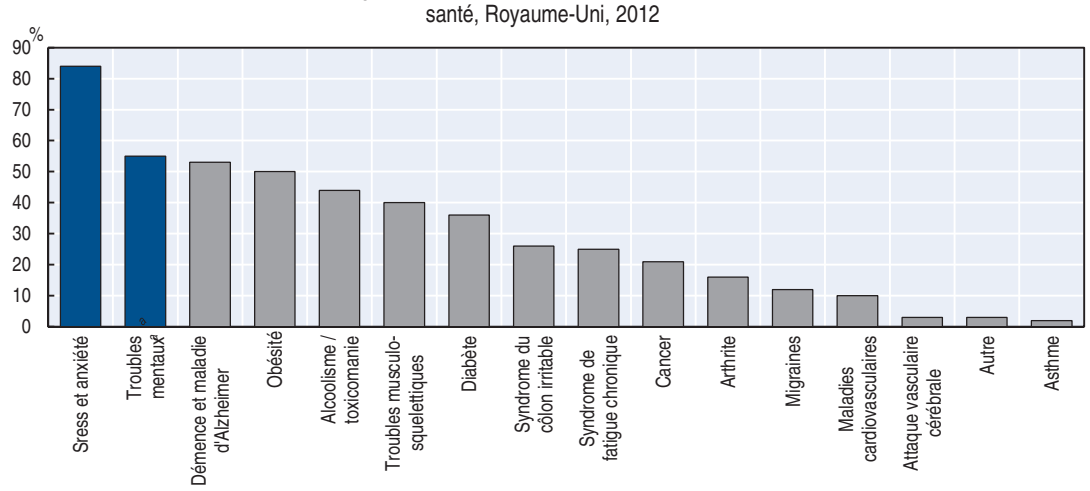
Dans la plupart des pays, les médecins généralistes sont les principaux vecteurs des soins de santé mentale, les premiers vers qui se tournent les personnes souffrant de troubles mentaux. Pourtant, ces patients ne présentent pas toujours directement leurs problèmes comme étant des troubles mentaux, et les médecins peuvent avoir du mal à les identifier comme tels. Des données produites par les Pays-Bas montrent que les médecins ne diagnostiquent des troubles mentaux que chez 12 % de leurs patients, alors que la prévalence sur 12 mois dans la population néerlandaise est environ deux fois plus élevée, et probablement encore davantage parmi les patients des médecins (OCDE, 2014b).

D'autres études ont aussi démontré que les médecins ne savent pas toujours reconnaitre même les plus courants des troubles mentaux. Par exemple, le taux de diagnostic par les médecins du trouble anxieux généralisé n'est que de 30 %, et il atteint entre 55 et 75 % pour les troubles dépressifs majeurs (Munk-Jørgensen et al., 2006 ; Ostergaard et al., 2010). Par ailleurs, des données britanniques soulignent que la plupart des médecins connaissent une augmentation du nombre de patients les consultant pour des problèmes de santé mentale (graphique 3.3, partie A). Il apparaît donc capital que les médecins généralistes disposent des connaissances et des compétences nécessaires pour identifier les problèmes de santé mentale. Pourtant, seuls quelques pays proposent des formations à cette fin dans le cursus général des médecins généralistes.

Graphique 3.3. **Les médecins généralistes traitent de plus en plus de troubles mentaux**

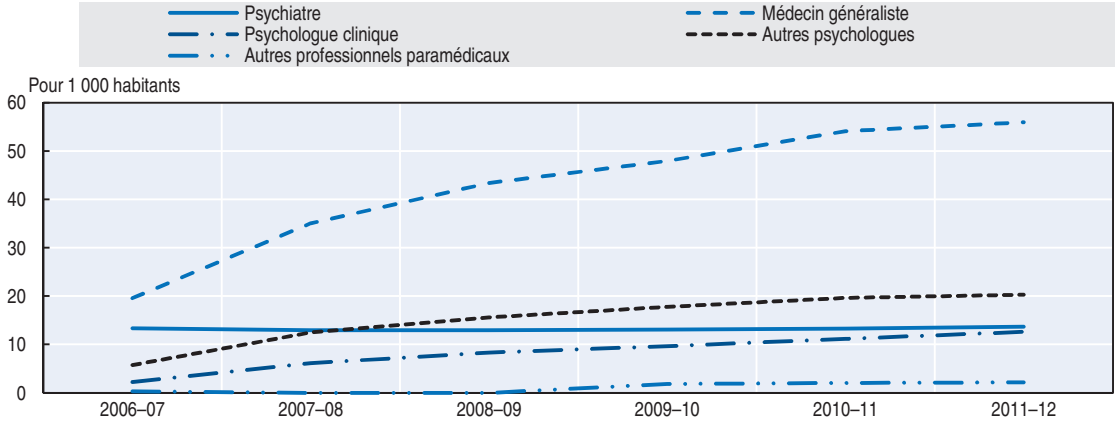
A. Toujours plus de patients avec des problèmes de santé mentale chez les médicins généralistes

Part des médecins remarquant une augmentation du nombre de patients au cours de l'année écoulée, par condition de santé, Royaume-Uni, 2012



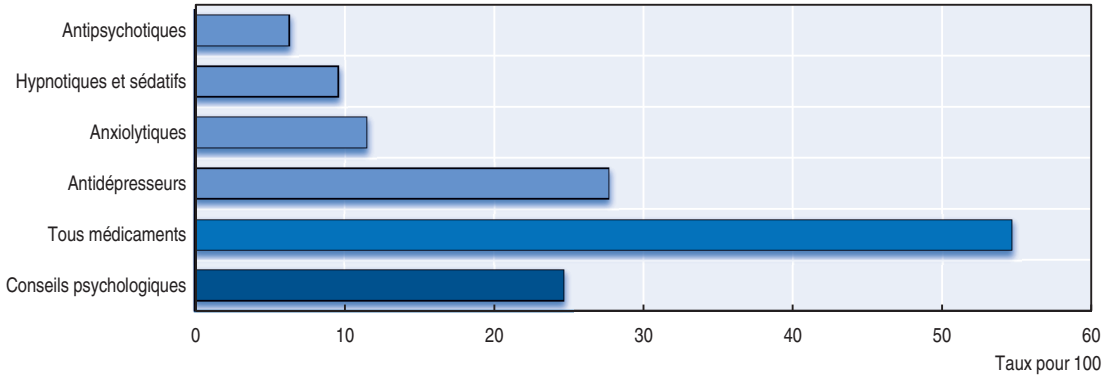
B. Les services de santé mentale sont souvent fournis par les médecins généralistes

Part des personnes qui reçoivent des services subventionnés Medicare liés à la santé mentale par type de prestataire, 2006-12 en Australie



C. Les médecins généralistes fournissent plus de médicaments que de conseils

Types de gestion des problèmes liés à la santé mentale traités par les médecins généralistes, Australie, 2011-12



a. Exclut le stress et l'anxiété.

Source : Partie A : *Aviva Health of the Nation Index Repor*t, 2013 ; partie B : Données du Medicare Benefits Schedule (D »partement de la Santé et du Vieillissement, Australie) ; et partie C : Compilation de l'OCDE sur la base de données de l'Institut australien de la santé et de la prévoyance (AIHW) http://mhsa.aihw.gov.au/home (consulté le 11 août 2015).

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888933264986*

Ces derniers représentent non seulement une « porte d'entrée » (gardien de la porte not porte d'entrée) vers les soins de santé mentale, mais ils sont aussi les principaux fournisseurs de traitements. Leur rôle est de plus en plus incontournable dans de nombreux pays, une tendance que confirment les données disponibles en Australie par exemple (graphique 3.3, partie B). On constate en outre qu'ils adressent relativement peu de patients aux spécialistes en santé mentale – à peine 15 % par exemple en Suisse et aux Pays-Bas (OCDE, 2014a ; OCDE, 2014b). On peut donc en conclure que l'unique traitement dont bénéficient la grande majorité des patients souffrant de troubles mentaux est délivré par leur médecin traitant.

Il est préoccupant que la plupart des personnes souffrant de problèmes de santé mentale ne soient prises en charge que par leur médecin généraliste, car ces derniers n'ont ni le temps ni la formation leur permettant de traiter les troubles mentaux – comme l'illustre, par exemple, la forte préférence des médecins australiens (et d'autres pays) pour la médication plutôt que pour le soutien psychologique (graphique 3.3, partie C). De surcroît, le nombre des consultations est généralement faible. Ainsi, tant en Australie qu'aux Pays-Bas, la norme semble être de deux consultations de médecin généraliste par patient (OCDE, 2014b ; OECD, 2015a, OCDE, 2015b) – ce qui risque fort d'être insuffisant. Des études ont montré qu'il fallait au moins six consultations pour qu'une psychothérapie soit plus efficace que les soins habituels prescrits par un médecin généraliste (Bower et al., 2011).

Les pays prennent des mesures pour améliorer le soutien apporté aux généralistes

L'importance des médecins généralistes en tant que prestataires de soins de santé mentale et leur manque de ressources pour jouer ce rôle ont incité certains pays à modifier leurs politiques dans le but de leur apporter un soutien plus efficace. Le Danemark, l'Autriche et l'Australie ont investi dans la formation en santé mentale des médecins généralistes, mais à des degrés divers (OCDE, 2013c ; OCDE, 2015a ; OCDE, 2015b). Le Danemark propose des cours en ligne sur le stress, l'anxiété et la dépression, tandis que l'Autriche et l'Australie offrent des formations hors cursus plus complètes sur le traitement des maladies mentales. Les gouvernements ont augmenté le financement des consultations psychothérapeutiques afin d'inciter les médecins généralistes à participer aux formations et à prendre en charge les troubles mentaux. L'Australie rémunère davantage les consultations des médecins généralistes lorsque ces derniers ont suivi une formation en santé mentale (Fiche 3.4). En Australie et au Danemark, la plupart des médecins généralistes ont suivi une telle formation.

Toutefois, dans la plupart des pays de l'OCDE, la formation en santé mentale des médecins généralistes n'est ni obligatoire, ni très approfondie. Comme la formation en santé mentale est minime dans le cursus général des médecins généralistes dans tout l'OCDE, il n'est pas possible de garantir que le bon diagnostic soit posé et le traitement approprié délivré. Le Royaume-Uni a récemment ouvert des discussions sur l'allongement de trois à quatre ans du cursus général des médecins, et plus particulièrement sur la priorité à donner à la formation en santé mentale (OCDE, 2014c). Compte tenu des difficultés rencontrées par les médecins généralistes à diagnostiquer les problèmes mentaux et de leur rôle crucial dans la délivrance du traitement initial et dans l'aiguillage vers les spécialistes, tous les pays de l'OCDE devraient s'inspirer de l'exemple britannique.

Un autre moyen de soutenir les médecins généralistes serait de financer la présence de davantage de personnel de santé mentale dans le système de soins primaires. Le programme australien *Mental Health Nurse Incentive Program* finance les médecins pour qu'ils emploient des infirmières spécialisées en santé mentale pour traiter les patients atteints de troubles mentaux sévères (Fiche 3.5). Aux Pays-Bas, les médecins généralistes reçoivent des fonds pour embaucher des spécialistes (souvent des infirmières spécialisées en santé mentale) qui viennent travailler dans leur cabinet (Fiche 3.6). Ils prennent surtout en charge les patients atteints de troubles modérés, dans le cadre d'interventions de courte durée, de la prévention des rechutes, et d'activités psycho-éducatives (à savoir les informer sur la façon de faire face aux problèmes de santé mentale). La Nouvelle-Zélande a récemment testé un dispositif similaire, dans lequel les médecins généralistes aiguillent les patients souffrant de troubles mentaux vers un psychologue clinicien installé dans un cabinet de soins primaires (Dath et al., 2014). Dans d'autres pays tel soutien est souvent absente ou plutôt incompatibles (OCDE, 2014d).

Le financement de personnel de santé mentale supplémentaire au sein du système de soins primaires présente plusieurs avantages : i) un accès plus rapide au traitement ; ii) une meilleure observance car la prise en charge se fait dans le cabinet d'un médecin généraliste, qui est un environnement familier et non stigmatisant ; et iii) une collaboration plus étroite avec les spécialistes, et un système d'aiguillage plus efficace (Dozeman et van Straten, 2012 ; Dath et al., 2014). Les médecins généralistes se sont montrés très satisfaits du soutien supplémentaire dont ils ont bénéficié et, aux Pays-Bas et en Australie, la demande en infirmières spécialisées en santé mentale a rapidement dépassé l'offre (OCDE, 2014b ; OCDE, 2015b).

Synthèse et recommandations

Plusieurs pays ont pris des mesures pour améliorer la prise en charge des troubles mentaux dans les cabinets de médecine générale. Ces efforts constituent une reconnaissance de l'importance d'un solide filet de sécurité pour les personnes touchées par des problèmes de santé mentale. Pour beaucoup d'entre elles, le médecin généraliste est le premier et le seul interlocuteur du système de soins de santé.

En dépit d'améliorations, une formation adéquate en santé mentale doit être intégrée au cursus général des médecins, et ces derniers doivent être correctement rémunérés pour les heures supplémentaires qu'ils passent à fournir des soins de santé mentale. C'est le seul moyen de garantir une prise en charge de qualité. Financer la présence de professionnels de la santé mentale aux côtés des médecins généralistes dans les cabinets peut s'avérer la voie la plus prometteuse, car ils disposent des compétences requises, peuvent passer plus de temps avec les patients souffrant de troubles mentaux que les médecins et surtout, ils bénéficient de l'appui déterminé des médecins généralistes.

Les recommandations suivantes pourraient permettre d'aider les médecins généralistes à proposer une prise en charge efficace des problèmes de santé mentale :

- Renforcer le programme de formation des médecins généralistes et y inclure une formation en santé mentale.
- Rémunérer correctement les médecins pour le temps consacré à la thérapie avec les patients.
- Financer la présence d'infirmières spécialisées en santé mentale et de psychologues pour aider les médecins généralistes dans leur cabinet.

Incitations et outils pour aider les médecins généralistes à gérer les problèmes liés à l'emploi

Les médecins généralistes doivent être compétents pour gérer la problématique « travail et maladie »

Il existe des liens inextricables entre les troubles mentaux et l'emploi. De très nombreuses données démontrent que les personnes souffrant de troubles mentaux constituent un des groupes les plus à risque en ce qui concerne les arrêts-maladie de longue durée (OCDE, 2012). Des données provenant de Norvège confirment cet état de fait en montrant que, au cours de la dernière décennie, la part des malades de longue durée atteints de troubles mentaux a augmenté (graphique 3.4, partie A). Par ailleurs, quel que soit le diagnostic, la plupart des arrêts-maladie en lien avec des problèmes de santé mentale sont de longue durée (graphique 3.4, partie B).

Les médecins généralistes doivent avoir pleinement conscience de l'influence du travail sur la santé mentale, et inversement, étant donné que :

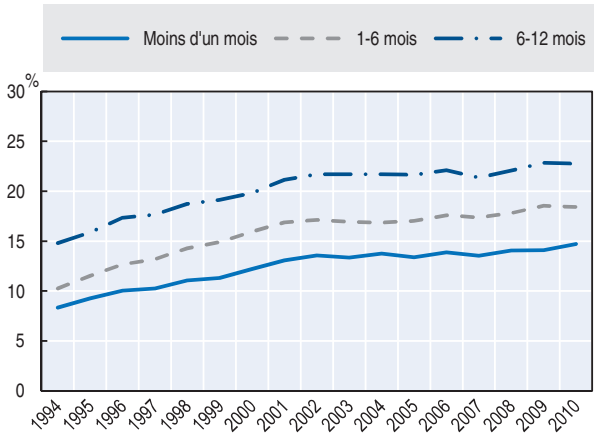
- la plupart des personnes souffrant de troubles mentaux qui cherchent à se faire soigner ne vont consulter que leur médecin traitant ;
- les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont de 30 à 50 % plus susceptibles de prendre un congé de maladie ;
- les médecins généralistes sont dans la plupart des pays de l'OCDE chargés d'établir les certificats de maladie.

L'idée fausse communément répandue chez les médecins généralistes, et les prestataires de soins de santé plus généralement, est que les personnes souffrant de troubles mentaux doivent être guéries avant de pouvoir retourner au travail. De nombreuses études ont toutefois démontré qu'un bon emploi contribue à une bonne santé mentale (Thomas, et al., 2005 ; Paul et Moser, 2009). Inversement, les longs arrêts de travail accroissent le risque d'incapacité permanente de travail (Kivimäki et al., 2004). Il apparaît clairement qu'un retour rapide au travail est capital.

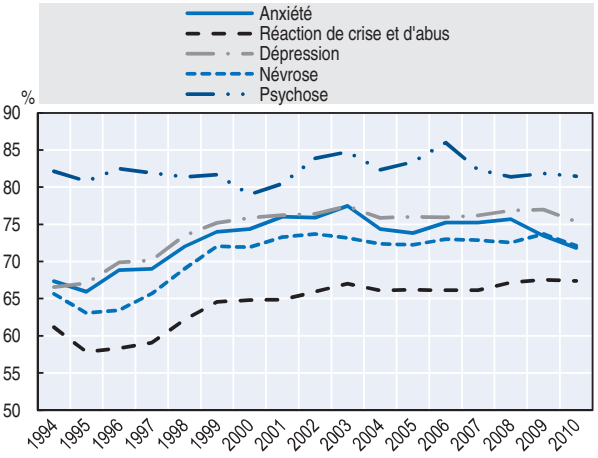
Les médecins généralistes ont du mal à gérer les problèmes liés à l'emploi. Le partie C du graphique 3.4 illustre comment les médecins norvégiens évaluent la façon dont ils établissent les certificats de maladie. Environ 70 % rencontrent des difficultés à évaluer les capacités de travail et à estimer la durée de l'arrêt-maladie. Par ailleurs, dans l'État de Victoria en Australie, les médecins sont plus susceptibles de délivrer un certificat d'incapacité de travail aux patients souffrant de troubles mentaux – 94 % d'entre eux ont reçu ce certificat, contre 78 % pour les patients se plaignant de douleurs dorsales.

Graphique 3.4. **Les absences pour des raisons de maladie de santé mentale ont tendance à être à long terme**

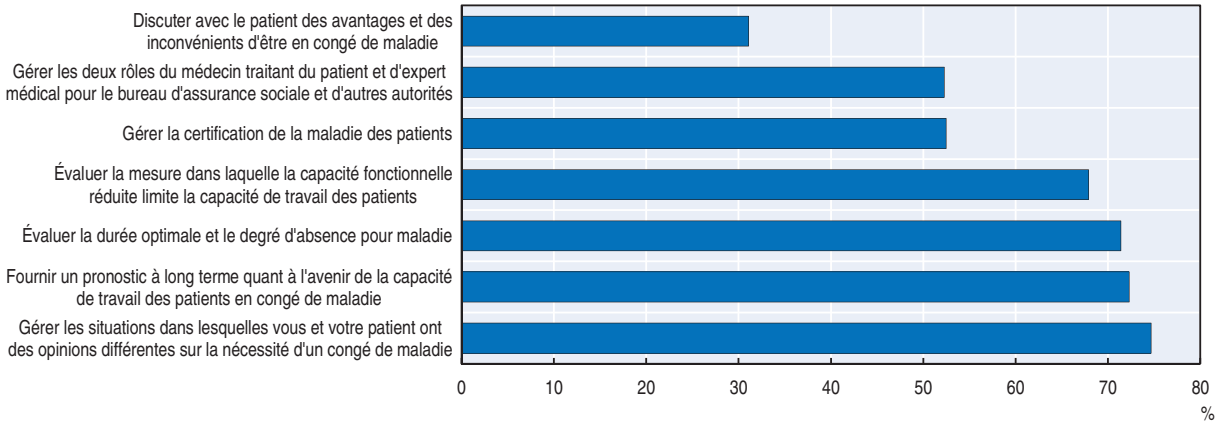
A. La mauvaise santé mentale est fréquente dans l'absence pour maladie à long terme
Part des troubles mentaux dans le total des bénéficiaires d'allocations de maladie, par la durée de l'absence, Norvège 1994-2010



B. La plupart des absences pour troubles mentaux durent plus d'un mois
Part des troubles mentaux d'une durée de congé de maladie d'un mois et plus, Norvège, 1994-2010



C. Les médecins généralistes en Norvège perçoivent la constatation de maladie comme problématique, 2012
Proportion des médecins généralistes qui perçoivent les différentes tâches et situations de constatation de la maladie comme problématique



Source : Partie A : Norwegian Labour and Welfare Administration, NAV ; partie B : Questionnaire de l'OCDE sur la santé mentale ; et partie C : Winde L., et al. (2012), "General practitioners' experiences with sickness certification: A comparison of survey data from Sweden and Norway", *BMC Family Practice*, vol. 13:10.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933264994

Aider les généralistes à comprendre les interactions entre travail et santé mentale

L'importance du rôle des médecins généralistes dans l'amélioration de la situation professionnelle des personnes qui souffrent de troubles mentaux commence à être reconnue. En conséquence, quelques pays ont investi dans le but d'aider les médecins à mieux comprendre les problèmes de santé mentale liés au travail. En 2010, le Royaume-Uni a abandonné les « certificats de maladie » pour passer aux « certificats d'aptitude » (ou déclaration d'aptitude au travail). Cette évolution a poussé les médecins à prendre en considération le rôle du travail, car ils doivent désormais fournir des recommandations et ce faisant, conseiller les patients et les employeurs sur les façons d'adapter

l'environnement de travail et sur ce qui peut être fait pour favoriser le retour au travail (Fiche 3.7).

La Suède et les Pays-Bas ont publié des directives à l'intention des médecins généralistes sur les interactions entre la santé mentale et le travail, et sur leurs responsabilités (Fiche 3.8 ; Fiche 3.9). Pour aider les médecins à évaluer un patient avant de lui délivrer un certificat de maladie, les directives suédoises comprennent des indications sur la durée attendue des arrêts-maladie en fonction des différents troubles mentaux dont souffrent les patients. Toutefois, ces directives sont un outil relativement passif et des études ont montré que le respect de ces directives par les prestataires de soins de santé est souvent médiocre (Gagliardi et al., 2011). Le respect de ces directives mériterait par conséquent la mise en place d'un suivi.

Une approche plus proactive nous vient du Danemark, où la formation électronique en santé mentale dispensée aux médecins généralistes propose des modules supplémentaires expliquant comment les patients souffrant de troubles mentaux peuvent rester au travail, et comment les médecins peuvent les aider en cela. Le programme de formation électronique danois conseille également les médecins sur la façon de remplir le rapport obligatoire sur la capacité de travailler qui doit préciser si le patient est apte au travail ou non (OCDE, 2013b).

On ne trouve pas d'exemple impliquant l'apport de personnel supplémentaire dans les cabinets médicaux dans le but de gérer les problèmes d'emploi, comme cela a été fait en Australie et aux Pays-Bas à l'aide de professionnels de la santé mentale. Il peut toutefois être intéressant d'étudier si des infirmières spécialisées en santé mentale peuvent recevoir une formation complémentaire sur les questions de l'emploi ou si des spécialistes de l'emploi peuvent travailler en collaboration avec ces infirmières et les médecins généralistes.

Dans l'idéal, les médecins, les patients et leurs employeurs devraient échanger pour partager leur compréhension du contexte professionnel et chercher le moyen de permettre aux patients de continuer à travailler dans des conditions adaptées à la gravité de leurs problèmes. À cet égard, il faut préciser qu'une reprise partielle du travail est impossible dans plusieurs pays, ce qui place les généralistes dans une position délicate : ils doivent prendre une décision radicale et choisir entre le travail à temps complet ou aucun temps de travail, alors qu'aucune de ces situations n'est souvent la solution optimale pour les personnes connaissant des problèmes de santé mentale.

Les questions de vie privée et de confidentialité sont souvent soulevées lorsqu'il est question de favoriser la communication entre les médecins et les employeurs. À ce propos, le service de médecine du travail néerlandais, qui associe étroitement les médecins du travail et les employeurs, offre une perspective intéressante. Bien sûr, les médecins de sont pas autorisés à divulguer des informations médicales. Mais cela n'est pas nécessaire lorsqu'ils discutent avec un employeur de ce qu'un employé peut ou ne peut pas faire, ou pour mettre en place un environnement de travail favorable, ce qui est tout ce que doivent savoir les employeurs pour assumer leurs responsabilités envers leurs employés (NVAB, 2011). Le Danemark est le seul pays étudié qui rémunère les médecins généralistes lorsqu'ils discutent avec les employeurs (OCDE, 2013c). En Suisse, une communication écrite entre les employeurs et les médecins traitants est possible. Elle peut faire partie du processus de constatation médicale de la maladie, qui, si un patient en convient, permet à un médecin d'obtenir des renseignements auprès de l'employeur du patient concernant le lieu de travail et les tâches que l'emploi requiert (Fiche 3.10).

Synthèse et recommandations

Même si la plupart des pays de l'OCDE accordent aux médecins généralistes un rôle central qui leur permet d'intervenir dans la vie professionnelle des patients par le biais des certificats de maladie, ils reçoivent peu d'indications sur la façon de bien remplir leur rôle. Pour ce qui est de la santé mentale, déterminer l'aptitude à travailler dépend beaucoup de facteurs qui ne sont pas uniquement liés à la maladie, mais aussi à l'environnement de travail.

Les médecins généralistes devraient être financièrement incités à prendre le temps de parler aux employeurs des patients, comme s'il s'agissait d'une consultation. Les pouvoirs publics devraient également inciter les médecins à renforcer le soutien à l'emploi dans leur cabinet et, du même coup, les rendre responsables de l'arrêt-maladie du patient.

Les recommandations visant à aider les médecins à gérer les problèmes liés au travail sont les suivantes :

- Modifier le cadre de référence du certificat de maladie et mettre l'accent sur ce que les patients peuvent faire plutôt que sur ce qu'ils ne peuvent pas faire.
- Élaborer des directives spécifiques aux maladies à l'intention des médecins généralistes, qui concernent les pratiques en matière de certificat de maladie et de retour au travail, et surveiller leur application.
- Financer des spécialistes de l'emploi pour soutenir les médecins généralistes dans leurs cabinets.

Sensibiliser à la question de l'emploi dans le système de santé mentale dans son ensemble

Le lien entre traitement et emploi est fort

Tout comme les médecins généralistes doivent prendre en compte les problèmes en lien avec le travail, les services de santé mentale doivent reconnaître l'importance de l'emploi. Des données produites en Suisse et au Danemark montrent par exemple que les personnes souffrant de troubles mentaux qui restent en activité ont de meilleurs résultats en termes d'observance, de durée et de coûts du traitement que celles qui sont au chômage ou inactives (graphique 3.5, parties A et B).

Le fait de travailler réduit fortement la durée du traitement. Aider ces personnes à trouver un emploi devrait par conséquent faire partie des objectifs de l'ensemble du système de santé mentale.

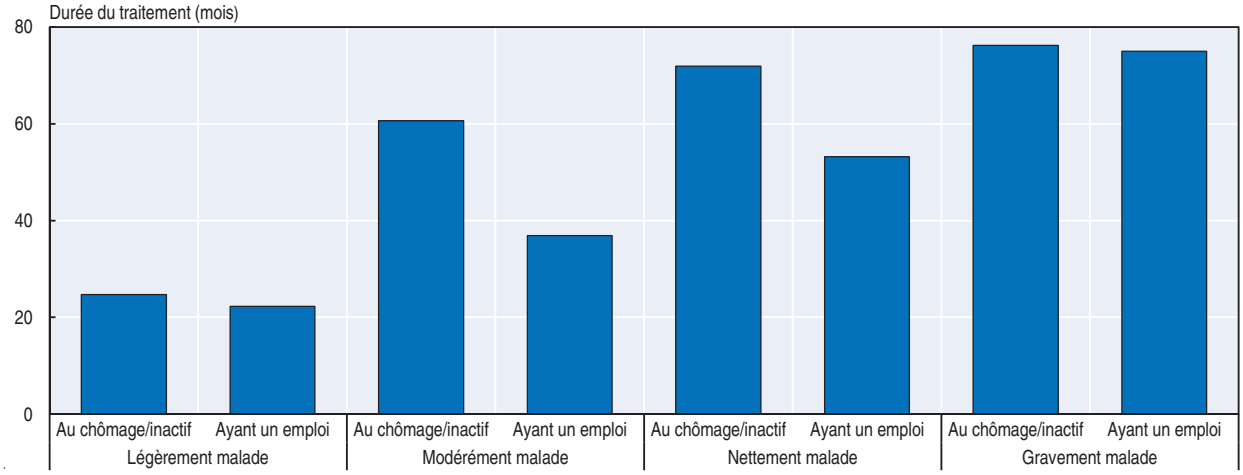
Même s'il existe peu de données pour affirmer que la durée de traitement diminue une fois que le patient a trouvé un emploi, on dispose d'études qui démontrent que la santé mentale des chômeurs s'améliore dès qu'ils entrent ou retournent sur le marché du travail (Thomas et al., 2005 ; OCDE, 2008).

On peut expliquer de diverses façons les relations entre la situation professionnelle et la durée de traitement, mais leur solidité souligne l'importance du travail. Reprendre le travail ou commencer à travailler non seulement stimule l'emploi et le bien-être, mais c'est aussi une bonne stratégie de maîtrise des coûts pour le système de santé lui-même.

Graphique 3.5. **L'emploi réduit le coût et la durée du traitement**

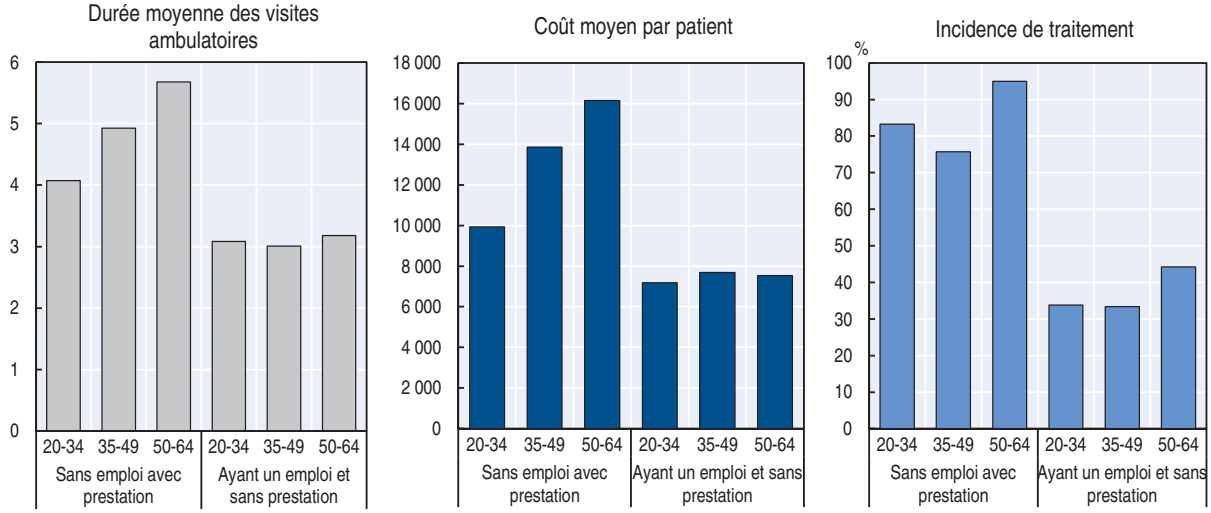
A. La durée de traitement est inférieure pour les personnes ayant un emploi

Durée[a] du traitement des patients suivis dans de la domaine de la psychiatrie privée, selon la gravité du trouble mental et le statut d'emploi en Suisse, 2009



B. Moins de traitement, plus court et moins cher pour les personnes ayant un emploi

Sélection d'indicateurs danois de traitement ambulatoire par statut d'emploi[b] en 2011 : incidence du traitement, coût moyen par patient et durée des visites ambulatoires



Note : Les « inactifs » sont les personnes qui ne sont ni «actifs ayant un emploi» ni «chômeurs».

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. Le groupe «sans-emploi» inclut tous les patients recevant (public ou privé) des avantages sociaux, y compris l'allocation de chômage, l'aide sociale, les prestations de maladie, prestations de (pré)réadaptation, prestations d'invalidité et de retraite anticipée.

Source: Partie A : Baer, N. et al. (2013), « Depressionen in der Schweizer Bevölkerung », Schweizerisches Gesundheitsobservatorium ; estimations basées sur une enquête auprès de psychiatres privés dans le canton de Berne (Amsler et al., 2010, « Schlussbericht zur Evaluation der institutionellen ambulanten und teilstationären Psychiatrieversorgung des Kantons Bern unter besonderer Berücksichtigung der Pilotprojekte ») ; et partie B : e-Health base de données clinique (Institut national pour les données et le contrôle des maladies de la santé).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933265000

Seule la combinaison d'un traitement et d'un soutien à l'emploi peut améliorer les résultats professionnels

Pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale, le traitement seul ne donne pas de résultats satisfaisants sur le plan professionnel. Il ne suffit pas de faire disparaitre leurs symptômes pour qu'elles retrouvent le chemin du travail. Plusieurs études ont démontré que le fait de suivre une psychothérapie n'influe pas en soi sur les résultats professionnels. Ces psychothérapies ne conduisent, par exemple, pas les patients à trouver un emploi ou à retourner au travail après une absence pour maladie. Toutefois, un soutien à l'emploi ajouté à un traitement de santé mentale s'est révélé efficace (Blonk et al., 2006 ; Lagerveld et al., 2012).

Il existe quelques exemples où un soutien à l'emploi est associé à des soins de santé mentale, en particulier pour venir en aide à des personnes souffrant de troubles mentaux sévères. Le modèle de placement et de soutien individuels (IPS) est un modèle bien connu, fondé sur des données probantes, dans lequel une équipe de santé mentale pluridisciplinaire intègre un spécialiste de l'emploi qui apporte un soutien en parallèle au traitement de santé mentale (Fiche 3.11). En Australie, le programme *Personal Helpers and Mentors Programme* finance les ONG qui viennent en aide aux personnes atteintes de troubles mentaux sévères, et il attribue des fonds particuliers à la mise en place de services de l'emploi (Fiche 3.12).

Une autre idée prometteuse consiste à mettre davantage l'accent sur l'emploi dans les programmes d'autogestion qui sont disponibles dans quelques pays. Le Danemark en particulier met actuellement à l'essai un programme d'autogestion sur le retour à l'emploi auprès d'individus souffrant d'angoisse et de dépression, lequel se fonde sur le renforcement de la confiance en soi, la gestion des problèmes de santé et la définition de stratégies de retour à l'emploi (Fiche 3.13).

Limiter le soutien à l'emploi aux malades atteints de troubles sévères ne tient pas compte du fait que, bien que de nombreuses personnes souffrant de troubles légers à modérés travaillent, elles rencontrent souvent des difficultés à garder leur emploi (voir le graphique 1.2 dans le chapitre 1). Une série de directives sur ce sujet est disponible aux Pays-Bas. Son objectif est de sensibiliser les psychologues à l'importance de tenir compte des problèmes d'emploi lors de la prise en charge de patients qui souffrent de troubles tels que l'anxiété, la dépression et la détresse psychologique, et de les aider à intégrer ces questions à leur pratique clinique (voir la Fiche 3.9).

L'Angleterre a formellement reconnu l'importance de ces questions liées à l'emploi en introduisant deux indicateurs de qualité du traitement dans le Système de contrôle de la performance du NHS qui concernent le taux d'emploi et le nombre de jours perdus pour cause de maladie (OCDE, 2014c). Le NHS doit toutefois encore mettre en œuvre le suivi de ces résultats, et déterminer leur imputabilité. En outre, les initiatives de ce type sont encore loin d'une approche réellement intégrée qui fournit simultanément des soins de santé mentale et un soutien à l'emploi. Et elles sont rares pour les troubles mentaux légers à modérés.

À ce jour, le Royaume-Uni et la Norvège font partie des rares pays à avoir lancé un programme pilote au plan national de soutien intégré en matière de santé mentale et d'emploi à destination des personnes souffrant de troubles mentaux légers à modérés.

En 2009, deux ans après le lancement au Royaume-Uni de l'initiative *Increased Access to Psychological Therapies* (IAPT) visant à améliorer les taux de traitement chez les personnes atteintes de troubles mentaux courants, des conseillers en emploi ont été

intégrés au programme (Fiche 3.14). Ces conseillers travaillent aux côtés des thérapeutes du programme IAPT, fournissent des conseils pratiques et interviennent de façon pertinente pour aider les patients à entrer sur le marché du travail, ou à y rester. L'évolution du programme IAPT qui a conduit à l'intégration de ces conseillers en emploi n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation approfondie. Cependant, en comparant les patients qui ont bénéficié du soutien des conseillers en emploi avec ceux qui n'en ont pas bénéficié, on constate que les conseillers ont été utiles : le retour au travail suite à un arrêt-maladie s'est amélioré et les patients restent au travail (Hogarth et al., 2013).

Une structure similaire existe également en Norvège, où des Centres de gestion du travail proposent à la fois des TCC et des services de soutien à l'emploi aux personnes atteintes de troubles mentaux courants qui peuvent être en activité, en arrêt-maladie ou inactives (Fiche 3.15). Un aspect capital de l'activité de ces centres est que les conseillers en emploi correspondent activement avec les employeurs des patients. Aucune évaluation de ces centres n'a pour l'instant été menée.

Concernant le Royaume-Uni, la NHS a récemment décidé de tester un service intégré de soutien à la santé mentale et à l'emploi, exclusivement pour les professionnels des soins de santé qui constituent un groupe à haut risque pour ce qui est des troubles mentaux et des arrêts-maladie qui en découlent. Malgré l'absence d'évaluation à ce jour, les facteurs potentiels de réussite sont la collaboration de spécialistes de la santé mentale, de l'emploi et d'autres secteurs au sein d'une équipe pluridisciplinaire, le nombre réduit de dossiers, et l'accent mis sur le retour progressif au travail (lorsque c'est possible). Le service est librement accessible aux médecins mais comme il s'agit d'une opération à petite échelle, le nombre de cas pouvant être pris en charge est très limité et ne dépasse pas 2 % de la totalité des clients potentiels par an (Fiche 3.16). Une telle initiative serait également utile pour les enseignants et les responsables hiérarchiques, étant donné qu'un accès prioritaire à des soins adaptés de santé mentale pour ces acteurs de première ligne de la promotion de la santé mentale des autres serait bénéfique à l'ensemble de la population.

Synthèse et recommandations

L'importance de proposer un soutien intégré en matière de santé mentale et d'emploi est largement acceptée lorsqu'il s'agit de troubles mentaux sévères. Mais le secteur de la santé mentale commence tout juste à se rendre compte que les questions liées au travail jouent également un rôle central dans le rétablissement des patients souffrant de troubles mentaux légers à modérés. À l'exception du Royaume-Uni et de la Norvège, les programmes visant à intégrer les connaissances en lien avec le travail dans les soins de santé mentale plus généraux sont encore rares et doivent être mis à l'essai. Pour promouvoir la mise en œuvre de telles approches intégrées, il est crucial de prévoir le financement d'une évaluation rigoureuse, qui comprend l'évaluation des avantages qui existent à investir dans le soutien à l'emploi au sein des soins de santé mentale.

Les recommandations pour renforcer l'accent mis sur l'emploi dans le système de santé mentale sont les suivantes :

- Introduire des résultats relatifs à l'emploi dans les systèmes de contrôle de la qualité et des performances du système de santé.
- Intégrer un soutien à l'emploi dans le programme de traitement des personnes souffrant de troubles mentaux courants.
- Élaborer des programmes de soutien à l'emploi (en s'appuyant sur l'expérience acquise grâce à l'IPS) à l'intention des personnes souffrant de troubles mentaux courants.

RÉFÉRENCES

Alonso, J., A. Buron, S. Rojas-Farreras, et al. (2009), « Perceived Stigma among Individuals with Common Mental Disorders », *Journal of Affective Disorders*, vol. 118, pp. 180-186.

Alonso, J. et al. (2007), « Population Level of Unmet Need for Mental Healthcare in Europe », *British Journal of Psychiatry*, vol. 190, pp. 299-306.

Amsler, F. et al. (2010), « Schlussbericht zur Evaluation der institutionellen ambulanten und teilstationären Psychiatrieversorgung des Kantons Bern unter besonderer Berücksichtigung der Pilotprojekte » [Final report on the evaluation of institutional outpatient and partial inpatient psychiatric services, the canton of Bern with special emphasis on pilot projects].

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 », *Obsan Bericht,* n° 56, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.

Blonk, R. et al. (2006), « Return to Work: A Comparison of Two Cognitive Behavioural Interventions in Cases of Work-related Psychological Complaints Among the Self-employed », *Work & Stress*, vol. 20, n° 2, pp. 129-144.

Borill, J. (2011), « Mental Health First Aid England and North East Mental Health Development Unit partnership project », Evaluation, mars 2011, NHS.

Bower, P., et al. (2011), « Counselling for mental health and psychosocial problems in primary care », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 9, Art. n° CD001025, http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001025.pub3.

Christensen, H., K. Griffiths et L. Farrer (2009), « Adherence in internet interventions for anxiety and depression: Systematic review », *Journal of Medical Internet Research*, vol. 11, n° 2, pp. e13.

Cuijpers, P. et al. (2014), « Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis », *World Psychiatry*, vol. 31, n° 1, pp. 56-67.

Dath, S. et al. (2014), « A clinical psychologist in GP-land: an evaluation of brief psychological interventions in primary care », *The New Zealand Medical Journal*, vol. 127, n° 1391, pp. 62-74.

Dozeman, E. et A. van Straten (2012), « De praktijkondersteuner GGZ in Amsterdam: Op weg naar een sterke basis GGZ », Vrije Universiteit, Amsterdam.

Gagliardi, A. et al. (2011), « How can we improve guideline use? A conceptual framework of implementability », *Implementation Science,* vol. 6, n° 26, pp. 1-11.

Hogarth, T., C. Hasluck, L. Gambin, H. Behle, Y. Li et C. Lyonette (2013), « Evaluation of Employment Advisers in the Improving Access to Psychological Therapies programme », *DWP Research Report* 826, Londres.

Huhn, M. et al. (2014), « Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: A systematic overview of meta-analyses », *JAMA Psychiatry*, vol. 71, n° 6, pp. 706-715.

Kivimäki, M. et al. (2004), « Sickness absence as a risk marker of future disability pension: the 10-town study », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 58, pp. 710-711.

Koopmans, P., C. Roelen et J. Groothoff (2008), « Frequent and long-term absence as a risk factor for work disability and job termination among employees in the private sector », *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 65, pp. 494-499.

Lagerveld, S. et al. (2012), « Work-focused Treatment of Common Mental Disorders and Return to Work: A Comparative Outcome Study », *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 17, n° 2, pp. 220-234.

Meadows, G. et P. Burgess (2009), « Perceived need for mental health care: findings from the 2007 Australian Survey of Mental Health and Wellbeing », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 43, pp. 624-634.

Munk-Jørgensen, P. et al. (2006), « Prevalence of Generalised Anxiety Disorder in General Practice in Denmark, Finland, Norway, and Sweden », *Psychiatric Services*, vol. 57, n° 12, http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.57.12.1738 (consulté le 11 août 2015).

NVAB (2011), « Leidraad bedrijfsarts en privacy: Hoe om te gaan met privacy-gevoelige informatie in de bedrijfsgezondheidszorg en in het bijzonder met medische gegvens bij ziekteverzuim », [Guideline occupational physician and privacy: How to deal with private information in occupational health care and specifically with medical information in sickness management], Nederlandse Vereninging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, Utrecht.

OCDE (2015a, à paraître), *Mental Health and Work: Austria*, Éditions OCDE, Paris.

OCDE (2015b, à paraître), *Mental Health and Work: Australia*, Éditions OCDE, Paris.

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

OCDE (2014b), *Mental Health and Work: Netherlands*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264223301-en.

OCDE (2014c), *Mental Health and Work: United Kingdom*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264204997-en.

OCDE (2014d), *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*, Éditions OCDE, Paris, http://dx/doi/org/ 10.1787/9789264208445-en.

OCDE (2013a), *Santé mentale et emploi : Belgique*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264187597-fr.

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

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

OCDE (2013d), *Mental Health and Work: Sweden,* Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264188730-en.

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

OCDE (2008), *Perspectives de l'emploi de l'OCDE 2008* (chapitre 4), Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2008-fr.

Ostergaard, S. et al. (2010), « Psychiatric Caseness Is a Marker of Major Depressive Episode in General Practice », *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, vol. 28, n° 4, pp. 211-215.

Paul, K. et K. Moser (2009), « Unemployment impairs mental health: Meta-analyses », *Journal of Vocational Behavior,* vol. 74, n° 3, pp. 264-282.

So, M. et al. (2014), « Is computerized CBT really helpful for adult depression? A meta-analytic re-evaluation of CCBT for adult depression in terms of clinical implementation and methodological validity », *BMC Psychiatry*, vol. 13, n° 113, pp. 1-14.

Spek, V. et al. (2007), « Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis », *Psychological Medicine*, vol. 37, pp. 319-328.

ten Have, M., J. Nuyen, A. Beekman et R. de Graaf (2013), « Common mental disorder severity and its association with treatment contact and treatment intensity for mental health problems », *Psychological Medicine*, vol. 43, n° 10, pp. 2203-2213.

Thomas, C., M. Benzeval et S. Stansfeld (2005), « Employment transitions and mental health: an analysis from the British household panel survey », *Journal of Epidemiology and Community Health,* vol. 59, pp. 243-249.

Trimbos-instituut (2012), *Trendrapportage GGZ 2012 Deel 2B: Ernst van de psychische aandoening als voorspeller van de aard en intensiteit van zorggebruik, Resultaten van de « Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 » (NEMESIS-2)*, Trimbos-instituut, Utrecht.

Winde, L., K. Alexanderson, B. Carlsen, L. Kjelgard, A. Löfgren Wilteus et S. Gjesdal (2012), « General practitioners' experiences with sickness certification: a comparison of survey data from Sweden and Norway », *BMC Family Practice*, n° 13, p. 10.

FICHES 3.1 À 3.16

Fiche 3.1. Royaume-Uni : fournir un accès plus rapide aux psychothérapies

Fiche 3.2. Australie : L'initiative Access to Allied Psychological Services (ATAPS)

Fiche 3.3. Pays-Bas : Modèle de soins par paliers pour les soins primaires de santé mentale

Fiche 3.4. Australie : Des formations approfondies pour les médecins généralistes

Fiche 3.5. Australie : Impliquer des infirmières spécialisées en santé mentale dans le processus de traitement

Fiche 3.6 Pays-Bas : Des spécialistes de la santé mentale pour aider les médecins généralistes

Fiche 3.7. Royaume-Uni : Des certificats d'aptitude pour améliorer les connaissances des médecins sur le monde du travail

Fiche 3.8. Suède : Directives pour inciter les généralistes à mettre l'accent sur l'emploi

Fiche 3.9. Pays-Bas : Des directives à l'intention des professionnels de la santé

Fiche 3.10. Suisse : Un certificat médical détaillé pour une meilleure coopération

Fiche 3.11. États-Unis : Placement et soutien individuels par le secteur de la santé

Fiche 3.12. Australie : Services de tuteurs et d'accompagnants personnels – Services de santé mentale de proximité

Fiche 3.13. Danemark : Programme d'auto-prise en charge pour le retour à l'emploi

Fiche 3.14 Royaume-Uni : Des conseillers pour l'emploi associés aux psychothérapeutes

Fiche 3.15. Norvège : Des « centres d'adaptation au travail » prennent en charge les troubles mentaux et proposent des services pour l'emploi

Fiche 3.16. Royaume-Uni : Des médecins pour les médecins – Promouvoir la santé des professionnels de santé

Fiche 3.1
Royaume-Uni : Fournir un accès plus rapide aux psychothérapies

Contexte

Les recherches montrent qu'un traitement psychologique efficace peut améliorer les symptômes des troubles mentaux légers à modérés. Pourtant, dans de nombreux pays de l'OCDE, il existe un large fossé entre les besoins en soins de santé mentale et les soins réellement reçus. Une plus grande disponibilité des traitements est essentielle pour combler ce fossé.

Programme

L'initiative *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) vise à permettre un accès plus rapide aux psychothérapies factuelles, en particulier aux thérapies cognitivo-comportementales. Les services IAPT concernaient initialement les personnes en âge de travailler, mais en 2010, le programme a été ouvert aux adultes de tous âges. L'accès aux services IAPT se fait par l'intermédiaire du médecin généraliste, ou à l'initiative du patient. Les thérapies sont de courte durée (20 séances au maximum) et sont délivrées par des équipes généralement constituées de psychologues, de psychothérapeutes, de thérapeutes, d'agents en soins de santé primaires diplômés et d'agents administratifs. Elles sont destinées aux personnes souffrant de troubles mentaux légers à modérés. Le programme IAPT sera pleinement mis en place en Angleterre d'ici la fin de l'année 2015.

Résultats

Une évaluation des trois premières années du programme IAPT montre qu'environ 1.1 million de personnes ont participé à la première phase du programme et que le nombre de participants a augmenté de manière régulière. Les taux de rétablissement sont aujourd'hui de 45 % et devraient atteindre l'objectif fixé (au moins 50 %).

Pour en savoir plus

Department of Health (2012), « IAPT Three-year Report: The First Million Patients », Londres.

Hogarth, T. et al. (2013), « Evaluation of Employment Advisers in the Improving Access to Psychological Therapies programme », *DWP Research Report*, n° 826, Londres.

OCDE (2013), *Mental Health and Work: United Kingdom*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264204997-en.

Fiche 3.2
Australie : L'initiative *Access to Allied Psychological Services* (ATAPS)

Contexte

L'accès à une psychothérapie est souvent un moyen efficace de réduire les problèmes de santé mentale. Toutefois, peu de personnes bénéficient d'un traitement adapté en raison des longs délais d'attente et du manque de financement. Un meilleur financement des psychothérapies pourrait faciliter un traitement rapide et permettre de mieux venir en aide aux personnes atteintes de troubles mentaux.

Programme

Pour répondre aux faibles taux de traitement des personnes atteintes de troubles mentaux légers à modérés, le gouvernement australien a mis en place l'initiative ATAPS (*Access to Allied Psychological Services*). Lancée en 2003, cette initiative a financé une offre de services psychologiques de courte durée par le biais d'un système d'enveloppes budgétaires. Elle permet aux médecins généralistes d'orienter les patients atteints de troubles mentaux courants vers un traitement factuel de six séances prodigué par des professionnels paramédicaux (psychologues, travailleurs sociaux, infirmières spécialisées en santé mentale, ergothérapeutes et agents de santé aborigènes et insulaires du détroit de Torres spécialisés dans la santé mentale). Après les six premières séances, le médecin peut décider de renouveler le traitement de six séances si le compte-rendu des professionnels paramédicaux le juge nécessaire. Exceptionnellement (comme une évolution significative de l'état clinique d'un patient ou des soins), un patient peut bénéficier de 18 séances par année civile.

Résultats

L'évaluation en cours du programme ATAPS, menée depuis 2003 par l'université de Melbourne, montre que celui-ci fournit des services efficaces et fondés sur des données probantes qui ont permis d'améliorer l'état de santé mentale de personnes issues de populations difficiles à atteindre, notamment des personnes des milieux socioéconomiques défavorisés ; des individus susceptibles de se suicider ou de s'automutiler ; des sans-abris ou qui risquent de le devenir ; et des personnes vivant dans des zones rurales et isolées. Globalement, et en partie aussi grâce à d'autres initiatives publiques visant à améliorer l'accès aux services psychologiques, le taux de traitement a augmenté en Australie au cours de la dernière décennie et est passé, selon certaines estimations, de 37 à 46 %.

Pour en savoir plus

Department of Health and Ageing (2010), « Outcomes and Proposed Next Steps: Review of the Access to Allied Psychological Services Component of the Better Outcomes in Mental Health Care Program », Commonwealth of Australia, Canberra.

OCDE (2015, à paraître), *Mental Health and Work: Australia*, Éditions OCDE, Paris.

Fiche 3.3
Pays-Bas : Modèle de soins par paliers pour les soins primaires de santé mentale

Contexte

Pour améliorer les soins de santé mentale et les rendre plus opportuns et adaptés, il est important que leur type et leur intensité soient adaptés à la gravité de l'état de santé. À cette fin, un modèle de soins par paliers, qui définit un traitement plus léger pour les problèmes les moins sévères et fournit des directives claires sur le moment et la façon d'augmenter le traitement, peut être utile.

Programme

En 2014, un modèle de soins par paliers pour les soins primaires de santé mentale a été mis en place aux Pays-Bas. Il prévoit quatre trajectoires de soins (courte, intermédiaire, intensive, chronique) qui peuvent être proposées dans le cadre des soins primaires de santé mentale (principalement par les psychologues de première ligne), l'intensité du traitement augmentant d'une trajectoire à l'autre. La trajectoire attribuée au patient est choisie en fonction de cinq critères : i) le type de trouble ; ii) la gravité des symptômes ; iii) le niveau de risque ; iv) la complexité ; et v) la chronicité du problème ou du trouble.

Résultats

Les pouvoirs publics ont fourni des indications sur les éléments de traitement pouvant faire partie de chaque trajectoire, ainsi qu'une estimation de la durée totale des traitements. Dans les prochaines années, les trajectoires devront cependant être perfectionnées au vu de l'expérience acquise. Comme ce modèle n'a été mis en place que récemment, aucun résultat n'est disponible à ce jour. Néanmoins, le gouvernement va surveiller certains aspects du modèle, comme l'orientation vers les différentes trajectoires et le processus de traitement du patient (par exemple si les patients changent souvent de trajectoire).

Pour en savoir plus

OCDE (2014a), « Mental Health Analysis Profiles (MHaP): Netherlands », *OECD Health Working Paper*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/5jz158z60dzn-en.

OCDE (2014b), *Mental Health and Work: Netherlands*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264223301-en.

VWS (2013), « Voorhangbrief POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ », Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, La Haye.

Fiche 3.4
Australie : Des formations approfondies pour les médecins généralistes

Contexte

Les médecins généralistes sont souvent en première ligne sur les soins de santé mentale et sont les principaux prescripteurs de traitements dans ce domaine. Cependant, ils peuvent avoir du mal à déceler les maladies mentales. Alors que leurs connaissances et leurs compétences dans ce domaine sont essentielles, peu de pays intègrent une formation spécifique sur les questions de santé mentale dans le cursus des médecins.

Programme

L'Australie propose aux médecins des formations approfondies sur le traitement des maladies mentales, en dehors de leur cursus général. Le département australien de la Santé finance un organisme (*General Practice Mental Health Standards Collaboration* – GPMHSC) qui est en charge de la formation des médecins en matière de santé mentale. Le GPMHSC offre différents types d'activités agréées grâce auxquelles les médecins peuvent acquérir différentes compétences et poursuivre leur perfectionnement professionnel.

Ainsi, le programme *Mental Health Skills Training* offre une formation sur l'évaluation de la santé mentale et la planification du traitement, et présente un aperçu des troubles mentaux couramment rencontrés dans les cabinets médicaux. Les médecins sont financièrement incités à obtenir la certification de ce programme car les honoraires remboursés par l'assurance maladie (*Medicare Benefit Schedule*) pour des services de santé mentale sont alors plus élevés. Le programme *Focussed Psychological Strategies Skills Training* permet aux médecins d'être enregistrés en tant que prescripteurs de stratégies psychologiques, ce qui est indispensable pour proposer des soins remboursés par le *Medicare Benefit Schedule*.

Résultats

Actuellement, environ 90 % des médecins généralistes (près de 24 000 sur une estimation de 26 000) ont suivi le programme *Mental Health Skills Training* et sont inscrits auprès de Medicare Australia pour avoir accès aux remboursements plus élevés. Pourtant, selon certaines données d'enquête, seules 12 % des consultations des généralistes ont un lien avec la santé mentale (à savoir des consultations au cours desquelles au moins un problème d'ordre psychique est abordé). Ce chiffre est sensiblement inférieur à la prévalence réelle des problèmes de santé mentale.

Pour en savoir plus

AIHW (2014), « Mental Health Services in Australia », Australian Institute of Health and Welfare, http://mhsa.aihw.gov.au/home/ (consulté le 2 septembre 2014).

General Practice Mental Health Standards Collaboration (2013), « Mental Health Education Standards 2014-2016: A Handbook for GPs », Royal Australian College of General Practitioners, Melbourne.

OCDE (2015, à paraître), *Mental Health and Work: Australia*, Éditions OCDE, Paris.

Fiche 3.5
Australie : Impliquer des infirmières spécialisées en santé mentale dans le processus de traitement

Contexte

Les médecins généralistes font partie des principaux prestataires de soins de santé mentale. Ils manquent toutefois souvent de ressources pour remplir ce rôle. Différents pays de l'OCDE ont ainsi pris des mesures pour mieux venir en aide aux médecins. Une de ces mesures consiste à financer du personnel de santé mentale supplémentaire au sein du système de soins primaires.

Programme

Le programme australien *Mental Health Nurse Incentive Programme* procure des fonds aux médecins généralistes afin de leur permettre d'employer des infirmières spécialisées en santé mentale pour traiter les patients atteints de troubles mentaux sévères. Ces infirmières fournissent des services tels que le suivi de l'état psychique des patients, la gestion de la médication, et la mise en place d'une meilleure relation avec les autres professionnels de la santé et les prestataires de services cliniques. Ces services sont proposés dans divers contextes, dans les cliniques ou chez les patients par exemple, et sont peu coûteux pour les patients, voire gratuits.

Résultats

Une évaluation du programme a montré qu'il permettait une plus grande continuité des soins, un meilleur suivi, l'accès rapide à un soutien adapté, et un plus grand respect du traitement établi. Les patients présentent également des taux d'emploi plus élevés. Sur les 72 patients suivis, 19 % ont obtenu un emploi à temps plein ou partiel, 13 % se sont mis au bénévolat, et 7 % ont débuté ou repris des études. La réduction des admissions à l'hôpital a permis de réaliser des économies, équivalentes au montant moyen des subventions directes allouées à la mise en place de ce programme. L'évaluation a cependant aussi montré que les infirmières disponibles n'étaient pas suffisamment nombreuses pour répondre à la demande. Sur les 47 médecins interrogés sur la façon de gérer la demande des patients, les réponses les plus fréquentes étaient l'utilisation de listes d'attente (47 %) et la sélection des cas (28 %).

Pour en savoir plus

Department of Health and Ageing (2012), *Evaluation of the Mental Health Nurse Incentive Program: Final Report*, Commonwealth of Australia, Canberra.

OCDE (2015, à paraître), *Mental Health and Work: Australia*, Éditions OCDE, Paris.

Fiche 3.6
Pays-Bas : Des spécialistes de la santé mentale pour aider les médecins généralistes

Contexte

Les médecins généralistes sont généralement les premiers vers qui se tournent les personnes souffrant de troubles mentaux, et ils jouent un rôle crucial dans l'identification et le traitement des maladies mentales. Ainsi, alors qu'ils sont idéalement placés pour signaler et prendre en charge les problèmes de santé mentale, ils ne sont pas correctement formés et devraient bénéficier de services d'aide à la prise en charge de la santé mentale dans leur cabinet.

Programme

Depuis 2008, les pouvoirs publics néerlandais financent le recours à des spécialistes de la santé mentale dans les cabinets médicaux afin de permettre aux médecins de mieux venir en aide à leurs patients atteints de troubles mentaux. Le programme mis en place (POH-GGZ) aide les médecins à poser le diagnostic et à établir le traitement des patients souffrant de problèmes de santé mentale et à les orienter vers d'autres professionnels. Plus spécifiquement, les responsabilités du programme POH-GGZ sont les suivantes : dépistage et analyse des problèmes, élaboration et examen du plan de traitement, séances de psycho-éducation, conseils et aide à l'autogestion, interventions en vue d'une modification du comportement, prévention indiquée et prévention des rechutes. Ce programme n'est pas autorisé à prescrire un traitement médicamenteux. Les professionnels impliqués dans le programme POH-GGZ sont généralement des infirmières psychiatriques (63 %), des psychologues (10 %), des travailleurs sociaux (7 %), ou des infirmières généralistes (6 %).

Résultats

Le recours au programme POH-GGZ par les médecins a augmenté au cours des dernières années, passant de 11 % en 2009 à 34 % en 2011 et à 62 % en 2013. Une évaluation de l'expérience des médecins montre que 90 % d'entre eux estiment que la coopération avec POH-GZZ est bonne à excellente. Les médecins apprécient ce programme en raison de la qualité de la communication, de la facilité d'accès pour les patients et de l'expertise en matière de troubles mentaux, des conseils et de l'aiguillage vers des soins de santé mentale spécialisés. Les patients apprécient la façon dont ils ont été pris en charge et les interventions rapides et centrées sur l'individu. Concernant les améliorations à apporter, il semble nécessaire d'améliorer la transparence envers les patients (quel est le rôle du POH-GZZ, et quelles informations sont communiquées aux médecins), de renforcer la notoriété du programme, et d'intégrer le POH-GZZ aux centres de soins de proximité.

Pour en savoir plus

Dozeman, E. et A. van Straten (2012), « De praktijkondersteuner GGZ in Amsterdam: Op weg naar een sterke basis GGZ », Vrije Universiteit, Amsterdam.

OCDE (2014), *Mental Health and Work: Netherlands*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264223301-en.

ter Horst, L. et S. Haverkamp (2012), Ervaringen van patiënten met de praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ, Zorgbelang Noord-Holland, Haarlem.

Verbeek, M., A. Knispel et J. Nuijen (2011), « GGZ in tabellen » [Les soins de santé mentale en chiffres], Trimbos-instituut, Utrecht.

Fiche 3.7
Royaume-Uni : Des certificats d'aptitude pour améliorer les connaissances des médecins sur le monde du travail

Contexte

Les médecins généralistes jouent un rôle important dans l'amélioration de la situation professionnelle des personnes atteintes de troubles mentaux. Ils peuvent prévenir l'exclusion du marché du travail en assurant une fonction de filtrage vers les prestations de maladie et d'invalidité, et ils jouent un rôle décisif dans la motivation des patients à retourner rapidement au travail. Leur connaissance du monde du travail est donc essentielle.

Programme

Depuis 2010, les médecins généralistes anglais, gallois et écossais doivent fournir une déclaration d'aptitude au travail (ou « certificat d'aptitude », qui a remplacé le « certificat de maladie »). Ils doivent désormais non seulement évaluer si leurs patients (les employés malades) sont aptes à travailler, mais aussi suggérer des modifications de leur environnement de travail ou de leurs fonctions, ou d'autres mesures pouvant aider les employés à retourner au travail. Par exemple, si un patient est classé dans la catégorie « susceptible de reprendre le travail », le médecin doit préciser au moins une des quatre options de retour au travail – un retour au travail progressif ; des tâches aménagées ; des horaires aménagés ; et un aménagement du poste de travail. Les médecins sont désormais également tenus d'évaluer l'aptitude d'un patient à différentes tâches (plutôt que l'aptitude à un emploi particulier). Ces changements impliquent également une transition vers un certificat d'aptitude électronique qui, du moins en théorie, devrait générer de nouvelles données normalisées (notamment les motifs d'absence) et apporter de la transparence à un processus jusqu'ici obscur.

Résultats

Les évaluations qualitatives laissent penser que le certificat d'aptitude est utilisé par les médecins pour ouvrir des discussions portant sur le travail avec leurs patients et qu'il a amélioré l'échange d'informations entre les employeurs et les employés. Même si les certificats d'aptitude ont facilité le dialogue entre les médecins, les employés et les employeurs, il reste beaucoup à faire pour tirer pleinement profit de cette nouvelle approche. Un des principaux problèmes à régler pour améliorer l'utilisation du certificat d'aptitude est la méconnaissance du milieu professionnel chez les médecins. Par ailleurs les médecins ne se sentent pas totalement aptes à utiliser toutes les options de retour au travail proposées sur le certificat d'aptitude et à bien faire la distinction entre ces dernières. Il reste également à élaborer des certificats d'aptitude adaptés aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Certaines données indiquent qu'en raison de leur méconnaissance des problèmes de santé mentale et de leur manque d'interaction avec le milieu professionnel, les médecins ont tendance à accorder des arrêts-maladie de plus longue durée aux patients atteints de troubles mentaux.

Pour en savoir plus

Chenery, V. (2013), « An Evaluation of the Statement of Fitness for Work (Fit note): A Survey of Employees », *DWP Research Report*, n° 840, Londres.

OCDE (2013), *Mental Health and Work: United Kingdom*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264204997-en.

Shiels, C. et al. (2013), « An Evaluation of the Statement of Fitness for Work (fit note): Quantitative Survey of Fit Notes », *DWP Research Report*, n° 841, Londres.

Fiche 3.8
Suède : Directives pour inciter les généralistes à mettre l'accent sur l'emploi

Contexte

Les médecins généralistes assument une fonction clé de filtrage vers les prestations maladie et invalidité dans la plupart des pays de l'OCDE. Pourtant un bon nombre d'entre eux ne disposent pas des compétences et des connaissances adéquates pour prescrire un arrêt-maladie, en particulier lorsqu'il s'agit de patients atteints de troubles mentaux légers à modérés. Cette situation peut donner lieu à des arrêts-maladie inutilement longs.

Programme

En 2005 le Conseil national suédois de la santé et de la protection sociale a élaboré de nouvelles voies pour améliorer la qualité des certificats de maladie dans le but de réduire le nombre élevé de congés de maladie. À ce jour, le Conseil a publié 120 directives spécifiques aux maladies concernant l'anxiété, la dépression et la schizophrénie. Elles comprennent des critères permettant d'évaluer les cas individuels, comme le pronostic attendu, le traitement efficace, et la durée de l'arrêt-maladie. Ces directives reposent sur la prise en compte des données scientifiques disponibles et d'un consensus entre différents spécialistes. Ainsi, les directives concernant la dépression indiquent que les personnes souffrant d'une première dépression sans complication peuvent retrouver une activité dans les trois mois avec un traitement adapté.

Résultats

Les directives médicales spécifiques aux diagnostics récemment élaborées à l'intention des médecins généralistes ont eu une forte incidence sur leurs habitudes en matière de prescription d'arrêts-maladie. Les données suggèrent que les directives sur les arrêts-maladie pour les maladies les plus courantes ont contribué à une forte diminution de la fréquence et de la durée des arrêts, et à une répartition moins vaste des diagnostics. Dans une étude nationale menée récemment auprès de tous les médecins généralistes, 76 % d'entre eux ont déclaré utiliser les directives nationales sur les maladies. Près de deux tiers déclaraient que les directives avaient facilité leur contact avec les patients et un tiers soulignaient une meilleure communication avec les agents de l'assurance sociale, les autres professionnels de la santé et les employeurs.

Pour en savoir plus

OCDE (2013), *Mental Health and Work: Sweden*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264188730-en.

Skaner, Y. et al. (2011), « Use and Usefulness of Guidelines for Sickness Certification: Results from a National Survey of All General Practitioners in Sweden », *BMJ Open*, vol. 1, n° 1, http://bmjopen.bmj.com/content/1/2/e000303.full (consulté le 11 août 2015).

Fiche 3.9
Pays-Bas : Des directives à l'intention des professionnels de la santé

Contexte

Les personnes qui souffrent de troubles mentaux rencontrent souvent des problèmes en lien avec leur travail, que les prestataires de soins de santé prennent rarement en compte. L'accumulation de problèmes médicaux, sociaux et professionnels peut conduire à une prise en charge par un médecin généraliste, un médecin du travail et un psychologue. Ces derniers doivent coordonner leurs interventions et prendre en main les problèmes qui se posent au travail.

Programme

Pour gérer les problèmes professionnels des personnes atteintes de troubles mentaux et mieux coordonner le traitement fourni par les médecins généralistes, les médecins du travail et les psychologues, les Pays-Bas ont élaboré toute une série de directives sur les traitements.

Ces directives établissent un processus en trois phases destiné à aider les professionnels de la santé à soutenir les patients souffrant de troubles mentaux légers à modérés lors de leur retour au travail : 1) discuter des raisons pour lesquelles l'arrêt-maladie a été prescrit, informer le travailleur sur ses perspectives d'emploi futures et lui apporter des conseils sur l'organisation d'une routine quotidienne pendant l'arrêt-maladie ; 2) traiter les problèmes qui sont à l'origine de l'arrêt-maladie et pousser le travailleur à proposer des solutions permettant le retour au travail ; et 3) appliquer ces solutions lors de la reprise progressive du travail. Les directives fournissent également des informations complémentaires sur le rôle des différents prestataires de soins de santé et sur le moment où il devient nécessaire de les contacter ou de leur recommander un patient.

En plus des trois séries de directives spécifiques aux professions, il existe également une directive pluridisciplinaire sur la coopération entre les médecins généralistes, les médecins du travail et les psychologues pour lutter contre l'épuisement et la détresse en lien avec le travail.

Résultats

La directive à l'intention des médecins du travail a été évaluée dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé par groupe, et s'est révélée efficace pour améliorer le retour au travail. En moyenne, les personnes prises en charge conformément à la directive sont retournées au travail 17 jours plus tôt que celles prises en charge par un médecin du travail n'utilisant pas la directive.

Les évaluations de l'adhésion des médecins du travail à leur directive ont montré un respect partiel, certaines études indiquant que les médecins du travail ne suivaient que la moitié des recommandations de la directive. Néanmoins, on observe un plus grand respect en ce qui concerne la réduction des arrêts-maladie. Pour ce qui est de la directive à l'intention des psychologues, une étude révèle qu'environ 58 % de ces derniers utilisent leur directive, mais on ne dispose pas de données concernant les taux d'observation.

Pour en savoir plus

LVE/NHG/NVAB (2011), Richtlijn: Eén lijn in de eerste lijn bij overspanning en burnout: Multidisciplinaire richtlijn bij overspanning en burnout voor eerstelijns professionals, LVE (Amsterdam), NHG (Utrecht) et NVAB (Utrecht).

Nieuwenhuijsen, K. et al. (2003), « Quality of Rehabilitation Among Workers with Adjustment Disorders According to Practice Guidelines: A Retrospective Cohort Study », *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 60, suppl. 1, pp. i21-i25.

NVAB (2007), *Richtlijn: Handelen van de Bedrijfsarts bij Werkenden met Psychische Problemen*, Nederlandse Verenining voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, Utrecht.

OCDE (2014), *Mental Health and Work: Netherlands*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264223301-en.

Rebergen, D. et al. (2006), « Adherence to Mental Health Guideline by Dutch Occupational Physicians », *Occupational Medicine (Londres)*, vol. 56, n° 7, pp. 461-468.

Fiche 3.10
Suisse : Un certificat médical détaillé pour une meilleure coopération

Contexte

La coopération entre les médecins généralistes et les employeurs des patients est importante pour parvenir à une compréhension identique du contexte de travail et trouver des solutions pour que les patients puissent continuer à travailler. Pour des raisons de confidentialité toutefois, les médecins ne sont pas autorisés à entrer en contact avec les employeurs. Il existe en conséquence un manque e communication entre les médecins généralistes et les employeurs, qui ne permet pas aux médecins d'évaluer facilement l'aptitude du patient à travailler.

Programme

Pour fournir aux employeurs davantage d'informations liées au travail concernant leurs employés en congé de maladie, renforcer les chances d'un retour anticipé au travail (souvent à temps partiel), et améliorer la coopération entre les employeurs et les médecins, certaines associations régionales d'employeurs et de médecins ont élaboré un « certificat médical détaillé ».

L'employeur peut demander au médecin traitant de lui fournir un certificat médical détaillé. Il contient davantage d'informations que le certificat ordinaire qui précise uniquement la raison de l'absence (accident, maladie ou grossesse) et le degré et la durée de l'incapacité de travail. L'employeur est tenu d'envoyer au médecin une description du poste de travail et des tâches effectuées par le patient. La description doit être signée par l'employé, qui consent ainsi à la demande de certificat médical détaillé. L'employeur peut également préciser s'il souhaite entrer en contact avec le médecin. S'appuyant sur la description du poste de travail, le médecin indique les tâches que l'employé peut ou ne peut pas accomplir tant qu'il est en congé de maladie (à temps partiel).

Les formulaires à utiliser pour décrire le poste de travail et établir le certificat médical détaillé peuvent être téléchargés sur la page d'accueil des organisations d'employeurs, des associations de médecins, et des assurances privées qui versent les indemnités journalières. L'employeur doit payer 60 CHF pour obtenir un certificat.

Résultats

Le certificat médical détaillé est utilisé dans différentes régions depuis 2005, et il est désormais disponible dans tout le pays. Même si aucune évaluation formelle n'a été réalisée, des observations ponctuelles indiquent que la collaboration entre les associations d'employeurs et de médecins pourrait véritablement améliorer le dialogue et la confiance mutuelle entre employeurs et médecins. L'entente entre les employeurs et les médecins est en effet un élément important de ce processus, vu qu'elle est à la base du nouveau certificat. Toutefois, l'utilisation du certificat détaillé ne semble pas encore très répandue, en partie en raison du manque d'information des employeurs et parce que les employés doivent donner leur accord avant que les employeurs puissent faire une demande de certificat détaillé.

Pour en savoir plus

Ebnöther, E. (2014), « Das Arztzeugnis im Brennpunkt unterschiedlicher Interessen », *Schweizerische Ärztezeitung*, vol. 95, No. 4, pp. 108-111.

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

Liens concernant le certificat médical détaillé (« Erweitertes Arbeitsunfähigkeitszeugnis ») et la description du poste de travail (« Arbeitsplatzbeschreibung ») sur la page web de la Swiss Insurance Medicine : www.swiss-insurance-medicine.ch/de/arbeitsunfaehigkeitszeugnisse.html (consulté le 11 août 2015).

Fiche 3.11
États-Unis : Placement et soutien individuels par le secteur de la santé

Contexte

Les soins de santé mentale seuls n'améliorent pas la situation professionnelle des personnes souffrant de troubles mentaux. Pour conserver leur emploi ou en retrouver un, elles ont également besoin d'un accompagnement à l'emploi. Intégrer un tel soutien au traitement de santé mentale s'est révélé efficace pour améliorer les résultats professionnels.

Programme

Le modèle de placement et de soutien individuels (IPS) est une approche visant à aider les personnes souffrant de troubles mentaux sévères à retourner sur le marché du travail. Le modèle IPS prend en considération le manque d'intégration des services de santé mentale et de l'emploi, et l'absence de relations entre les différents spécialistes. Les principes majeurs du modèle sont : i) un bon emploi ; ii) une éligibilité basée sur un choix personnel – aucune exclusion ; iii) une recherche d'emploi personnalisée ; iv) une recherche d'emploi dans les quatre semaines ; v) les spécialistes de l'emploi et les équipes cliniques travaillent ensemble et sont situées à proximité les uns des autres ; vi) un soutien permanent après la reprise du travail ; vii) les employeurs sont contactés pour discuter des besoins des employés concernés ; et viii) un soutien tout au long de la transition entre prestations et travail. Le modèle IPS est actuellement davantage utilisé dans les établissements de soins de santé mentale secondaires que dans le système de l'emploi – en partie parce que le groupe cible du modèle est constitué d'individus atteints de troubles mentaux sévères.

Résultats

De nombreuses données indiquent que le modèle IPS donne de meilleurs résultats que les autres services professionnels, pour un coût moins important pour les systèmes de santé et de protection sociale. Les études montrent que 55 % des personnes dirigées vers le IPS travaillent au moins un jour au cours de la période de suivi de 18 mois, contre seulement 28 % pour celles dirigées vers des services professionnels. Les personnes dirigées vers les services professionnels sont plus susceptibles d'abandonner (45 %) et d'être réadmises à l'hôpital (31 %) que celles bénéficiant du programme IPS (13 % d'abandon et 20 % de réadmission). Des essais contrôlés randomisés menés aux États-Unis ont également montré que les participants au programme IPS avaient de bien meilleurs résultats en termes d'emploi que les groupes aidés par le biais d'approches plus traditionnelles de type « formation et placement » – à savoir proposer une formation professionnelle et une préparation à l'emploi avant de débuter la recherche d'un emploi compétitif.

On constate néanmoins certaines limites : les programmes aboutissent principalement à des emplois de base dans le secteur des services, environ la moitié des clients quittent leur emploi dans les six mois, et ils ne travaillent généralement pas à temps plein afin de ne pas risquer de perdre leurs prestations de sécurité sociale. Pour résumer, la réussite d'un placement n'a pratiquement aucun effet sur le système de prestations. Enfin, les programmes d'emplois aidés ne sont pas aussi répandus qu'on pourrait le penser, en raison d'obstacles à leur mise en œuvre, comme l'éparpillement des financements qui, à son tour, entraîne un éparpillement de la prestation des services. Comme le modèle IPS est un service qui nécessite beaucoup de ressources et de personnels, le nombre de personnes qui en bénéficient est limité. Actuellement, il cible essentiellement les personnes atteintes de troubles mentaux sévères et n'a pas encore été adapté au nombre élevé et croissant de personnes souffrant de problèmes plus modérés.

Pour en savoir plus

Drake, R. et G. Bond (2008), « Supported Employment: 1998-2008 », Guest Editorial in the Special Issue on the 10th Anniversary on Supported Employment, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 31, n° 4, pp. 274-276.

Knapp, M. et al. (2013), « Supported Employment: Cost-effectiveness Across six European Sites », *World Psychiatry*, vol. 12, n° 1, pp. 60-68.

Fiche 3.12
Australie : Services de tuteurs et d'accompagnants personnels – Services de santé mentale de proximité

Contexte

Dans la plupart des pays de l'OCDE, le soutien à l'emploi et le soutien à la santé mentale sont gérés de manière distincte alors que de nombreuses études démontrent que le fait d'occuper un emploi réduit la durée de traitement. Intégrer le soutien à l'emploi dans les soins de santé mentale est indispensable pour améliorer la situation professionnelle des personnes qui souffrent de troubles mentaux

Programme

En 2007, le gouvernement australien a mis en place le programme *Personal Helpers and Mentors* (PHaM). Il finance des ONG qui ont pour objectif d'offrir davantage de possibilités aux personnes âgées de 16 ans et plus dont la vie est fortement affectée par des problèmes de santé mentale, en les aidant à surmonter leur isolement social et à accroître leurs relations avec l'extérieur. Le programme PHaM fournit un soutien individualisé afin d'accompagner les participants tout au long de leur processus de rétablissement et propose une approche coordonnée et intégrée d'accès aux services d'aide. Ces services prennent en compte non seulement les problèmes de santé mentale, mais aussi tous les autres problèmes de bien-être émotionnel et physique qui peuvent influencer l'amélioration de l'état de santé mentale. Le programme a vu le jour en 2007, et il existe aujourd'hui 220 services PHaM en fonctionnement dans tout le pays. Depuis avril 2013, certains services PHaM sont spécifiquement financés pour aider les personnes souffrant de troubles mentaux à faire face aux obstacles à la réalisation de leurs objectifs en matière d'emploi ou de formation.

Résultats

Sur les 13 219 personnes qui ont participé au programme en 2011-2012, 65 % souffraient de troubles de l'humeur et 36 % de troubles anxieux. Sur les 4 024 personnes qui ont quitté le programme en 2011-2012, 34 % l'ont fait parce qu'elles avaient atteint leurs objectifs de traitement. En 2013-2014, les données relatives aux performances indiquaient que 97 % des participants poursuivaient leur progrès en regard de leurs objectifs pertinents, et 99 % déclaraient qu'ils étaient satisfaits et que les services dont ils bénéficiaient étaient adaptés à leurs besoins. En outre, 1 737 participants percevant des prestations de soutien au revenu, ou les ayant demandées, se sont inscrits auprès des services de l'emploi du programme PHaM sur un total de 42 sites. Ces services de l'emploi travaillent avec les participants au traitement des problèmes non professionnels qui constituent des obstacles à l'accès à l'emploi, à la formation ou à l'éducation, comme la présentation, la stabilité en matière de logement, et le soutien familial aux objectifs professionnels. On ne dispose pas de données concernant le nombre de personnes qui ont réussi à obtenir un emploi.

Pour en savoir plus

Australian Government, Department of Social Services (2015), « Personal Helpers and Mentors website », www.dss.gov.au/our-responsibilities/mental-health/programs-services/personal-helpers-and-mentors-phams (consulté le 12 janvier 2015).

Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs (2011), Working with Australians to Promote Mental Health, Prevent Mental Illness and Support Recovery: Evaluation of the FaHCSIA Targeted Community Care Mental Health Initiatives, Final report, Commonwealth of Australia, Canberra.

Department of Social Services (2013), Part C1: Personal Helpers and Mentors Guidelines under the Targeted Community Care (Mental Health) Program, Commonwealth of Australia, Canberra.

OCDE (2015, à paraître), *Mental Health and Work: Australia*, Éditions OCDE, Paris.

Fiche 3.13
Danemark : Programme d'auto-prise en charge pour le retour à l'emploi

Contexte

Pour éviter que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale ne sortent du marché du travail, il est tout aussi important de leur proposer un traitement qu'une aide à l'emploi. Les programmes d'auto-prise en charge visant à aider les personnes atteintes de troubles de la santé mentale à gérer leurs problèmes de santé sont répandus et offrent un cadre idéal à l'application des techniques d'auto-prise en charge au maintien dans l'emploi ou à la recherche d'emploi.

Programme

Lær at tackle est la version danoise du programme d'auto-prise en charge élaboré par l'Université de Stanford, en Californie. Le programme danois *Lær at tackle* vise globalement à améliorer la santé et l'auto-prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques comme la dépression, l'anxiété, l'arthrite, le diabète, et les douleurs chroniques. Il comporte quatre modules distincts, avec des objectifs et des groupes cibles différents :

- Apprendre à gérer l'anxiété et la dépression
- Apprendre à concilier emploi et maladie chronique
- Apprendre à gérer les douleurs chroniques
- Apprendre à gérer une maladie chronique

Le module « Apprendre à concilier emploi et maladie chronique » est destiné aux personnes atteintes de maladie chronique, qui courent un risque important d'exclusion du marché du travail. Il vise principalement à aider les personnes en arrêt-maladie à reprendre confiance en leur capacité à maîtriser leurs symptômes, à mieux gérer leurs problèmes de santé et à élaborer des stratégies de retour à l'emploi. Les personnes souffrant d'anxiété, de dépression, de stress et de douleurs chroniques constituent son principal groupe cible.

Ce programme est mené en partenariat avec l'Autorité danoise de la santé et des médicaments, l'Agence nationale danoise pour le marché du travail et le recrutement, et la fondation TRYG. Le programme est mis en œuvre par le Comité danois pour l'éducation à la santé et financé par les communes.

Résultats

Le programme est fondé sur des données probantes et a eu des effets positifs significatifs avérés sur : la santé autoévaluée ; les problèmes de santé ; la douleur ; la fatigue ; les troubles fonctionnels ; l'activité physique ; l'utilisation des techniques cognitives et l'auto-efficacité.

Le module « Apprendre à concilier emploi et maladie chronique » est toujours en phase de mise en œuvre et a déjà été testé dans 42 communes sur 98. Deux instituts de recherche évaluent actuellement le programme sur la période 2014-17. L'accent est mis sur l'évaluation de l'état de santé, le comportement en matière de santé, l'auto-efficacité et le retour à l'emploi.

Pour en savoir plus

The Danish National Board of Health (2009) Patient Education – A Health Technology Assessment.

www.patientuddannelse.info (consulté le 11 août 2015).

http://patienteducation.stanford.edu/ (consulté le 11 août 2015).

www.patient.co.uk/doctor/expert-patients (consulté le 11 août 2015).

Fiche 3.14
Royaume-Uni : Des conseillers pour l'emploi associés aux psychothérapeutes

Contexte

Les personnes atteintes de troubles mentaux souffrent souvent de problèmes médicaux, sociaux et professionnels nécessitant l'intervention et l'aide de différents acteurs. Toutefois, les politiques et les services de santé tendent à fonctionner en vase clos par rapport aux autres systèmes, et ciblent souvent les personnes atteintes de troubles sévères.

Programme

Pour fournir des services intégrés en matière d'emploi et de santé, le *National Health Service* du Royaume-Uni a intégré des conseillers pour l'emploi (*Employment Advisers* – EA) au programme d'amélioration de l'accès aux psychothérapies (*Improving access to psychological therapies* – IAPT) déployé à travers l'Angleterre. Le programme IAPT permet aux personnes atteintes de troubles mentaux courants d'accéder rapidement à un traitement psychologique éprouvé. Ces conseillers pour l'emploi travaillent aux côtés des thérapeutes de l'IAPT, donnent des conseils pratiques et interviennent de façon pertinente pour aider les patients à entrer sur le marché du travail, ou à y rester. L'accès aux services IAPT se fait sur demande du patient lui-même ou d'un médecin généraliste.

Résultats

Les conseillers pour l'emploi apportent une valeur ajoutée aux services IAPT en accélérant le retour à l'emploi après un arrêt-maladie ou en améliorant la probabilité de conserver son emploi. Sur l'ensemble des personnes en arrêt-maladie lors de leur inscription aux services IAPT qui ont commencé à consulter un conseiller pour l'emploi, 63 % ont repris le travail, 9 % ont conservé leur emploi mais sont restés en arrêt-maladie, et les 29 % restants ont quitté leur emploi lorsqu'ils n'ont plus bénéficié du service. Sur l'ensemble des personnes qui travaillaient encore lorsqu'elles ont consulté un conseiller pour l'emploi pour la première fois, 84 % ont conservé leur emploi après avoir cessé de voir leur conseiller.

Les personnes occupant un emploi et souffrant de problèmes de santé accordent beaucoup d'importance à l'aide coordonnée des services de l'emploi et des services de santé. Toutefois, une question essentielle est de savoir dans quelle mesure une telle coordination aurait eu lieu de toute façon, c'est-à-dire dans le cadre du traitement IAPT seul. L'analyse de la situation professionnelle des bénéficiaires de l'IAPT ayant consulté un conseiller pour l'emploi par rapport à ceux n'en ayant pas consulté n'est pas concluante.

Bien que le programme mette en évidence les efforts considérables et innovants déployés pour intégrer le soutien en matière d'emploi et de santé, il existe quelques lacunes qui peuvent être améliorées. Par exemple, certaines données indiquent que l'aide à l'emploi n'a pas été entièrement « intégrée » à l'aide en matière de santé. Les usagers ne sont pas orientés vers les conseillers pour l'emploi avant la fin de leur traitement, ce qui signifie que l'aide est apportée après et non en parallèle.

Pour en savoir plus

Hillage, J. et al. (2012), « Evaluation of the Fit for Work Service Pilots: First Year Report », *DWP Research Report*, n° 792, Londres.

Hogarth, T. et al. (2013), « Evaluation of Employment Advisers in the Improving Access to Psychological Therapies Programme », *DWP Research Report*, n° 826, Londres.

OCDE (2014), *Mental Health and Work: United Kingdom*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264204997-en.

Fiche 3.15
Norvège : Des « centres d'adaptation au travail » prennent en charge les troubles mentaux et proposent des services pour l'emploi

Contexte

Les personnes atteintes de troubles mentaux rencontrent souvent des difficultés professionnelles, comme une diminution de la capacité à travailler, des absences pour maladie ou du chômage. Puisque le travail contribue à un bon équilibre psychique et peut améliorer l'efficacité de la prise en charge des maladies mentales, il est important de proposer à la fois un traitement des troubles mentaux et des services en matière d'emploi afin de remédier aux problèmes professionnels.

Programme

En Norvège, les « centres d'adaptation au travail » proposent des services de thérapie cognitivo-comportementale axés sur le travail ainsi que des services de réadaptation professionnelle aux personnes atteintes de troubles mentaux légers à modérés qui occupent encore un emploi, sont en arrêt-maladie ou inactives. La thérapie et la réadaptation portent principalement sur la gestion des problèmes en rapport avec le travail.

Ces services peuvent comporter jusqu'à 15 séances et sont actuellement disponibles dans sept des dix-neuf comtés norvégiens. Le spécialiste de l'emploi est non seulement censé donner des conseils, mais également rechercher activement des contacts avec les employeurs. Les thérapeutes (employés par l'organisme norvégien en charge du travail et de la protection sociale) et les spécialistes de l'emploi travaillent en étroite collaboration.

Résultats

Un essai multicentrique contrôlé randomisé — l'étude « At Work and Coping » menée par Uni Research[1] — a évalué l'impact de six centres et mené une analyse coûts-avantages. Le groupe d'intervention a bénéficié du programme « At Work and Coping », tandis que le groupe témoin a bénéficié du traitement habituel, de l'aide de son médecin généraliste ou de mesures de réadaptation professionnelle mises en œuvre par les services de l'emploi.

En ce qui concerne les participants sélectionnés principalement parmi les bénéficiaires de prestations d'invalidité temporaires, le groupe d'intervention a enregistré des résultats supérieurs et statistiquement significatifs. L'idée de ces centres est prometteuse, dans la mesure où les traitements prévus intègrent pleinement une dimension en rapport avec l'emploi, tandis que les aides à l'emploi intègrent une dimension en rapport avec la santé mentale.

Pour en savoir plus

Clinical trials, https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01146730?term=Centre+for+work+coping&rank=1.

Løvvik, C., W. Shaw, S. Øverland et S.E. Reme (2014), « Expectations and Illness Perceptions as Predictors of Benefit Recipiency Among Workers with Common Mental Disorders: Secondary Analysis from a Randomized Controlled Trial », *BMJ Open,* vol. 4(e004321), http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004321.

Løvvik, C., S. Øverland, M. Hysing, E. Broadbent et S.E. Reme (2014), « Association Between Illness Perceptions and Return-to-Work Expectations in Workers with Common Mental Health Symptoms », *Journal of Occupational Rehabilitation,* vol. 24, n° 1, pp. 160-170, http://dx.doi.org/10.1007/s10926-013-9439-8.

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

Olsen, I. B., S. Øverland, S.E. Reme et C. Løvvik (2014), « Exploring work-related causal attributions of common mental disorders", *Journal of Occupational Rehabilitation*, http://dx.doi.org/10.1007/10926-014-9556-z.

Reme, S.E., A.L. Grasdal, C. Løvvik, S.A. Lie et S. Øverland (2015), « Work-focused Cognitive Behavioural Therapy and Individual Job Support to Increase Work Participation in Common Mental Disorders. A Randomized Controlled Multicenter Trial », *Occupational and Environmental Medicine* (à paraître).

Fiche 3.16
Royaume-Uni : Des médecins pour les médecins – Promouvoir la santé des professionnels de santé

Contexte

Bien que la prévalence des troubles mentaux soit élevée dans la population dans son ensemble, elle est encore plus élevée dans certaines professions en raison d'une combinaison de facteurs de risque professionnels et individuels. Les médecins sont particulièrement exposés à ce risque, et ils sont en outre moins susceptibles de faire part de leurs problèmes, d'où un taux d'absentéisme élevé.

Programme

Le *Practitioner Health Programme* (PHP), mis en place par le NHS pour le Grand Londres en 2008, vise à lutter contre les problèmes de santé mentale qui touchent fréquemment les médecins tout en mettant en lumière la nouvelle responsabilité du système de santé en matière d'emploi. Le PHP, entièrement financé par le NHS, est un service de soins de santé mentale par étapes destiné aux professionnels de santé. Ce service est gratuit, confidentiel (voire anonyme selon les préférences), très facile d'accès (il est accessible sans rendez-vous), et permet une intervention rapide (un traitement est mis en place dans la semaine). Ses principales caractéristiques sont les suivantes : intervention d'une équipe pluridisciplinaire (composée de médecins généralistes, de psychiatres, d'infirmières spécialisées, de psychologues et de thérapeutes) ; peu de cas à traiter pour l'équipe ; un retour au travail progressif est favorisé lorsque c'est possible (en collaboration avec l'employeur). Chaque patient dépend d'un clinicien en chef qui coordonne le traitement et les autres aides, procède à des examens réguliers et évoque le cas du patient lors des réunions hebdomadaires de l'équipe.

Le PHP n'est pas un service de médecine du travail mais peut se mettre en lien avec celui-ci. Le PHP fournit des évaluations en rapport avec le travail et le lieu de travail et soutient la planification et la mise en œuvre du retour au travail.

Résultats

Au cours des cinq premières années, de 2008 à 2013, plus de 1 000 médecins ont eu recours au PHP. Les femmes étaient plus nombreuses que les hommes, et l'âge modal était de 30 ans. Certains médecins n'avaient pas accès à la filière de soins traditionnelle du NHS, ou cette dernière ne répondait pas à leurs besoins spécifiques. Près de 80 % des utilisateurs présentaient des troubles mentaux (dépression dans 55 % des cas) et les 20 % restants souffraient de problèmes d'addiction (alcoolisme principalement).

Le service a fait preuve d'une bonne efficacité pour améliorer l'état psychique des médecins et permettre leur retour au travail. En moyenne, sur cinq ans, 76 % ont continué de travailler ou ont repris le travail, et 79 % de ceux traités pour des problèmes d'addiction sont restés abstinents. Les questionnaires de santé validés mettent en évidence une amélioration de tous les indicateurs, y compris santé mentale, vie sociale et pratique professionnelle. Ces résultats ont été rendus possibles par la mise en place d'un processus clair et par l'attention accordée à la guérison et au retour au travail ou à la poursuite du travail. Le PHP a comblé un besoin non satisfait et a montré qu'un investissement dans ces services spécialisés était efficace, tant d'un point de vue économique que clinique.

Pour en savoir plus

NHS (2014), « The First Five Years of the NHS Practitioner Health Programme, 2008-2013, Supporting the Health of Health Professionals », www.php.nhs.net (consulté le 11 août 2015).

OCDE (2014), *Mental Health and Work: United Kingdom*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264204997-en (consulté le 11 août 2015).

Chapitre 4

Prévention du stress au travail, incitations aux employeurs et soutien aux travailleurs souffrant de problèmes de santé mentale

Les employeurs occupent une position idéale pour aider leurs employés à s'attaquer aux problèmes de santé mentale et conserver leur emploi. Les travailleurs qui souffrent de troubles mentaux prennent des arrêts maladie plus souvent que les autres et sont absents plus longtemps. Dans le même temps, ils font état beaucoup plus souvent d'une productivité réduite au travail. La prévention du stress sur le lieu de travail est un moyen aussi nécessaire qu'efficace de faire face aux problèmes de santé mentale existants. Mais les préjugés sur la santé mentale étant omniprésents, il est difficile de trouver une solution aux problèmes au travail liés à la santé mentale. Pour que les cadres puissent détecter les problèmes mentaux, ils doivent bénéficier de formations et d'un soutien adaptés.

Conclusions :

- *Renforcer la législation pour prévenir les risques psychosociaux.*
- *Améliorer les réactions des responsables hiérarchiques face aux problèmes de santé mentale des travailleurs.*
- *Élaborer un processus efficace de gestion du retour à l'emploi.*
- *Renforcer les incitations et les obligations à destination des employeurs pour prévenir les arrêts maladie et y faire face.*

La plupart des personnes qui souffrent de troubles mentaux ont un emploi et se rendent sur leur lieu de travail, mais il est rare qu'elles soient pleinement productives. Le lieu de travail est donc un terrain essentiel à partir duquel on peut trouver des solutions au problème de l'exclusion liée à la santé mentale. En outre, alors qu'en général, le lieu de travail constitue un cadre protecteur et favorise une bonne santé mentale, il peut aussi être source de détresse et aggraver l'état des employés en mauvaise santé mentale. Les comportements stigmatisants, les interventions évasives et contre-productives des cadres et l'ignorance des risques psychosociaux sur le lieu de travail sont autant de facteurs qui contribuent à exclure du marché du travail les travailleurs souffrant de troubles mentaux.

Malgré une prise de conscience de ces risques et de la nécessité de prévenir le stress dans de nombreux pays de l'OCDE, il existe peu de procédures ou de mécanismes de soutien qui traduiraient cette prise de conscience en mesures concrètes. La difficulté consiste à intervenir rapidement et efficacement et à aider les employeurs à faire face aux risques sur le lieu de travail et aux problèmes professionnels. Les troubles de santé mentale sont liés à des résultats insuffisants et des problèmes relationnels sur le lieu de travail. Il est cependant impossible de prévenir tous les troubles mentaux, et les employeurs doivent gérer les absences pour maladie, les retours à l'emploi et les conflits sur le lieu de travail. Les petites et moyennes entreprises (PME) en particulier ont peu de marge de manœuvre pour s'adapter, et sont souvent livrées à elles-mêmes.

Stigmatisation et révélation, un cercle vicieux

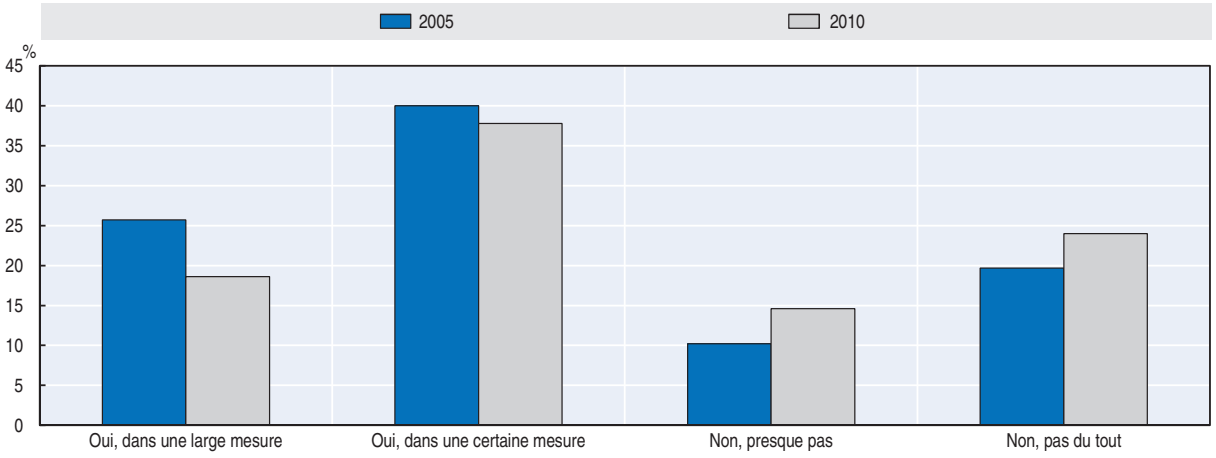
La prise de conscience des problèmes de santé mentale sur le lieu de travail et des possibilités de traitement psychiatrique a progressé depuis quelques dizaines d'années (Henderson et al., 2013). En revanche, les préjugés liés aux maladies mentales n'ont pas reculé autant. Les préjugés restent omniprésents, et offrent un contraste frappant avec les attitudes face aux maladies physiques (graphique 4.1, partie A). Ainsi, en 2005, pas moins de 65 % des employés danois étaient peu disposés à travailler avec quelqu'un souffrant de sautes d'humeur. Cinq ans plus tard, plus d'un sur deux (55 %) avait la même opinion. Pourtant, seul un sur six ne souhaitait pas travailler avec un collègue aveugle, et un sur dix seulement avec un collègue en chaise roulante (OCDE, 2013c).

Les préjugés compliquent la gestion des problèmes de travail liés à la santé mentale, et font qu'il est difficile pour les travailleurs souffrant de troubles mentaux de trouver, retrouver et conserver un emploi (Stuart, 2006 ; Brohan et al., 2012). Beaucoup d'employeurs n'embaucheraient pas de candidats, même très qualifiés, s'ils savaient qu'ils avaient souffert de troubles mentaux (Baer, 2007). Cette stigmatisation complique le retour au travail, prolonge encore davantage les périodes de chômage et accroît le nombre de demandeurs de prestations d'invalidité (Rosholm et Andersen, 2010). Enfin, beaucoup de salariés atteints de troubles mentaux décident de ne pas en faire état par crainte de subir des discriminations et d'être licenciés. Leurs collègues et leurs responsables ont alors du mal à trouver les raisons de leurs mauvais résultats ou de leurs problèmes relationnels, et sont incapables de les aider ou de les comprendre.

La stigmatisation omniprésente des problèmes de santé mentale est surprenante compte tenu de la prévalence des pathologies mentales dans la population active, qui se situe aujourd'hui entre 15 et 18 % (OCDE, 2012). Les préjugés contre les personnes qui souffrent de maladies mentales de façon générale et la capacité à collaborer étroitement avec elles sur le lieu de travail sont des phénomènes courants, et pas nécessairement contradictoires (Thornicroft et al., 2007).

Graphique 4.1. **La stigmatisation liée aux travailleurs ayant des problèmes de santé mentale légers à modérés au Danemark persiste malgré des améliorations**

Pourcentage de travailleurs qui seraient réticents à travailler avec un collègue qui a des sautes d'humeur



Source: Thomsen, L.B. et J. Høgelund (2011), "Handicap og beskaeftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2010 », Report 11:08, Institut national danois de recherche sociale, Copenhagen.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933265014

La lutte contre la stigmatisation est une tâche délicate. Depuis une dizaine d'années, des campagnes ont été menées à cet effet sur les lieux de travail dans plusieurs pays :

- Royaume-Uni – *The Shaw Trust* in 2010 ; *Munday* en 2010 ; *Time to Change* en 2009 ; la campagne *see me* et le programme *Mentally Healthy Workplace*.
- États-Unis – la plupart des interventions ont porté sur l'aide au personnel militaire souffrant de stress post-traumatique.
- Australie – le *National Workplace Program* de l'organisation *beyondblue* ; *Business in Mind* ; *Mental Health First Aid*.
- Canada – le projet *Copernicus*: *Risk Management for Workplace Mental Health ; Mind Matters: Opening Minds*.
- Des pays d'Europe continentale comme le Danemark avc « One of Us » (OCDE, 2013c) et la Suisse avec la campagne « Comment vas-tu ? » (voir aussi Malachowski et Kirsh, 2013 ; Szeto et Dobson, 2010).

Peu de campagnes ont été évaluées en détail ou sur de longues périodes car elles ont été lancées depuis quelques années seulement. On peut cependant se demander si elles produiront des résultats durables car leurs méthodes de sensibilisation ne changent pas efficacement les comportements à long terme lorsque les employés en détresse constituent un fardeau pour leurs collègues et leurs supérieurs hiérarchiques (Clement et al., 2013 ; Corrigan et al., 2014 ; Baer et al., 2011 ; Corrigan et Shapiro, 2010).

Les politiques visant à réduire les comportements stigmatisants doivent s'efforcer non seulement de sensibiliser aux problèmes mentaux, mais aussi faire en sorte que les travailleurs qui en souffrent et leurs collègues forgent de bonnes relations. Ainsi, il faudrait que les responsables hiérarchiques reçoivent une formation complète sur les comportements à adopter dans les situations difficiles. De même, les politiques doivent

non seulement empêcher la discrimination, mais aussi encourager les travailleurs ayant des troubles mentaux à parler des problèmes qu'ils posent dans leur travail, et les responsables hiérarchiques à intervenir rapidement pour résoudre les problèmes sur le lieu de travail liées à une mauvaise santé mentale. Autrement dit, les politiques de lutte contre la stigmatisation doivent apporter aux cadres l'aide dont ils ont besoin.

Les préjugés contre les travailleurs atteints de maladie mentale et la réticence de ces travailleurs à les révéler sont des problèmes fréquents et interdépendants. L'autostigmatisation empêche souvent ces travailleurs de faire entendre leur voix, ou les incite à baisser les bras face à une hostilité réelle ou perçue. Il faut adopter des politiques plus actives que la sensibilisation pour obliger le monde du travail à inclure et garder les personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale courants.

Les pouvoirs publics peuvent agir sur le lieu de travail dans quatre domaines précis : i) la prévention des risques psychosociaux ; ii) la formation et l'aide aux responsables hiérarchiques ; iii) la gestion efficace des arrêts-maladie et du retour au travail et iv) les mesures d'incitation et les obligations des employeurs et des employés.

Faire respecter la législation pour prévenir les risques psychosociaux

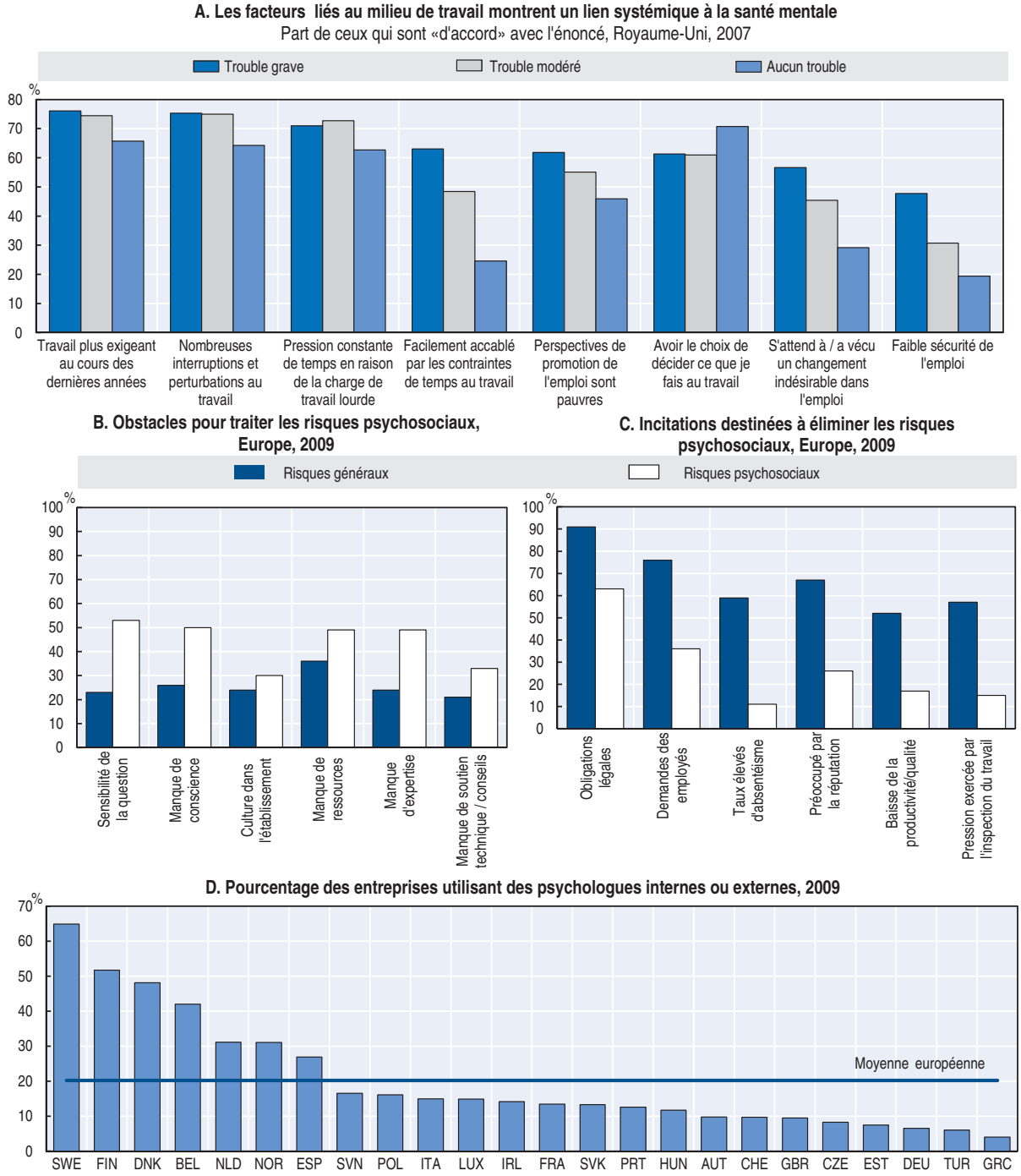
L'emploi est généralement une bonne chose pour la santé mentale, mais les emplois de mauvaise qualité, un encadrement médiocre et un stress psychosocial sur le lieu de travail peuvent provoquer des tensions chez les travailleurs atteints de troubles mentaux, voir créer des problèmes (Stansfeld et Candy, 2006). Cette relation de cause à effet entre le cadre de travail et la santé mentale a plusieurs dimensions, comme on le voit dans OCDE (2012) :

- Le stress au travail et de mauvaises conditions de travail sur le plan psychosocial peuvent être à l'origine de pathologies mentales.
- Les travailleurs qui souffrent de problèmes de santé mentale occupent généralement des emplois de moins bonne qualité et ont des conditions de travail moins bonnes.
- Les travailleurs atteints de problèmes de santé mentale ont une perception plus négative de leur situation professionnelle à cause de leur pathologie.

Rapport entre le lieu de travail et les pathologies mentales

Le graphique 4.2 (partie A) illustre la relation étroite entre les conditions de travail et les troubles mentaux. Les données montrent que dans la plupart des pays européens, de plus en plus de travailleurs subissent le double effet d'une exigence élevée et d'une faible latitude décisionnelle, association qui crée une tension au travail (OCDE, 2012). Selon les pays, entre 20 et 40 % des employés déclarent ressentir une tension au travail, qui est liée à des absences pour maladie plus fréquentes et plus longues.

Graphique 4.2. **Des obstacles importants et l'absence d'incitations empêchent de meilleures politiques de prévention**



Note: L'Europe et la moyenne européenne comprennent la moyenne des 24 pays couverts par l'enquête européenne des entreprises sur les risques nouveaux et émergents (ESENER).

Source: Estimations de l'OCDE basée sur : partie A : Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007 ; parties B à D, Enquête européenne des entreprises sur les risques nouveaux et émergents (ESENER) de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail 2009 ; https://osha.europa.eu/sub/esener/en.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933265028

Au Royaume-Uni, de nombreux travailleurs atteints de problèmes de santé mentale indiquent qu'ils se sentent accablés par les contraintes de temps au travail, qu'ils redoutent les changements indésirables et qu'ils ne se sentent pas en sécurité au travail (OCDE, 2014b). Des enquêtes dans d'autres pays donnent des résultats comparables. Au Danemark par exemple, les travailleurs qui souffrent de problèmes de santé mentale indiquent qu'ils n'ont pas suffisamment de temps pour achever toutes leurs tâches et qu'ils sont peu aidés par leurs supérieurs. Ils signalent également que la coopération avec leurs collègues est limitée et que leur direction apprécie peu leur travail (OCDE, 2013c).

Il importe cependant de ne pas surévaluer le paradigme des tensions au travail. La dépression est plus étroitement liée au stress dans la vie privée qu'au travail (OCDE, 2013a). De plus, il n'est même pas certain que le stress psychologique dû au travail ait augmenté. Des données sur l'Autriche montrent par exemple que les tensions au travail déclarées par les intéressés ont régulièrement reculé au cours des 15 dernières années (OCDE, 2015).

Dans leur grande majorité, c'est par le biais du droit du travail que les pays se sont attaqués aux risques psychosociaux et aux tensions sur le lieu de travail. On peut citer par exemple les lois sur le cadre de travail de la Norvège, de la Suède et du Danemark, la loi sur les conditions de travail aux Pays-Bas, la loi sur la protection de la main d'œuvre adoptée récemment en Autriche et la loi sur le bien-être au travail en Belgique. Toutes ces lois imposent aux employeurs d'évaluer, de prévenir et de contrôler systématiquement les risques psychosociaux au travail, ce qui marque un net revirement par rapport aux questions de santé et de sécurité qui intéressent traditionnellement les inspections du travail.

C'est pourquoi un certain nombre de pays ont rédigé des lignes directrices pour aider les employeurs à évaluer et prévenir les risques psychosociaux, tout en les laissant libres de décider du moyen de s'acquitter de leurs obligations. D'autres pays, quant à eux, obligent les entreprises à employer des spécialistes de la médecine du travail ou de la prévention. Les entreprises font alors plus largement appel aux services de psychologues que des pays comme la Suisse ou le Royaume-Uni, où les employeurs ont une obligation légale de protéger la santé de leurs employés, mais aucune concernant le stress lié au travail (graphique 4.2, partie D).

La législation sur la prévention des risques psychosociaux s'est traduite par un développement de l'aide fournie par les professionnels et des outils disponibles, et une sensibilisation du public aux risques psychosociaux sur le lieu de travail, mais la situation laisse encore à désirer :

- beaucoup d'entreprises ne respectent pas la législation ;
- dans leur grande majorité, les PME ont du mal à respecter les réglementations et ne reçoivent qu'un minimum d'aide, voire aucune ;
- la prévention des risques psychosociaux se concentre presque exclusivement sur des facteurs organisationnels et structurels et néglige les problèmes des individus sur le lieu de travail ;
- les spécialistes de la médecine du travail – qui sont les acteurs qui aident le plus les entreprises – continuent de prêter trop d'attention aux risques physiques et pas assez aux risques psychosociaux ;
- les obligations juridiques, les pressions des représentants du personnel et l'absentéisme élevé incitent les employeurs à s'attaquer aux facteurs de risque généraux, et non pas à comprendre les risques psychosociaux, qu'ils connaissent encore très mal.

Beaucoup d'entreprises considèrent que l'obligation de traiter les risques psychosociaux sur le lieu de travail constitue une charge (graphique 4.2, partie B). Le caractère sensible de cette question, le manque d'intérêt et de moyens, la culture du milieu professionnel et le manque de compétences sont autant de facteurs qui expliquent que les employeurs soient si réticents à s'attaquer aux problèmes psychosociaux. Ils considèrent que les mesures incitant à réduire les risques psychosociaux sur le lieu de travail – notamment les obligations légales ou le taux élevé de l'absentéisme pour maladie – sont moins convaincantes que les mesures visant les risques généraux (graphique 4.2, partie C).

Faire de la prévention des risques un moyen d'intervention plus puissant

Un certain nombre de pays ont élaboré des politiques publiques prometteuses destinées à : i) fournir des outils adaptés aux lieux de travail qui renforcent les mesures d'amélioration de l'environnement psychosocial au travail, ii) exiger que les entreprises mettent en place des plans concrets de prévention des risques psychosociaux, iii) introduire des conseillers spécialistes des risques psychosociaux sur le lieu de travail et iv) proposer des conseils aux employeurs qui demandent de l'aide.

- Le Danemark a mis en place des outils d'orientation par emploi et par secteur qui décrivent en termes concrets les risques et les moyens qu'une entreprise peut employer pour prévenir les problèmes (Fiche 4.1). Des inspecteurs de l'Agence chargée de l'environnement de travail ont été formés à l'utilisation de ces outils et à l'aide aux employeurs. Des résultats préliminaires indiquent que ces derniers jugent ces outils très utiles.
- En Belgique, les employeurs sont tenus de préparer des plans de prévention quinquennaux qui traitent des problèmes identifiés par leurs évaluations des risques psychosociaux. Ils doivent établir des plans d'action annuels pour prévenir la détresse psychosociale sur le lieu de travail et en limiter les conséquences (Fiche 4.2). Des évaluations ont montré que jusqu'à présent, leur mise en œuvre est insuffisante, mais l'obligation de préparer des plans d'action concrets va dans le bon sens.
- En Norvège, des centres de soutien aux entreprises proposent des cours et l'aide de conseillers spécialisés (Fiche 4.3). Des dizaines de milliers d'entreprises ont bénéficié de cours et de conseils en gestion des problèmes sur le lieu de travail.
- En Suisse, les offices cantonaux de l'assurance-invalidité peuvent conseiller les employeurs sur la façon de prendre en charge les employés jugés difficiles, longtemps avant qu'ils déposent une demande de prestation d'invalidité (Fiche 5.1). Un guide est disponible pour aider les inspecteurs du travail à identifier les risques pour la santé mentale dans les entreprises.
- En Autriche, la loi sur la protection du travail impose aux employeurs d'évaluer les tensions psychologiques sur le lieu de travail, d'appliquer des mesures en cas de problème et d'évaluer leur efficacité. Des psychologues du travail peuvent être chargés d'évaluer les risques sur le lieu de travail et d'élaborer des mesures adaptées (Fiche 4.4).

Synthèse et recommandations

Au cours de la dernière décennie, de nombreux pays de l'OCDE ont mis en place des réglementations de plus en plus élaborées visant à prévenir les risques psychosociaux. Bien qu'elles ouvrent de nouvelles possibilités de prévention des problèmes liés à la santé mentale sur le lieu de travail, il faut les équilibrer en adoptant des mesures plus précises et mieux ciblées. Les actions de sensibilisation et le renforcement de la prévention des risques psychosociaux peuvent porter leurs fruits si on les accompagne d'une aide obligatoire et suffisamment spécifique qui incite les employeurs et les services spécialisés à collaborer. Il est rare que la législation soit appliquée de façon satisfaisante et peu de politiques publiques aident les petites et moyennes entreprises. Les PME ont besoin d'outils très pratiques qui les aident à prévenir et gérer les risques psychosociaux qu'elles rencontrent dans chaque cadre de travail.

Recommandations pour appliquer et faire respecter la législation sur la prévention des risques psychosociaux :

- Spécifier aux employeurs leurs obligations pour mettre en place des mesures concrètes, par exemple l'évaluation des risques psychosociaux et des plans de prévention exhaustifs.
- Proposer des outils ciblés et des mécanismes de soutien qui permettent aux employeurs d'adapter le milieu de travail.
- Affecter des ressources des inspections du travail et des services de médecine du travail aux questions de santé psychosociale.

Formation aux questions de santé mentale et structures d'aide aux responsables hiérarchiques

Les deux tiers environ des maladies mentales se déclarent avant l'entrée sur le marché du travail. Il faut donc compléter les mesures de prévention des problèmes de santé mentale au travail par des actions efficaces qui s'attaquent aux problèmes existants de santé mentale lorsqu'ils se traduisent par une diminution des performances ou par des conflits sur le lieu de travail.

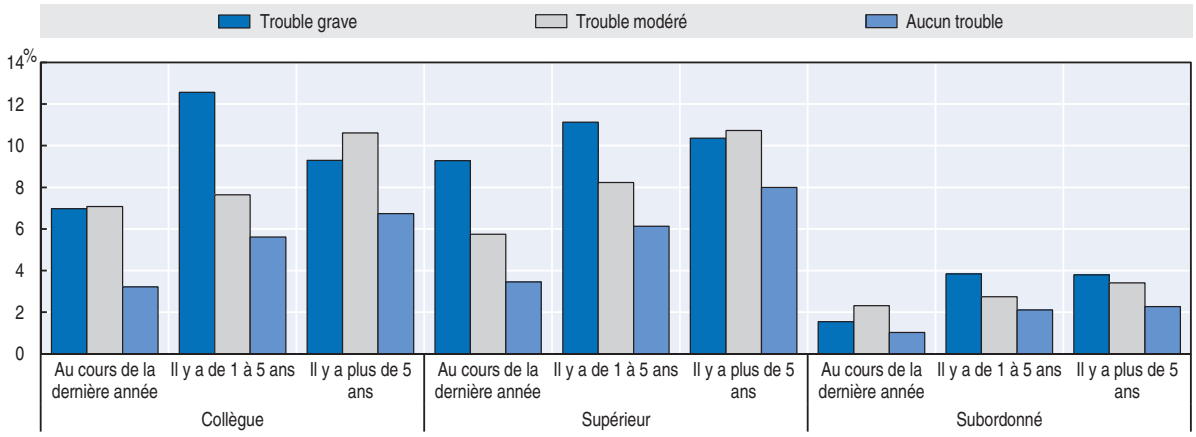
Un encadrement de qualité : un rôle fondamental et ignoré

Les travailleurs qui présentent un problème de santé mentale entrent en conflit avec des supérieurs et des collègues deux fois plus souvent que les autres travailleurs (graphique 4.3, partie A). C'est pourquoi les difficultés à gérer les relations avec la direction et les agents d'encadrement sont les principales raisons pour lesquelles les employés demandent une aide psychologique aux conseillers spécialistes de l'emploi au Royaume-Uni (graphique 4.3, partie B).

Graphique 4.3. **Les conflits au travail sont corrélés avec la santé mentale et sont une des raisons principales pour demander de l'aide**

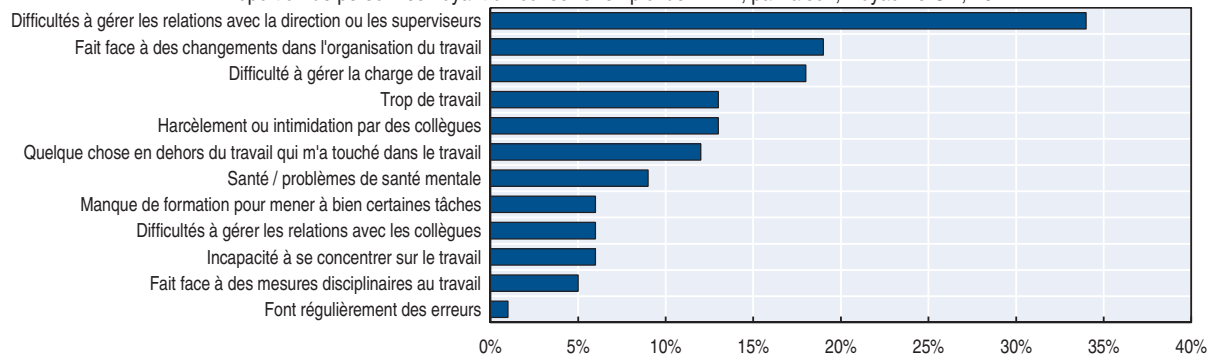
A. Les conflits de travail dans les cinq dernières années et les problèmes de santé mentale

Part des personnes qui ont connu un conflit dans l'environnement de travail, selon la gravité des problèmes de santé mentale, Danemark, 2005



B. Les conflits avec les managers sont une raison principale pour demander de l'aide

Proportion de personnes voyant un conseiller emploi de l'IAPT, par raison, Royaume-Uni, 2012



C. Les employeurs de petites entreprises ne sont pas conscients de la nécessité d'une meilleure information pour traiter les plaintes de santé mentale

Tâches de la médecine du travail considérées comme non pertinentes pour l'entreprise, selon la taille de l'entreprise, en Autriche, 2011



Source : Partie A: *Danish Health Interview Survey*, 2005; partie B: Hogarth, T. et al. (2013), « Evaluation of Employment Advisers in the Improving Access to Psychological Therapies programme », *DWP Research Report*, vol. 826, London ; et partie C : compilation de l'OCDE basée sur les données de Spectra (2011), "The position of occupational medicine in enterprises. A survey commissioned by the Austrian Academy for Occupational medicine".

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933265030

Il est essentiel de gérer efficacement les conflits sur le lieu de travail car ces conflits pèsent lourdement sur le milieu de travail et augmentent fortement le risque d'absences récurrentes pour maladie (Arends et al., 2014). Ils peuvent aussi affaiblir la solidarité entre employés et isoler les travailleurs mêlés aux conflits et les exposer davantage au licenciement (Baer et al., 2011). Bien que les conflits sur le lieu de travail soient souvent liés à des problèmes de santé mentale, les employeurs perçoivent rarement les symptômes avant-coureurs que sont les changements de comportement et les conflits. Ils risquent donc de ne pas gérer les situations comme il le faudrait. Les cadres se sentent généralement mal armés pour résoudre simplement et rapidement les problèmes de comportement. Ils hésitent à demander ou ordonner aux employés de chercher l'aide d'un professionnel, alors que beaucoup d'entreprises (plus grandes) le feraient pour s'attaquer à des problèmes d'alcoolisme par exemple.

Les grandes entreprises possèdent généralement des services internes, ou font appel à des consultants extérieurs, pour prévenir et gérer les problèmes liés à la santé mentale sur le lieu de travail. Si les PME ne le font pas, c'est par ignorance (graphique 4.3, partie C). La moitié des très petites entreprises ne se sentent pas concernées par l'épuisement professionnel et les tensions psychologiques, même si les cadres, en particulier dans les petites entreprises, s'impliquent souvent émotionnellement et n'ont pas les moyens de compenser les problèmes chroniques de performance des travailleurs. Il n'est donc pas surprenant que les PME ne proposent pratiquement jamais d'aide à leurs employés, alors que les grandes entreprises le font généralement (OCDE, 2014b). À cet égard, la plus grande difficulté pour les pouvoirs publics est que les PME font peu appel aux services de soutien.

Donner aux cadres les moyens de faire face aux problèmes de santé mentale

Pour aider davantage les employeurs à faire face aux pathologies mentales de leurs employés, les pouvoirs publics peuvent envisager plusieurs stratégies.

- Encourager le dépistage des problèmes de santé mentale des employés et donner aux cadres les outils dont ils ont besoin pour améliorer leur capacité à repérer les problèmes de santé mentale. Au Royaume-Uni par exemple, les programmes *Mental Health First Aid* apprennent à identifier les problèmes de santé mentale et à porter les premiers soins (Knapp et al., 2011 ; Borril, 2011). Cependant, ils sont généralement peu suivis, en particulier dans les PME.
- Payer des services de santé mentale de courte durée, qui peuvent être rentables pour les employeurs. Ainsi, les employés dont le test de dépistage est positif peuvent demander une aide par téléphone à des cliniciens formés (Wang et al., 2007). Dans les pays anglophones, beaucoup de grandes entreprises ont mis en place des programmes d'aide aux employés qui donnent des conseils ponctuels aux employés confrontés à des problèmes personnels qui influent sur leur rendement au travail (Fiche 4.5).
- Réduire les moyens de l'inspection du travail et de la sécurité sociale consacrés à la santé traditionnelle et à la sécurité au profit d'activités liées à la santé mentale. Il faudrait obliger les inspecteurs du travail et les spécialistes de l'hygiène et de la sécurité au travail à acquérir des connaissances sur les moyens d'aider activement les employeurs à faire face aux problèmes et à gérer les maladies sur

le lieu de travail. On pourrait par exemple intégrer cette question à leurs programmes de formation.

- Former systématiquement les cadres aux moyens de faire face aux problèmes de comportement sur le lieu de travail dès leur apparition. Il faudrait axer particulièrement ces formations sur les PME car il est rare qu'elles fassent appel à des prestataires externes pour assurer ce service.
- Former le personnel des services des ressources humaines à aider les responsables hiérarchiques à jouer leur rôle d'encadrement face aux problèmes de santé mentale sur le lieu de travail.

Synthèse et recommandations

Il existe beaucoup moins de mécanismes d'aide aux responsables hiérarchiques confrontés à des employés qui souffrent de problèmes mentaux liés au travail que de mesures préventives et favorisant la santé. Dans les pays qui ont introduit ces mécanismes depuis quelques années, ils sont peu utilisés. Les nouvelles politiques publiques doivent aider les travailleurs souffrant de troubles mentaux et être axées sur tout le cadre de travail, car beaucoup de problèmes de santé mentale persistent durablement et affectent les relations interpersonnelles. À cet effet, il faut des responsables et des services des ressources humaines compétents.

Recommandations visant à améliorer la capacité du personnel d'encadrement à réagir face aux problèmes de santé mentale des travailleurs :

- Former à la santé mentale aussi bien le personnel d'encadrement que les travailleurs.
- Élaborer des outils pour aider les responsables hiérarchiques à faire face aux problèmes de santé mentale des travailleurs.
- Mieux informer le personnel des ressources humaines sur la santé mentale de façon à ce qu'il puisse encadrer les responsables hiérarchiques confrontés à des employés souffrant de troubles mentaux.
- Encourager le dépistage des problèmes de santé mentale des employés et les programmes de premiers soins des troubles mentaux financés par les employeurs.

Gérer activement le retour à l'emploi

Si un certain nombre d'absences pour cause de maladie sont inévitables, ces absences constituent un problème fondamental pour la politique à moyen et long termes. Les travailleurs en congé maladie de longue durée ont beaucoup plus de risques de sortir du marché du travail et de bénéficier d'une pension d'invalidité permanente. La gestion active du retour à l'emploi après un congé maladie devrait être une priorité stratégique. Elle devrait cibler les travailleurs qui souffrent de troubles mentaux, car ces troubles sont très fréquents chez les personnes en absence prolongée.

Les longues absences compliquent le retour à l'emploi

Les données sur la Suède montrent qu'après 90 jours d'absence pour maladie, 75 % environ des travailleurs qui souffrent d'un problème physique sont de retour au travail, et presque 90 % le sont après 180 jours. Dans le cas des arrêts-maladie liés à la santé mentale, ces chiffres sont seulement de 50% et moins de 70 % (graphique 4.4, partie B).

Ces chiffres sont inquiétants en eux-mêmes, mais ils le sont d'autant plus que c'est en général autour de 90 jours d'arrêt-maladie que le retour à l'emploi devient particulièrement difficile, comme le confirment les données sur la Belgique (graphique 4.4, partie A).

Des facteurs propres à leur maladie peuvent amener certains travailleurs présentant des problèmes de santé mentale à prendre de longs congés. Il faut en effet du temps pour se rétablir en cas de troubles des fonctions cognitives ou d'épuisement par exemple. Cependant, les collègues, les employeurs et les médecins traitants contribuent aussi à allonger les absences plus qu'il n'est nécessaire de plusieurs façons :

- Les employeurs et les collègues ont un comportement d'appréhension-évitement, par exemple en cas de conflit sur le lieu de travail.
- Les médecins généralistes sont peu sûrs d'eux et inefficaces lorsqu'il s'agit de certifier la présence d'une maladie et risquent de prescrire des congés maladie longs et improductifs car ils se sentent obligés de « protéger » leurs patients contre les tensions et les conflits sur le lieu de travail.
- Les entreprises ne contrôlent pas les absences pour maladie ou n'ont pas mis en place de mesures efficaces de retour à l'emploi. Dans les pays européens, seule une sur deux prend des mesures systématiques pour accompagner les salariés après une longue absence pour maladie (graphique 4.4, partie C).

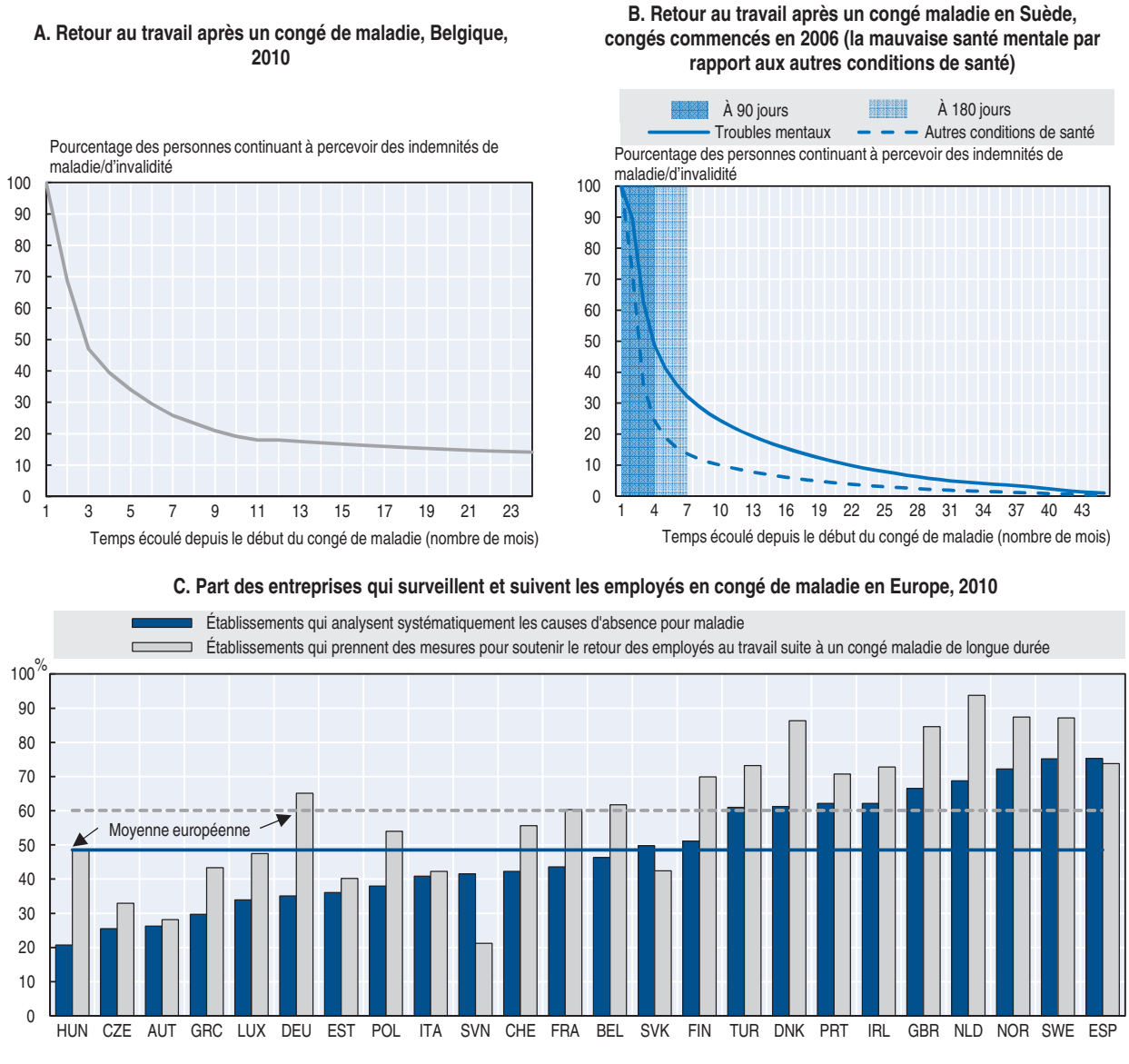
Certains pays élaborent des stratégies de retour à l'emploi

La plupart des pays élaborent aujourd'hui des stratégies visant à favoriser le retour à l'emploi. La plupart utilisent et parfois associent cinq trains de mesures.

Retour à l'emploi précoce et progressif

- Certains pays s'efforcent d'encourager un retour à l'emploi progressif le plus tôt possible au lieu d'autoriser les travailleurs à s'absenter jusqu'à ce qu'ils soient pleinement en mesure de reprendre leur travail. Récemment, la Norvège a fait de l'arrêt-maladie partiel l'option par défaut des médecins qui délivrent des certificats, les obligeant ainsi à se justifier lorsqu'ils prescrivent des congés de maladie intégraux. Dans le même temps, elle a introduit des outils d'aide aux médecins, par exemple en donnant des informations en ligne sur leurs habitudes de délivrance de certificats (OCDE, 2013c). Le système danois *Flexjob* en est un autre exemple. L'État subventionne la masse salariale des employés qui retournent au travail sur une base de temps plein, mais en effectuant moins d'heures ou des heures moins productives. Bien qu'aujourd'hui, le système *Flexjob* soit encore peu utilisé par les personnes souffrant de troubles mentaux, il pourrait contribuer à prévenir les arrêts-maladie récurrents et accélérer le retour au travail (Fiche 4.6).

Graphique 4.4. **La reprise du travail devient difficile après trois mois de congé de maladie**



Note: Les informations dont dispose l'INAMI portent exclusivement sur les absences pour lesquelles les mutualités versent des indemnités de maladie, c'est-à-dire celles dont la durée dépasse la période de salaire garanti. Afin de fournir une illustration cohérente pour les ouvriers et les employés, l'axe vertical indique le nombre de personnes bénéficiant de prestations de maladie ou d'invalidité en pourcentage du nombre de personnes percevant une indemnité de maladie pendant au moins un mois. Toutefois, le délai écoulé depuis le début du congé (axe horizontal) tient compte de la période de salaire garanti. La courbe relative au nombre de sorties s'appuie sur la durée des prestations de maladie (douze premiers mois) et les sorties du régime d'invalidité (à partir du treizième mois) pour 2010.

Source : Partie A : Calculs effectués par l'OCDE à partir de données de l'INAMI ; partie B : Données fournir par Agence suédoise d'assurance sociale ; et partie C : Enquête européenne des entreprises sur les risques nouveaux et émergents (ESENER) de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé, https://osha.europa.eu/sub/esener/fr.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933265040

Employeurs et employés : chercher une solution ensemble

La deuxième stratégie générale consiste à tirer parti de la relation cruciale employeur-employé et obliger les employeurs à faire face dès l'origine aux problèmes au travail que rencontrent leurs salariés. Pour faciliter le retour à l'emploi, un employeur peut par exemple aménager un plan de retour avec l'employé, et adopter des mesures concrètes d'adaptation et une stratégie de communication sur le lieu de travail. Il faudrait, au besoin, faire participer les médecins traitants et/ou les médecins du travail à cette procédure.

Les Pays-Bas, la Norvège et la Suède ont mis en place une procédure qui impose aux employeurs et aux employés après environ huit semaines d'arrêt-maladie de s'accorder sur un plan d'action prévoyant différentes responsabilités qui incombent aux deux parties (Fiche 4.7 ; Fiche 4.8 ; Fiche 4.9). On peut accompagner ces initiatives de guides et de conseils aux employeurs comme au Danemark, qui a publié récemment des lignes directrices au personnel d'encadrement sur les moyens de réagir lorsque des travailleurs souffrant d'un problème de santé mentale sont en arrêt-maladie.

Un autre exemple est celui des aides financières *Access to Work* au Royaume-Uni, qui apportent une aide concrète pour aider à retrouver son emploi ou à le conserver. Les personnes qui souffrent de troubles mentaux peuvent demander cette aide financière dans le cadre de leur emploi (Fiche 4.10). En Suisse, les employeurs sous-traitent souvent l'aide individualisée à des compagnies d'assurance privées qui travaillent avec le médecin traitant, l'employé et l'employeur pour élaborer un plan de retour à l'emploi (Fiche 4.11).

Remplacer les certificats de maladie par des certificats d'aptitude au travail

Une troisième voie possible consiste à modifier les certificats de maladie en exigeant des attestations médicales documentées et axées sur les capacités. C'est une solution que le Royaume-Uni a étudiée avec le dispositif de certificats d'aptitude au travail (*fit notes*) introduit en 2010. Les médecins doivent mettre l'accent sur le travail que les patients peuvent encore faire et décrire en détail les tâches qu'ils peuvent raisonnablement accomplir et les ajustements à apporter sur le lieu de travail (Fiche 3.7).

La Suisse a fait une expérience analogue avec des « certificat médicaux détaillés d'incapacité de travail ». Suivant ce dispositif, l'employeur envoie au médecin la description du poste de travail de l'employé en congé de maladie et lui demande un certificat qui décrit en détail ce que l'employé est capable d'accomplir (Fiche 3.10). Le Danemark a adopté un dispositif analogue avec une nouvelle évaluation d'aptitude à l'emploi. Il oblige les généralistes à réfléchir à ce que peuvent faire les patients et à décrire les tâches et les fonctions qu'ils peuvent accomplir sans aggraver leur état de santé. Enfin, le gouvernement suédois a collaboré avec les associations de médecins pour définir des critères applicables aux absences pour maladie selon chaque trouble diagnostiqué qui, entre autres, déterminent la durée normale des congés selon chaque maladie. Ils ont été efficaces et bien accueillis par les médecins praticiens qui souhaitent avoir des orientations (Fiche 3.8).

Intervenir rapidement en faveur des travailleurs en arrêt-maladie

Plusieurs pays ont mis en place des services d'intervention précoce pour donner des conseils et orienter les travailleurs en arrêt-maladie, généralement en suivant une méthode de gestion par cas. Ainsi, le gouvernement autrichien, en collaboration avec les partenaires sociaux, a introduit en 2013 le programme *fit2work* de conseils aux employés malades depuis plus de 40 jours (Fiche 4.12). Le Royaume-Uni a expérimenté un programme analogue en Angleterre, au Pays de Galles et en Écosse. *Fit for Work* permet

de réaliser des bilans professionnels des employés et des conseils téléphoniques pluridisciplinaires au cas par cas durant les 4 à 12 premières semaines des arrêts-maladie (Fiche 4.13). Cependant, ni dans l'exemple autrichien ni dans l'exemple britannique les services ne bénéficient aux salariés concernés au début de leur arrêt-maladie. Dans la plupart des cas, seuls les employés en arrêt de longue durée ou ceux déjà au chômage font appel à ces services.

Médecins du travail et certificats médicaux

Une cinquième approche stratégique consiste à faire appel aux connaissances spécialisées des médecins du travail. L'exemple le plus marquant est celui des Pays-Bas, où les médecins du travail sont légalement tenus d'analyser les problèmes sur les lieux de travail et de créer des plans de retour à l'emploi. Ce sont eux, et non pas les médecins traitants, qui exercent la fonction exclusive de délivrer les certificats d'arrêt-maladie. La délivrance de ces certificats n'est donc pas compliquée par le conflit de rôle vis-à-vis des patients auquel les généralistes pourraient être confrontés, bien qu'il puisse arriver que les médecins du travail qui travaillent pour un employeur et sont responsables devant lui soient confrontés à des conflits de rôle de nature différente.

Les compétences des médecins du travail en matière de santé mentale sont généralement limitées, tout comme celles des généralistes, et le traitement des problèmes de travail liés à la santé mentale est un domaine relativement nouveau. Aux Pays-Bas, il existe des lignes directrices scientifiquement fondées qui indiquent aux médecins du travail comment accompagner le retour au travail des personnes souffrant de problèmes de santé mentale, mais les médecins ne les suivent pas toujours. Par ailleurs, on constate que lorsque les médecins du travail participent au retour à l'emploi, il faut améliorer la collaboration, notamment avec le médecin traitant, chose qui n'est pas toujours aisée (Fiche 4.14).

Il est rare que les PME aient les moyens de faire appel à des services de médecine du travail. Pour résoudre ce problème, le Royaume-Uni a créé un service de conseils de médecine du travail pour les petites entreprises, grâce auquel elles peuvent obtenir immédiatement par téléphone des conseils professionnels sur toutes les pathologies, en particulier les pathologies mentales. Il semble que les PME qui utilisent ce service téléphonique l'apprécient particulièrement (Fiche 4.15).

Synthèse et recommandations

Les pays reconnaissent aujourd'hui largement qu'il est important de prendre des mesures actives pour éviter les arrêts-maladie longs et inutiles, et empêcher les travailleurs qui ont des problèmes de santé mentale de sortir du marché du travail. Plusieurs pays ont adopté des politiques prometteuses visant à encourager fermement le retour à l'emploi. Ces politiques se heurtent à un écueil : les différents acteurs – médecins, employeurs et employés – les adoptent très peu et les respectent rarement.

Mesures recommandées pour favoriser un processus de gestion du retour à l'emploi efficace :

- Mettre en place des services de conseils sur l'aptitude au travail pour aider rapidement les travailleurs en arrêt-maladie.
- Favoriser un retour au travail progressif, qui peut aussi aider les travailleurs à retrouver toute leur capacité de travail.
- Renforcer le rôle des médecins et psychologues du travail.

Incitations et obligations à destination des employeurs pour prévenir les arrêts-maladie et y faire face

Plusieurs facteurs contribuent à prévenir efficacement les congés de maladie de longue durée et à gérer le retour à l'emploi. Les mesures d'incitation financière et les obligations juridiques des employeurs à suivre et aider activement les employés en arrêt-maladie jouent un rôle fondamental.

Les mesures incitatives en faveur des employeurs sont peu développées

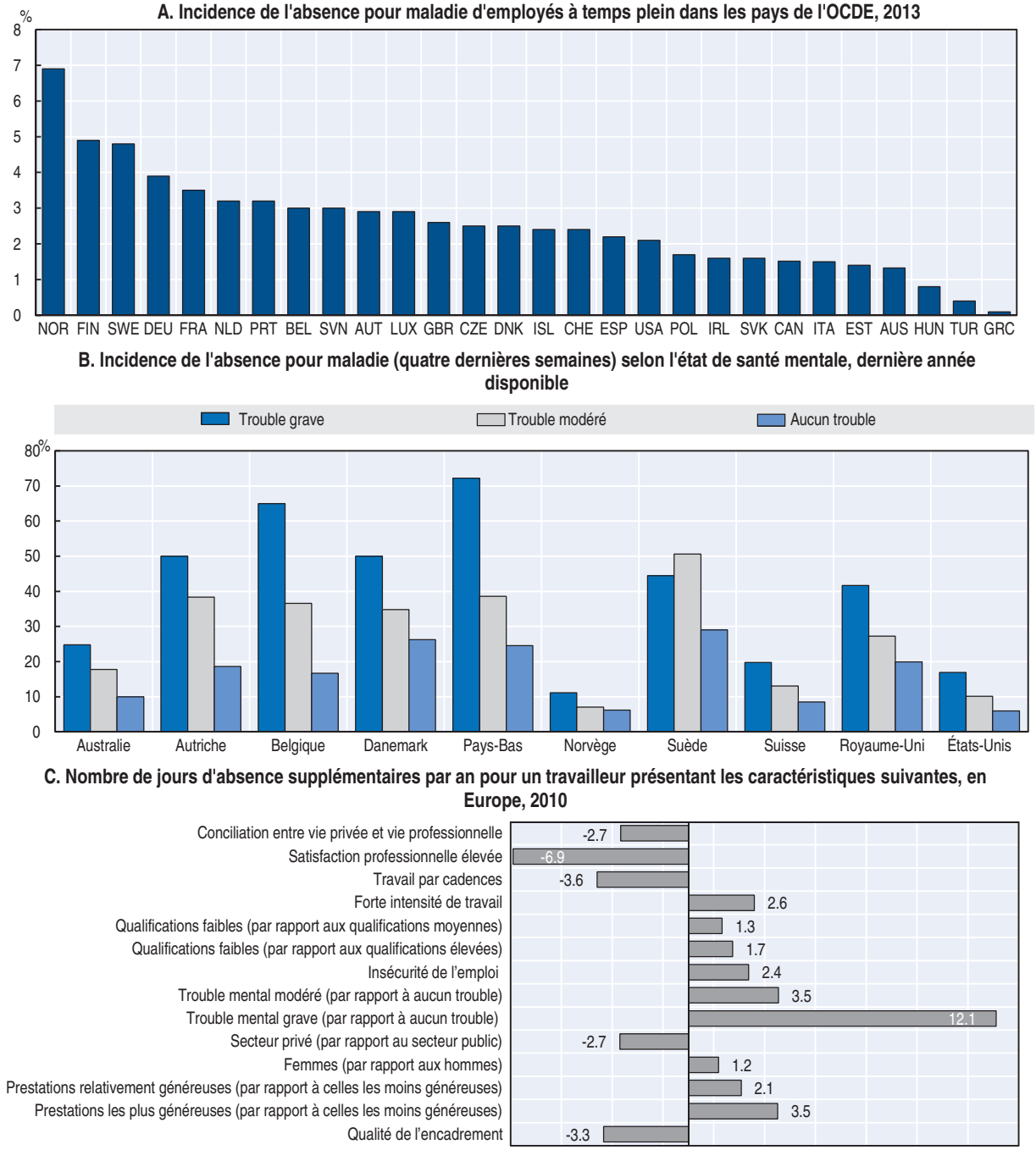
Les incitations et les obligations des employeurs sont l'un des facteurs qui expliquent les larges disparités entre les taux d'absence pour maladie des différents pays (graphique 4.5, partie A). Ces taux sont élevés dans la plupart des pays nordiques où les mesures financières incitant les employeurs à gérer activement les absences de longue durée sont limitées. Les entreprises ne sont tenues de verser des indemnités de maladie que durant les deux premières semaines d'arrêt-maladie, ce qui est très peu pour les travailleurs atteints de troubles mentaux et dont le taux d'absentéisme est en moyenne à peu près deux fois plus élevé que celui des travailleurs en bonne santé psychique (graphique 4.5, partie B).

On trouve d'autres exemples dans d'autres pays. Ainsi, en Suisse, bien que les entreprises soient tenues de payer des indemnités de maladie plus longtemps, la durée de ces versements est liée à la durée du contrat de travail (la même règle s'applique à la période durant laquelle un licenciement est jugé abusif en cas de maladie). Les employés souffrant d'un problème de santé mentale ont généralement moins d'ancienneté, et les employeurs ont donc moins d'obligations d'agir contre l'absentéisme des travailleurs souffrant de troubles mentaux et sont moins incités à le faire (graphique 4.5, partie C).

Les employeurs et le personnel d'encadrement jouent un rôle fondamental durant la période qui précède les absences de longue durée pour maladie, durant ces absences et lorsque les employées retrouvent leur emploi. Il faut donc les rendre responsables des conséquences. Autrement dit, ils ont une mission particulière :

- C'est à eux qu'il revient de régler les conflits sur le lieu de travail car ces conflits se traduisent par de nombreuses absences pour maladie.
- Ils doivent maintenir un contact régulier avec les employés en arrêt-maladie pour réduire la durée des absences.
- Ils doivent autant que possible adapter le lieu de travail pour que les employés en arrêt-maladie puissent travailler et coopérer sur les procédures adaptées de retour au travail pour accroître les chances de maintien dans l'emploi.
- Ils doivent coopérer et communiquer activement avec les médecins traitants des employés malades et avec d'autres acteurs concernés et les parties compétentes.

Graphique 4.5. **Les employeurs ont des obligations limitées pour faire face au taux élevé de congés de maladie chez les travailleurs ayant des problèmes de santé mentale**



a. Absence est défini comme suit: absence dans les quatre dernières semaines pour les pays de l'UE membres de l'OCDE, l'absence dans les deux dernières semaines en Australie (2004 au lieu de 2013) l'absence dans la dernière semaine en Norvège et absent pendant dix jours ou plus dans la dernière année aux États-Unis (2012 au lieu de 2013).

Source : Partie A : Estimations de l'OCDE à partir de l'Enquête européenne sur les forces de travail ; partie B : Estimations de l'OCDE à partir de l'Eurobaromètre 2010 pour l'Autriche, la Belgique, le Danemark, les Pays-Bas, la Suède et le Royaume-Uni ; le National Health Survey 2011/12 pour l'Australie, le Swiss Health Survey 2010 pour la Suisse et le National Health Interview Survey 2008 pour les États-Unis ; partie C : Estimations de l'OCDE à partir de l'Enquête européenne sur les conditions de travail 2010.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933265059

Retour rapide à l'emploi : De meilleures incitations

Des données indiquent que si l'on impose des obligations strictes aux employeurs, on peut contribuer à diminuer l'incidence des absences pour maladie et favoriser le maintien dans l'emploi. Les Pays-Bas ont réussi à réduire leur taux d'absences pour maladie en obligeant progressivement les entreprises à verser des indemnités de maladie pendant deux ans, élaborer activement des plans d'action pour assurer un retour à l'emploi rapide, contrôler les absences pour maladie, recenser toutes les mesures prises et adapter les tâches confiées aux employés en fonction de leurs capacités (Fiche 4.14).

Les Pays-Bas imposent aussi des obligations aux employés en arrêt-maladie. Ceux-ci doivent par exemple consulter un médecin du travail dans les six premières semaines d'arrêt. Si les employeurs et les employés ne s'entendent pas sur un plan d'action, ils s'exposent à des sanctions sévères. Les employeurs qui ne coopèrent pas doivent payer le salaire de l'employé concerné pendant une troisième année entière. Si c'est l'employé qui refuse de coopérer, son salaire peut être diminué ou suspendu et il peut être licencié ou voir sa pension d'invalidité réduite ultérieurement.

La Norvège, le Danemark et la Suède ont aussi introduit une obligation pour les employeurs et les employés de régler activement et rapidement les problèmes liés au lieu de travail et au retour à l'emploi, de rencontrer les travailleurs sociaux, d'élaborer des plans d'action et de contacter les médecins traitants (OCDE, 2013b ; OCDE, 2013c ; OCDE, 2013d). Certains pays comme la Suède ont mis en place une forte protection obligatoire pour éviter le licenciement des employés malades. Mais dans les pays nordiques, ces obligations plus strictes ne s'accompagnent pas d'incitations financières, que ce soit en faveur de l'employeur ou du travailleur.

Des données sur l'ensemble des pays de l'OCDE montrent que les réglementations ne sont pleinement efficaces que lorsqu'on les associe à des incitations financières et à des sanctions réelles en cas de non-respect. Or de nombreux pays n'appliquent pas de sanctions, en particulier contre les employés malades (OCDE, 2014a ; OCDE, 2013b), et leurs mesures financières n'ont pas suffisamment d'effet dissuasif. En Belgique par exemple, les sanctions administratives appliquées aux employeurs qui n'analysent pas les risques sur le lieu de travail sont inférieures au coût des analyses proprement dites (OCDE, 2013d). De plus, les indemnités de maladie que les employeurs sont tenus de payer sont souvent provisoires. Les indemnités de maladie publiques dont bénéficient les employés sont élevées par rapport aux salaires, et les employeurs comme les employés sont donc tentés de ne pas chercher activement des moyens de retourner à l'emploi. Ce phénomène représente une défaillance morale. Ces carences pourraient expliquer en partie pourquoi les politiques prometteuses qui visent à renforcer les obligations des employeurs n'ont pas encore totalement porté leurs fruits.

Synthèse et recommandations

Les incitations financières en faveur des employeurs et des employés destinées à prévenir les absences de longue durée pour maladie sont limitées dans de nombreux pays de l'OCDE. Seuls quelques pays, en particulier les Pays-Bas, sont allés plus loin en assignant aux employeurs la responsabilité à long terme d'indemniser les arrêts-maladie et en les sanctionnant, de même que les employés, s'ils ne font pas suffisamment d'efforts pour assurer le retour au travail. La plupart des pays préconisent une gestion active du retour à l'emploi, mais ne la soutiennent pas par des mesures d'incitation ou de dissuasion. Les politiques de gestion du retour à l'emploi restent donc fragmentaires et leur mise en œuvre laisse souvent à désirer.

Mesures recommandées pour renforcer les incitations destinées aux employeurs, les obliger à s'attaquer aux raisons des congés de maladie et favoriser le retour à l'emploi :

- Charger les employeurs de mettre au point des plans de retour au travail pour les employés malades et d'en contrôler l'application.
- Obliger les employeurs à être en contact avec les employés malades et, au besoin, avec les médecins traitants, pour aménager le poste de travail.
- Élargir les obligations des employeurs de verser des indemnités de maladie pour les pousser à agir afin de prévenir les absences pour maladie et aider les employés à reprendre le travail.

RÉFÉRENCES

Arends, I., J. van der Klink, W. van Rhenen, M. de Boer et U. Bültmann (2014), « Predictors of Recurrent Sickness Absence Among Workers Having Returned to Work After Sickness Absence Due to Common Mental Disorders », *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, vol. 40, n° 2, pp. 195-202.

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 managers et responsables des RH des situations liées à des problèmes psychologiques – Une étude pilote dans la ville de Bâle et Bâle-Campagne »], *FoP-IV Forschungsbericht*, vol. 1, n° 11, Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.

Baer, N. (2007), « Würden Sie einen psychisch behinderten Menschen anstellen? » [Recruteriez-vous une personne ayant des troubles psychiatriques ?], *Zeitschrift für Sozialhilfe,* vol. 2007, n° 1, pp. 32-33.

Borill, J. (2011), « Mental Health First Aid England and North East Mental Health Development Unit partnership project », *Evaluation*, mars 2011, NHS.

Brohan, E., C. Henderson, K. Wheat, E. Malcolm, S. Clement, E. Barley, M. Slade et G. Thornicroft (2012), « Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace », *BMC Psychiatry*, vol. 12, n° 11, http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-12-11.

Clement, S., F. Lassmann, E. Barley, S. Evans-Lacko, P. Williams, S. Yamaguchi, M. Slade, N. Rüsch et G. Thornicroft (2013), « Mass media interventions for reducing mental health-related stigma », The Cochrane Collaboration.

Corrigan, P. (2014), « Listen to these lessons », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 59, n° 10, Suppl. 1, pp. S6-7.

Corrigan, P. et J. Shapiro (2010), « Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness », *Clinical Psychology Review*, vol. 30, n° 8, pp. 907-922.

Henderson, C., P. Williams, K. Little et G. Thornicroft (2013), « Mental health problems in the workplace: changes in employers' knowledge, attitudes and practices in England 2006-2010 », *British Journal of Psychiatry*, n° 202, suppl. 55, pp. S70-76.

Hogarth, T., C. Hasluck, L. Gambin, H. Behle, Y. Li et C. Lyonette (2013), « Evaluation of Employment Advisers in the Improving Access to Psychological Therapies programme », *DWP Research Report* 826, Londres.

Knapp, M., D. McDaid et M. Parsonage (dir. pub.) (2011), *Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention: The Economics Case*, Department of Health, Londres.

OCDE (2015, à paraître), *Mental Health and Work: Austria*, Éditions OCDE, Paris.

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

OCDE (2014b), *Mental Health and Work: United Kingdom*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264204997-en.

OCDE (2013a), *Santé mentale et emploi : Belgique*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264187597-fr.

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

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

OCDE (2013d), *Mental Health and Work: Sweden,* Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264188730-en.

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

Rosholm, M. et A.L. Andersen (2010), « The Effect of Changing Mental Health on Unemployment Duration and Destination States after Unemployment », Social Science Research Network, disponible à l'adresse : http://ssrn.com/abstract=1672026.

Spectra (2011), *The position of occupational medicine in enterprises. A survey commissioned by the Austrian Academy for Occupational medicine*, www.aam.at/downloads/image_arbeitsmedizin-report_unternehmen.pdf (consulté le 11 août 2015).

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

Stuart, H. (2006), « Fighting stigma and discrimination is fighting for mental health », *Canadian Public Policy*, n° 31, pp. 21-28.

Szeto, A. et K. Dobson (2010), « Reducing the stigma of mental disorders at work: A review of current workplace anti-stigma intervention programs », *Applied and Preventive Psychology*, n° 14, pp. 41-56.

Thomsen, L.B. et J. Høgelund (2011), « Handicap og beskaeftigelse. Udviklingen mellem 2002 og 2010 », Rapport n° 11:08, Danish National Institute for Social Research, Copenhague.

Thornicroft , G., D. Rose, A. Kassam et N. Sartorius (2007), "Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination?", *British Journal of Psychiatry*, n° 190, pp. 192-193.

Wang, P., G. Simon, J. Avorn et al. (2007), « Telephone Screening, Outreach and Care Management for Depressed Workers and Impact on Clinical and Work Productivity Outcomes: A Randomised Controlled Trial », *Journal of the American Medical Association,* vol. 298, n° 12, pp. 1401-1411.

FICHES 4.1 À 4.15

Fiche 4.1. Danemark : Évaluation et surveillance de l'environnement psychosocial du travail

Fiche 4.2. Belgique : Services externes pour la prévention et la protection au travail

Fiche 4.3. Norvège : Soutien des employeurs par des conseillers pour l'emploi spécialisés

Fiche 4.4. Autriche : Obligation pour les employeurs d'évaluer les tensions psychologiques sur le lieu de travail

Fiche 4.5. États-Unis : Des programmes d'aide aux employés pour améliorer la productivité

Fiche 4.6. Danemark : Des subventions salariales flexibles en cas de capacité de travail partielle

Fiche 4.7. Pays-Bas : De fortes incitations financières pour les employeurs et les salariés

Fiche 4.8. Norvège : un accord tripartite pour améliorer l'issue des arrêts maladie

Fiche 4.9. Suède : Une politique plus stricte en matière d'arrêt-maladie pour prévenir les absences de longue durée

Fiche 4.10. Royaume-Uni : Le dispositif Access to work finance des aides pratiques sur le lieu de travail

Fiche 4.11. Suisse : Suivi personnalisé par les assurances santé privées et les assurances d'indemnités journalières

Fiche 4.12. Autriche : Un guichet unique pour lutter contre les arrêts-maladie de longue durée

Fiche 4.13. Royaume-Uni : Les services Fit for work viennent en aide aux salariés malades

Fiche 4.14. Pays-Bas : Des médecins du travail dans chaque entreprise

Fiche 4.15. Royaume-Uni : Service de conseils de médecine du travail pour les petites entreprises

Fiche 4.1
Danemark : Évaluation et surveillance de l'environnement psychosocial du travail

Contexte

Bien que les contraintes psychosociales sur le lieu de travail se soient accrues au cours des dernières décennies, l'évaluation des risques au travail n'a pas toujours suivi. Il est nécessaire de renforcer la législation relative à l'évaluation des risques psychosociaux, ainsi que le suivi et l'aide mis en œuvre lorsque des problèmes sont identifiés. Des outils propres au lieu de travail peuvent contribuer à améliorer l'environnement psychosocial du travail.

Programme

Au Danemark, la santé et la sécurité au travail sont régies par la Loi sur le cadre de travail, garanties par des accords entre les partenaires sociaux, mais placées sous la surveillance de la l'Autorité chargée du cadre de travail (WEA). Les dispositions légales imposent aux employeurs de gérer les risques liés à l'environnement psychosocial du travail sur le lieu de travail. Depuis 2007, la WEA est chargée d'inspecter l'environnement psychosocial du travail dans toutes les entreprises. Cela représente un grand changement par rapport à son approche plus traditionnelle de la santé et de la sécurité, ce qui l'a poussée à élaborer une stratégie d'inspection.

Sur la base des résultats de recherches menées au Danemark, la WEA a conçu 24 outils d'orientation par emploi et par secteur. Chaque outil d'orientation décrit la prévalence des facteurs de risque et les moyens potentiels dont une entreprise dispose pour prévenir les problèmes — chaque entreprise devant trouver un équilibre entre les risques et les moyens de prévention. L'outil décrit également les éventuelles conséquences pour l'entreprise d'un déséquilibre entre risques et moyens, comme une mauvaise réputation, une perte d'engagement, un allongement des délais, des réclamations des usagers, un taux élevé de rotation du personnel ou des taux élevés d'absences de longue durée pour maladie.

Les inspecteurs de la WEA sont formés à l'utilisation des outils d'orientation et à l'évaluation des risques posés par l'environnement psychosocial du travail pour la santé et la sécurité. L'inspection des risques posés par l'environnement psychosocial du travail est facilitée par une description de la méthode et des instructions, des modèles relatifs à la préparation des avis d'amélioration (dans le cas où des améliorations seraient nécessaires), et le partage d'exemples de bonnes pratiques. Un groupe de travail a été établi dans chacun des quatre centres d'inspection régionaux de la WEA. Il comprend entre six et huit inspecteurs hautement qualifiés sur l'environnement psychosocial du travail, qui aident les autres inspecteurs à évaluer les problèmes en la matière, à préparer les avis d'amélioration et à conseiller les entreprises ayant reçu un avis d'amélioration.

Résultats

Aucune évaluation complète de la stratégie de la WEA ni des outils d'orientation n'a été menée jusqu'à présent. Toutefois, les premiers résultats des entretiens des groupes cibles avec les inspecteurs suggèrent que les outils d'orientation sont largement utilisés avant, pendant et après les inspections, et que les employeurs les jugent très utiles. Bien que le nombre d'avis d'amélioration en lien avec des problèmes d'environnement psychosocial du travail ait augmenté, ils ne représentent toujours que 5 % de l'ensemble des avis émis par la WEA en lien avec des aspects relatifs à la santé et à la sécurité.

Pour en savoir plus

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

Senior Labour Inspectors Committee (2008), « Report on the Evaluation of the Danish Working Environment Authority in 2008 », Copenhague.

Fiche 4.2
Belgique : Services externes pour la prévention et la protection au travail

Contexte

Les politiques de prévention du stress au travail sont essentielles. Dans le même temps, il est nécessaire d'octroyer une aide adaptée aux salariés atteints de troubles mentaux afin de prévenir les arrêts-maladie de longue durée. Les employeurs ont également besoin d'aide pour créer un climat de travail psychologiquement sain et permettre aux travailleurs atteints de troubles mentaux de conserver leur emploi ou de reprendre le travail le plus rapidement possible.

Programme

En Belgique, les employeurs ont l'obligation légale de prendre toutes les mesures préventives nécessaires pour protéger le bien-être de leurs employés. La législation belge donne des instructions explicites concernant la manière de répondre aux exigences prescrites par la loi dans le domaine de la santé mentale. Tous les employeurs sont notamment tenus de procéder à une évaluation des risques afin de repérer les situations et les facteurs de risque susceptibles de générer une détresse psychosociale due au travail. Sur la base de cette analyse des risques, l'employeur doit en outre élaborer un plan global de prévention sur cinq ans, ainsi qu'un plan d'action annuel pour éviter la détresse psychosociale et limiter ses conséquences. Les analyses des risques et les plans de prévention et d'action sont réalisés en collaboration avec une équipe de conseillers et de représentants du personnel.

Les employeurs sont tenus de nommer un conseiller en prévention psychosociale pour les assister dans la mise en œuvre de leur politique de prévention des risques. Pour les entreprises employant moins de 50 personnes, ce conseiller devra appartenir à un service de prévention externe afin d'éviter les conflits d'intérêt potentiels. Ces services externes emploient à la fois des médecins du travail et des conseillers en prévention spécialisés dans un ou plusieurs des cinq domaines suivants : sécurité au travail, médecine du travail, ergonomie, hygiène du travail et aspects psychosociaux du travail.

Il est fortement recommandé (mais pas obligatoire) aux employeurs de désigner parmi le personnel une personne de confiance ayant une connaissance approfondie du fonctionnement interne de l'entreprise.

Résultats

Une évaluation a montré que la mise en œuvre pratique de la législation relative au bien-être au travail demeurait insuffisante. Tout d'abord, les employeurs entreprennent rarement des analyses des risques psychosociaux, principalement en raison de leurs coûts élevés et de la résistance des employeurs, qui redoutent les analyses négatives et leurs implications potentielles sur l'organisation du travail. Ensuite, de nombreux employeurs ne connaissent pas leurs obligations légales, ni l'importance et les avantages des politiques de prévention. Troisièmement, on constate que les employés ne sont pas informés du rôle, voire de l'existence du conseiller en prévention psychosocial et des personnes de confiance. Enfin, les conseillers en prévention psychosociaux n'ont quasiment pas de temps à consacrer à la prévention des risques psychosociaux au travail, car ils sont accaparés par des plaintes de harcèlement au travail. Ils ne sont pas toujours formés pour réaliser les diverses évaluations des risques et les nombreux programmes de prévention possibles, et ils sont rarement familiarisés avec le lieu de travail. En raison du manque d'incitations financières pour amener les employeurs à adapter le travail et le lieu de travail, certains refusent de coopérer, ce qui n'incite pas les professionnels de la médecine du travail à se spécialiser dans le domaine de la prévention des risques psychosociaux – moins de 5 % des conseillers en prévention sont spécialisés dans ce domaine.

Pour en savoir plus

OCDE (2013), *Santé mentale et emploi : Belgique*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264187597-fr.

Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale (2011), « Évaluation de la législation relative à la prévention de la charge psychosociale occasionnée par le travail, dont la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail », Bruxelles.

Fiche 4.3
Norvège : Soutien des employeurs par des conseillers pour l'emploi spécialisés

Contexte

De nombreux pays de l'OCDE ont mis en place des réglementations relatives à la prévention des risques psychosociaux afin de prévenir les problèmes de santé mentale sur le lieu de travail. Le recours à des conseillers pour l'emploi capables d'aider les employeurs est un moyen de faire face aux risques psychosociaux au travail.

Programme

Pour aider les employeurs à faire face le plus tôt possible aux problèmes de santé mentale au travail, l'organisme norvégien en charge du travail et de la protection sociale a mis en place des centres d'aide inclusifs pour les employeurs dans chacun de ses 19 comtés. Ces centres sont régis par la loi sur le cadre de travail, qui promeut un environnement de travail sain, et par un accord tripartite intitulé « Accord sur l'insertion professionnelle », qui vise à réduire les absences pour maladie et à accroître la réinsertion. Ces centres fournissent non seulement une assistance en matière de promotion de la santé et de prévention des congés maladie, mais viennent également en aide aux employeurs signataires d'un accord d'insertion professionnelle.

L'un des objectifs est d'inciter le service en charge des ressources humaines dans les entreprises à s'engager davantage en faveur de la promotion de la santé. L'approche de ces centres est très axée sur l'information et la sensibilisation. Ils cherchent à informer les employeurs sur les signes qui caractérisent la maladie mentale et sur les systèmes de soutien professionnel à disposition des personnes atteintes de troubles mentaux. Récemment, les centres ont lancé un dispositif expérimental très prometteur afin de mettre à disposition des employeurs des conseillers pour répondre à leurs questions relatives au travail et à la santé mentale. Ce dispositif est désormais étendu à sept comtés. Les employeurs peuvent également contacter les conseillers directement en cas de problèmes concrets, pour obtenir des conseils sur les aménagements du travail envisageables, par exemple.

Résultats

Les centres d'aide aux employeurs constituent une bonne structure pour offrir des interventions précoces et hautement spécialisées systématiques sur le lieu de travail. Ils ont déjà établi de nombreux contacts avec les employeurs, qui peuvent encore être étendus, approfondis et systématisés. Jusqu'à présent, la plupart des services fournis par les centres d'aide aux employeurs visaient à les instruire et à les sensibiliser. Bien que des milliers d'entreprises aient suivi des formations et reçu des informations sur les problèmes de santé mentale au travail, l'aide à la prise en charge des problèmes professionnels ne semble pas avoir encore reçu suffisamment d'attention. Pour que les centres jouent pleinement leur rôle, ils doivent i) être accessibles à tous les employeurs ; ii) être pluridisciplinaires et intégrer des professionnels de la santé mentale ; iii) collaborer avec des spécialistes de la santé mentale (psychiatres, par exemple) ou des établissements de soins ; et iv) se concentrer sur les conseils aux employeurs plutôt que sur les campagnes de sensibilisation.

Pour en savoir plus

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

Fiche 4.4
Autriche : Obligation pour les employeurs d'évaluer les tensions psychologiques sur le lieu de travail

Contexte

La prévention des problèmes de santé mentale au travail est essentielle pour éviter les longues périodes de maladie et les sorties du marché du travail. Une solution prometteuse pour remédier à ces problèmes consiste à obliger les employeurs à évaluer le stress au travail et à faire intervenir des psychologues du travail.

Programme

La nouvelle loi autrichienne sur la protection de la main d'œuvre est entrée en vigueur en janvier 2013. Cette loi impose aux employeurs d'évaluer les tensions psychologiques sur le lieu de travail, d'appliquer des mesures en cas de problème et d'évaluer leur efficacité. La loi précédente obligeait déjà les employeurs à protéger la santé de leurs employés de manière générale, et donc implicitement les problèmes de santé mentale. La nouvelle loi introduit certains changements importants.

Premièrement, elle définit les tensions psychologiques (par exemple, absence de soutien social ou de réactions de la part des supérieurs hiérarchiques, objectifs de travail peu clairs ou divergents, monotonie du travail) comme un facteur de risque. Deuxièmement, elle fait la distinction entre santé physique et santé mentale. Troisièmement, elle oblige les employeurs à garantir non seulement un environnement professionnel sain, mais également à évaluer activement l'existence de tensions psychologiques dans leur entreprise. Ces évaluations doivent être menées de manière systématique, en collaboration avec un comité directeur composé de représentants des salariés et utilisant des outils ou des questionnaires d'évaluation standardisés. Quatrièmement, l'évaluation du lieu de travail doit avoir une visée préventive — en d'autres termes, évaluer les tâches et leur organisation, l'environnement de travail et les procédures opérationnelles. Cinquièmement, la loi exige une évaluation du lieu de travail en cas d'incidents impliquant des tensions psychologiques très importantes. Sixièmement, des psychologues du travail sont explicitement cités parmi les professionnels qualifiés (outre les chimistes, toxicologues ou ergonomes) susceptibles d'être mandatés pour mener les évaluations et fournir des services de prévention reconnus.

Résultats

La reconnaissance explicite des risques psychosociaux et l'intégration de psychologues du travail parmi les professionnels susceptibles d'être mandatés pour évaluer les risques sur le lieu de travail et mettre en place des mesures adaptées sont prometteuses. Bien qu'aucune évaluation n'ait encore été menée, le rôle des psychologues du travail n'est pas encore suffisamment important. Ils ne sont pas reconnus comme des professionnels de la prévention et ne peuvent être mandatés que pour 25 % maximum du temps total pendant lequel les entreprises sont obligées d'engager des professionnels de la santé et de la sécurité au travail chaque année. En outre, le recours accru aux psychologues du travail prévu par la nouvelle loi sur la protection du travail pourrait ne pas se concrétiser du fait que les employeurs n'ont aucune obligation de faire appel à eux.

Pour en savoir plus

OCDE (à paraître en 2015), *Mental Health and Work: Austria*, Éditions OCDE, Paris.

Fiche 4.5
États-Unis : Des programmes d'aide aux employés pour améliorer la productivité

Contexte

Bien que la plupart des individus souffrant de troubles mentaux occupent un emploi, leur productivité est souvent inférieure et ils sont plus souvent en arrêt-maladie. Les employeurs sont essentiels pour assurer de bonnes conditions de travail, prendre en charge les problèmes de santé mentale de leurs salariés, et réduire autant que possible les pertes de productivité.

Programme

Les programmes d'aide aux salariés proposent des services de conseil confidentiels et ponctuels aux employés confrontés à des problèmes personnels qui influent sur leur rendement au travail, que ces problèmes soient d'ordre professionnel ou non. Les employés et leur famille bénéficient de services et d'une orientation dans les domaines suivants : santé mentale, médicaments, alcool et problèmes personnels, comme le divorce et les problèmes de parentalité ; bien-être et promotion de la santé ; et soutien professionnel, comme l'orientation de carrière. Les programmes d'aide aux salariés prévoient également une assistance aux supérieurs hiérarchiques, sous la forme d'une formation à la gestion de la santé mentale, du stress et des addictions sur le lieu de travail, par exemple, ou à la gestion des absences.

Résultats

Les programmes d'aide aux salariés sont gratuits pour les employés et les membres de leur famille puisqu'ils sont préfinancés par les employeurs, et sont généralement disponibles 24 heures sur 24. Aux États-Unis, ils sont obligatoires pour les agences fédérales, alors que dans le secteur privé, ils concernent environ 65 % des entreprises de plus de 100 salariés. Les programmes sont souvent assurés par des prestataires externes.

Il a été démontré que les programmes d'aide aux salariés contribuaient à lutter contre l'absentéisme, à mieux maintenir les salariés dans l'emploi, et à réduire considérablement les coûts médicaux du fait de la détection et de la prise en charge précoces des problèmes de santé mentale. Ces programmes ont été critiqués pour leur manque d'impartialité dans les cas où un employé cherche de l'aide pour des problèmes professionnels.

Pour en savoir plus

Hargrave, G. et al. (2008), « EAP Treatment Impact on Presenteeism and Absenteeism: Implications for Return on Investment », *Journal of Workplace Behavioral Health*, vol. 23, n° 3, pp. 283-293.

Lam, R. et al. (2012), « The Prevalence and Impact of Depression in Self-Referred Clients Attending an Employee Assistance Program », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 54, n° 11, pp. 1395-1399.

ODEP (2009), *Employee Assistance Programs for a New Generation of Employees*, Office of Disability Employment Policy, U.S. Department of Labor, Washington, DC.

Fiche 4.6
Danemark : Des subventions salariales flexibles en cas de capacité de travail partielle

Contexte

Les pays de l'OCDE élaborent différentes stratégies pour favoriser le retour à l'emploi des travailleurs présentant une capacité de travail réduite. Il s'agit par exemple de permettre aux salariés de travailler moins longtemps à des niveaux de productivité plus faibles, mais de toucher la totalité de leur salaire grâce à des subventions versées aux employeurs.

Programme

Le dispositif danois d'*emplois flexibles* est un système de subventions salariales visant les personnes à capacité de travail réduite qui sont incapables de travailler sur le marché du travail régulier, mais dont le niveau d'incapacité ne permet pas de toucher une pension d'invalidité. À l'origine, ce dispositif n'était pas destiné aux personnes atteintes de troubles mentaux, et officiellement, seuls 15 % environ de l'ensemble des usagers du dispositif d'emplois flexibles sont enregistrés comme malades mentaux. Ce dispositif présente un potentiel pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, car il permet aux salariés de toucher l'intégralité de leur salaire en travaillant moins longtemps à un niveau de productivité plus faible, et aux employeurs de rémunérer uniquement ce qui a été réellement produit.

En 2013, une réforme a permis de remédier à plusieurs défauts du système : i) la progressivité de la subvention ; ii) la part élevée (environ 50 %) d'emplois flexibles que les entreprises ont appliquée parce qu'elles sont autorisées à convertir des postes existants en emplois flexibles ; iii) la prédominance des emplois flexibles dans le secteur public municipal ; et iv) le passage fréquent à un emploi flexible lors de l'expiration d'un droit à une indemnité de maladie. En outre, le risque de « voie de garage » que présentent les emplois flexibles pose un problème financier majeur, dans la mesure où le système s'est rapidement élargi pour inclure de nombreuses personnes qui occupaient auparavant des emplois non subventionnés. La réforme vise à éliminer ces défauts majeurs.

Résultats

On dispose de peu d'informations relatives au recours à des emplois flexibles par les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Il est probable que la plupart des changements apportés au dispositif d'emplois flexibles seront particulièrement utiles à ces personnes, qui font partie des plus désavantagées. Ce nouveau système est en principe temporaire, beaucoup plus souple en termes d'heures et de changements au fil du temps, et se concentre davantage sur l'activation et la réintégration des personnes ayant droit à un emploi flexible.

Depuis la réforme, le nombre de subventions aux emplois flexibles n'a cessé d'augmenter. Une première évaluation de la réforme indique qu'elle est efficace sur de nombreux plans. On compte désormais un pourcentage beaucoup plus élevé d'usagers atteints de troubles mentaux, et la part des emplois flexibles dans les entreprises privées est bien plus élevée. Dans le même temps, le nombre de personnes attendant de bénéficier d'un emploi flexible et touchant entre-temps une indemnité dite « d'attente » a nettement diminué.

Pour en savoir plus

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

Fiche 4.7
Pays-Bas : De fortes incitations financières pour les employeurs et les salariés

Contexte

Les taux d'absence pour maladie sont élevés parmi les travailleurs souffrant de problèmes de santé mentale. Pour ces actifs, une prise en charge rapide de la maladie et des politiques de retour à l'emploi sont essentielles pour prévenir les absences de longue durée, l'incapacité et la sortie du marché du travail. Les incitations auprès des employeurs à investir dans la prise en charge de la maladie peuvent améliorer l'intégration des personnes souffrant de troubles mentaux sur le marché du travail.

Programme

Aux Pays-Bas, plusieurs réformes ont été mises en œuvre pour contraindre les employeurs (et les salariés) à faire face à leurs responsabilités en termes de maladie. En particulier, la loi sur la réduction de l'absentéisme (1994), l'extension de la loi de 1996 sur le versement des salaires pendant les congés maladie (2004), et la loi relative à l'amélioration de la prévoyance (2002) ont toutes contribué à améliorer considérablement la prise en charge de la maladie.

Lorsqu'un travailleur tombe malade, l'employeur est obligé de continuer à lui verser 70 à 100 % de son salaire pendant deux ans, au cours desquels le travailleur est protégé du licenciement par la loi. En outre, les employeurs doivent engager un gestionnaire de cas pour superviser le processus de retour à l'emploi. Dans les six semaines suivant le début de leur arrêt-maladie, les salariés doivent consulter un médecin du travail rémunéré par l'employeur. L'employeur et le salarié ont huit semaines pour convenir d'un plan d'action, qui définit les responsabilités des deux parties pour permettre une reprise rapide du travail. L'employeur est chargé de contrôler le processus de retour au travail toutes les six semaines et de consigner toutes les mesures entreprises – une tâche souvent effectuée par le gestionnaire de cas en charge du retour au travail. L'employeur comme le salarié peuvent être pénalisés s'ils ne participent pas au processus de retour au travail, qui est évalué par l'organisme d'assurance des salariés après deux années de congé maladie.

Si un employeur ne peut pas aménager de poste pour permettre à un salarié malade de reprendre le travail, tous deux ont l'obligation de chercher un poste adapté au salarié dans une autre entreprise. Les services de médecine du travail, les bureaux de réinsertion et les organisations professionnelles d'employeurs peuvent faciliter la recherche d'un nouvel emploi. Certaines entreprises emploient un travailleur social, outre le gestionnaire de cas en charge du retour à l'emploi, qui aide à faire face aux problèmes psychosociaux ayant un impact sur le travail – par le biais de la médiation des conflits au travail par exemple.

Résultats

Le taux d'absence pour maladie a considérablement diminué au cours des 15 dernières années aux Pays-Bas et est désormais proche de la moyenne de l'OCDE. Il demeure toutefois élevé chez les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. En outre, les employeurs n'assument pas tous leurs responsabilités en ce qui concerne la gestion du retour à l'emploi. Par exemple, un employé sur deux ne reçoit aucune directive concernant le moment auquel contacter un médecin du travail pendant son congé maladie. Les employeurs sont souvent sanctionnés : dans un cas sur cinq de congé maladie supérieur à deux ans, les employeurs ne remplissent pas leurs obligations.

Pour en savoir plus

Jong, P. de, T. Everhardt et C. Schrijvershof (2011), *Toepassing van de wet Verbetering Poortwachter*, APE, La Haye.

Koopmans, P., C. Roelen, et J. Groothoff (2008), « Frequent and Long-term Absence as a Risk Factor for Work Disability and Job Termination Among Employees in the Private Sector », *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 65, pp. 494-499.

OCDE (2014), *Mental Health and Work: Netherlands*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264223301-en.

Fiche 4.8
Norvège : un accord tripartite pour améliorer l'issue des arrêts-maladie

Contexte

Les employeurs comme les employés sont responsables de la gestion active du retour au travail. Les employeurs peuvent contribuer au processus par une prise en charge précoce des problèmes rencontrés au travail et par une amélioration des conditions de travail des salariés présentant des besoins spécifiques.

Programme

En 2001, le gouvernement norvégien a signé un accord tripartite intitulé « Accord sur l'insertion professionnelle ». Il a été renouvelé plusieurs fois depuis, le dernier accord en date étant valable jusqu'en 2018. Cet accord vise à : i) réduire les congés maladie d'au moins 20 % par rapport à 2001 ; ii) accroître le taux d'activité des personnes présentant des incapacités ; et iii) augmenter l'âge effectif de la retraite. En 2013, l'accord couvrait environ 25 % des entreprises norvégiennes et quelque 60 % des salariés.

L'adhésion à cet accord nécessite que les entreprises appuient ses objectifs. En contrepartie, elles bénéficient des services d'un agent de liaison de l'organisme norvégien en charge du travail et de la protection sociale, et d'une aide spécifique (éventuellement financière) pour prévenir les arrêts-maladie et procéder à des aménagements du lieu de travail. Les entreprises signataires de l'accord ont également d'autres obligations : i) garantir un bon environnement de travail ; ii) faciliter les conditions de travail des salariés ayant des besoins spécifiques ; iii) préparer systématiquement des statistiques sur les arrêts-maladie ; et iv) chercher et faciliter le dialogue avec les employés touchant des indemnités de maladie.

Résultats

La structure tripartite fournit une base durable pour l'initiation et la mise en œuvre de nouvelles politiques et mesures, et confie de nouvelles responsabilités aux partenaires sociaux. Cela est particulièrement important puisque les incitations financières versées aux employeurs afin d'améliorer le maintien dans l'emploi et d'éviter les absences à long terme sont faibles en Norvège. Les résultats globaux obtenus entre 2001 et 2014 en ce qui concerne ces trois sous-objectifs sont les suivants :

i) Les absences pour maladie ont été réduites de 12 % ;

ii) Le taux d'emploi des personnes invalides est resté presque constant (43 %), mais l'incidence et la prévalence des bénéficiaires du régime d'invalidité ont stagné ;

iii) L'emploi de personnes âgées de 50 ans ou plus a augmenté de 18 % (1 an et demi).

Il existe de légères différences entre les entreprises signataires de l'accord et les entreprises non signataires en ce qui concerne les réalisations et les résultats obtenus. Les évaluations menées jusqu'à présent peinent à trouver une relation de cause à effet directe entre les mesures de l'accord et les résultats. Néanmoins, le recours accru aux arrêts-maladie à temps partiel semble avoir un effet positif.

Pour en savoir plus

Foss, L. et al. (2013), « Inclusive Working Life in Norway: A Registry-based Five-year Follow-up Study », *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, vol. 8, n° 19, www.occup-med.com/content/8/1/19. (consulté le 11 août 2015).

OCDE (2013), *Mental Health and Work: Norway*, Éditions OCDE, Paris, http://dx/doi/org/10.1787/9789264178984-en (consulté le 11 août 2015).

Fiche 4.9
Suède : Une politique plus stricte en matière d'arrêt-maladie pour prévenir les absences de longue durée

Contexte

Le taux d'arrêt-maladie est relativement élevé chez les travailleurs souffrant de problèmes de santé mentale. Une intervention et une aide précoces pour les bénéficiaires d'indemnités maladie atteints de troubles mentaux sont cruciales pour prévenir les arrêts-maladie de longue durée, l'invalidité et une sortie précoce du marché du travail.

Programme

Depuis 2003, la Suède a entrepris une série de réformes pour remédier aux problèmes structurels à long terme de ses politiques de maladie et d'invalidité. La nouvelle procédure d'arrêt-maladie encourage une procédure plus active et vise à prévenir les congés maladie de longue durée et l'exclusion permanente du travail qui s'ensuit. Elle se caractérise principalement par des délais beaucoup plus stricts en ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail à différentes stades. Cette dernière est d'abord évaluée par rapport à l'emploi exercé par le salarié malade, puis – dans un délai de trois mois maximum – par rapport à d'autres postes au sein de la même entreprise et enfin, après six mois par rapport au marché du travail régulier dans son ensemble, afin de faciliter un retour précoce au travail.

En outre, la durée des indemnités maladie a été réduite à un maximum de 364 jours sur une période totale de 450 jours, bien que le versement puisse être étendu à 914 jours dans certaines conditions. Cela contraste avec les pratiques précédentes, qui ne limitaient pas le nombre de jours pendant lesquels les salariés pouvaient toucher des indemnités maladie. La Suède a également mis en place un crédit d'impôt sur le revenu du travail pour inciter à rester dans l'emploi.

Résultats

Les réformes structurelles approfondies du système de maladie et d'invalidité ont permis de réduire le nombre élevé de bénéficiaires de prestations de maladie et d'invalidité. Les congés maladie de longue durée supérieurs à un an ont d'abord été réduits de 80 % par rapport à leur plus haut niveau de 2003, bien qu'ils aient de nouveau augmenté récemment. Le nombre de nouvelles demandes de prestations d'invalidité a également diminué de 80 % au cours de la décennie qui a suivi 2003.

On estime que le crédit d'impôt sur le revenu du travail pourrait avoir eu un impact considérable sur la durée des arrêts-maladie. Puisque les salariés en arrêt-maladie n'ont pas le droit à ce crédit d'impôt, il s'ensuit une hausse du revenu du travail par rapport aux prestations perçues pendant le congé maladie. On estime que le crédit d'impôt pourrait avoir raccourci le congé maladie moyen d'environ trois jours, soit 7 %.

Le changement de paradigme de la politique de maladie et d'invalidité en faveur d'une activation précoce au cours de cette période est un exemple dont devraient s'inspirer les autres pays de l'OCDE. Toutefois, il convient de vérifier si les réformes ont été aussi efficaces pour les personnes atteintes de troubles mentaux.

Pour en savoir plus

Hartman, L. (2011), « Swedish Policies for the Disabled. What Do We Know About the Effects? », Department of Economics, Uppsala University.

OCDE (2013), *Mental Health and Work: Sweden*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264188730-en.

Fiche 4.10
Royaume-Uni : Le dispositif *Access to work* finance des aides pratiques sur le lieu de travail

Contexte

Une intervention et une aide précoces pour les travailleurs bénéficiaires d'indemnités de maladie sont essentielles pour prévenir les arrêts-maladie de longue durée, l'invalidité et une sortie précoce du marché du travail. Bien que des modifications de l'environnement de travail puissent être indispensables à un retour à l'emploi, les employeurs ne disposent pas toujours des ressources nécessaires pour procéder à ces changements.

Programme

Access to Work est un dispositif gouvernemental qui cible les salariés et les travailleurs indépendants présentant une incapacité ou un problème de santé sur une période d'au moins 12 mois. Ce dispositif prévoit des subventions flexibles pour les travailleurs et leurs employeurs afin de financer des aides pratiques, comme des équipements spécialisés ou le transport sur le lieu de travail.

En 2011, *Access to Work* a également été remanié pour fournir une assistance aux personnes souffrant de dépression, d'anxiété, de stress et d'autres problèmes de santé mentale affectant leur travail. Les aides proposées incluent notamment : i) une évaluation des besoins individuels afin d'identifier des stratégies d'adaptation ; ii) des aides en matière de santé mentale axées sur le milieu professionnel, d'une durée de six mois, adaptées aux besoins identifiés ; iii) un plan d'aide personnalisé, détaillant les étapes nécessaires pour rester ou retourner au travail ; iv) des suggestions d'aménagement du lieu de travail ou des pratiques de travail, qui peuvent aider les personnes à accomplir leur mission ; et v) des conseils et des directives aux employeurs sur la manière dont ils peuvent aider leurs salariés souffrant de problèmes de santé mentale. Les modifications du dispositif *Access to Work* marquent une étape importante vers la reconnaissance et la satisfaction des besoins spécifiques des personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

Résultats

Les personnes souffrant de problèmes de santé mentale ont très peu eu recours à ce dispositif. En 2012, seuls 3 % des participants au programme citaient les problèmes de santé mentale comme leur principale incapacité. Autre critique adressée au programme, il est peu connu des employeurs. Pour remédier à ces problèmes, le gouvernement a annoncé qu'il allait lui allouer 15 millions GBP supplémentaires, et a lancé une campagne marketing de 12 mois pour faire connaître le dispositif auprès des groupes sous-représentés et des employeurs. Ces mesures sont les bienvenues puisque le dispositif *Access to Work* pourrait renforcer considérablement l'aide apportée aux employés souffrant de troubles mentaux sur le lieu de travail. Toutefois, il sera essentiel de surveiller l'impact de ces mesures sur le recours au dispositif et de poursuivre les investissements si les personnes atteintes de troubles mentaux continuent d'être sous-représentées.

Pour en savoir plus

Gifford, G. (2013), *Access to Work: Official Statistics*, Department for Work and Pensions, Londres.

OCDE (2013), *Mental Health and Work: United Kingdom*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264204997-en.

Work and Pensions Committee (2009), *The Equality Bill: How Disability Equality Fits Within a Single Equality Act*, Third Report.

Fiche 4.11
Suisse : Suivi personnalisé par les assurances santé privées et les assurances d'indemnités journalières

Contexte

Pour prévenir les congés maladie de longue durée, les employeurs doivent être encouragés à faire face dès l'origine aux problèmes que rencontrent les employés au travail, idéalement en collaboration avec les médecins traitants, les médecins du travail ou les gestionnaires de cas spécialisés dans le retour au travail.

Programme

En Suisse, la plupart des assurances santé et des assurances d'indemnités journalières ont mis en œuvre tout un éventail de mesures de prévention (dans des domaines tels que la promotion de la santé, l'évaluation des risques et les systèmes de gestion des absences en entreprise) et de services de réintégration (de suivi personnalisé en particulier). Le suivi personnalisé en cas de maladie intervient précocement, souvent après environ 30 jours d'arrêt-maladie, selon le contrat passé entre l'entreprise et l'assureur. Le gestionnaire de cas évalue la pertinence du suivi pour chaque arrêt maladie signalé – dans le cas des troubles mentaux, il est souvent jugé pertinent. Le gestionnaire contacte alors : i) le médecin traitant pour obtenir davantage d'informations sur les incapacités de travail liées à la maladie ; ii) l'employeur ; et iii) le salarié pour parler de la situation et favoriser le processus de retour au travail.

Les gestionnaires de cas sont généralement des non-spécialistes possédant une expérience dans la gestion des ressources humaines par exemple, et une solide expérience professionnelle. Ils jouent un rôle essentiel dans l'échantillonnage des informations recueillies auprès des différents acteurs et dans l'établissement d'un plan coordonné de retour au travail. Dans l'éventualité d'un congé maladie de longue durée et/ou de troubles mentaux sévères, le gestionnaire de cas contacte également souvent l'assurance-invalidité – en principe, après un mois d'arrêt-maladie. Le gestionnaire de cas entretient normalement une relation suivie avec l'entreprise assurée.

Résultats

Les résultats du suivi personnalisé mené par les assureurs n'ont encore jamais été évalués. La pratique montre toutefois que le nombre d'usagers atteints de troubles de la santé mentale augmente non seulement considérablement, mais que ces derniers posent également des difficultés particulières aux gestionnaires de cas, qui connaissent rarement les troubles mentaux. Autre difficulté à laquelle ils doivent faire face, leur relation souvent difficile avec les médecins traitants. Par conséquent, l'Association suisse d'assurances et la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie ont récemment rédigé une lettre d'entente sur les modalités de collaboration des gestionnaires de cas et des psychiatres.

Pour en savoir plus

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

Fiche 4.12
Autriche : Un guichet unique pour lutter contre les arrêts-maladie de longue durée

Contexte

Un processus actif de gestion du retour au travail est essentiel pour les travailleurs atteints de troubles mentaux, qui sont souvent absents pendant de longues périodes. De nombreux pays de l'OCDE ont élaboré des stratégies pour soutenir le processus de retour au travail par le biais, par exemple, de services d'intervention précoce qui conseillent très tôt les travailleurs bénéficiaires d'indemnités de maladie ayant besoin de soins complémentaires et les orientent en temps opportun vers des professionnels afin d'obtenir un traitement.

Programme

Les arrêts-maladie dus à des problèmes de santé mentale augmentent régulièrement en Autriche (bien que leur niveau fût initialement très bas). L'Autriche compte parmi les pays de l'OCDE où les entreprises sont les moins nombreuses à analyser régulièrement les causes des arrêts-maladie et à prendre des mesures de suivi des employés en congé maladie de longue durée. Cela crée des problèmes propres aux arrêts dus à des troubles mentaux, qui sont souvent de longue durée. Les arrêts-maladie en Autriche suivent le principe du tout ou rien : l'absence de processus de retour progressif au travail empêche les salariés malades de retourner à leur poste.

Afin de mieux aider les personnes en congé maladie de longue durée à retourner au travail, le gouvernement autrichien – en collaboration avec les partenaires sociaux et les prestataires d'assurance sociale – a lancé un nouveau service d'information, de conseil et d'assistance facilement accessible aux salariés bénéficiaires d'indemnités de maladie et aux demandeurs d'emploi, ainsi qu'aux entreprises. Le nouveau service *Fit2work*, entré pleinement en vigueur en 2013, cherche à éviter les pertes d'emploi et le chômage de longue durée. L'assurance-maladie contacte les salariés bénéficiaires des indemnités de maladie après environ 40 jours d'absence, leur donnent des informations générales (sur les traitements envisageables, par exemple) et – si nécessaire – des conseils et une aide au retour à l'emploi, assurés par un réseau d'entreprises de conseil. La psychothérapie n'est pas prise en charge mais l'accès à des psychothérapeutes est facilité en cas de problèmes de santé mentale.

Résultats

Les premières évaluations montrent qu'environ un quart de l'ensemble des bénéficiaires d'indemnités de maladie qui ont été contactés et informés ont envisagé de recourir aux conseils d'un prestataire de service *Fit2work*. Sur l'ensemble des salariés ayant été en arrêt-maladie pendant plus de 40 jours et contactés par les caisses d'assurance-maladie, seuls 10 % environ ont répondu. À ce jour, le service *Fit2work* a été utilisé principalement pour les travailleurs et les demandeurs d'emploi atteints de troubles mentaux.

Les objectifs de *Fit2work* en ce qui concerne l'amélioration du maintien dans l'emploi des salariés malades et la réinsertion des chômeurs atteints de problèmes de santé sont intéressants étant donné le peu d'importance accordé par l'Autriche aux congés maladie. Un certain nombre de critiques peuvent toutefois être formulées : i) *Fit2work* est déconnecté du système de santé ; ii) il donne principalement des informations générales plutôt que des conseils directs et axés sur l'environnement de travail, souvent plus urgents ; iii) les employeurs font partie des groupes ciblés par *Fit2work*, mais ils n'ont pourtant pas encore connaissance de ce service ; et iv) les salariés conseillés refusent généralement que le service *Fit2work* prenne contact avec leur médecin traitant.

Pour en savoir plus

Egger-Subotitsch, A. et M. Stark (2013), *Fit2work Implementierungsevaluierung, Bericht II*, Bundessozialamt, Vienne.

OCDE (2015, à paraître), *Mental Health and Work: Austria*, Éditions OCDE, Paris.

Fiche 4.13
Royaume-Uni : Les services *Fit for work* viennent en aide aux salariés malades

Contexte

Les taux d'absence pour maladie sont relativement élevés parmi les travailleurs atteints de problèmes de santé mentale. Une intervention et une aide précoces à destination des personnes touchant des indemnités de maladie en raison de troubles mentaux sont essentielles pour prévenir les arrêts-maladie de longue durée, l'invalidité et une sortie précoce du marché du travail. L'aide au suivi personnalisé du retour au travail se révèle efficace.

Programme

Le service *Fit for Work* (FFWS) a été testé sous forme de services pilotes dans plusieurs régions du Royaume-Uni entre avril 2010 et mars 2013. Son objectif premier est d'apporter une aide personnalisée au retour au travail aux personnes en début d'arrêt-maladie (4 à 12 semaines d'absence), et de réduire le recours aux prestations sociales.

Les services pilotes, réunissant des organismes de la santé, de l'emploi et des collectivités locales, ont procédé à des évaluations biopsychosociales des besoins et ont offert une aide au suivi personnalisé pour favoriser un retour rapide au travail. Le service visait des personnes occupant un emploi et souffrant d'un problème de santé, y compris celles en arrêt-maladie ou risquant de l'être. Les gestionnaires de cas apportaient une aide sous la forme suivante : définition d'objectifs, suivi des progrès effectués, renforcement de la confiance, motivation et autres formes d'assistance. Les personnes pouvaient accéder au FFWS soit en passant par leur médecin généraliste ou d'autres prestataires de services de santé, soit en contactant le service pilote eux-mêmes après avoir vu une publicité ou en avoir pris connaissance par leur médecin généraliste ou leur employeur.

Résultats

Au cours de la première année, le recours au service a été bien inférieur aux prévisions. En outre, la quasi-totalité des usagers du FFWS étaient salariés, et un tiers d'entre eux seulement en arrêt-maladie, alors qu'il s'agissait à l'origine du groupe cible. Parmi les usagers en arrêt-maladie, moins de 30 % l'étaient depuis 4 à 12 semaines. Dans la plupart des services pilotes, les troubles mentaux étaient la pathologie la plus fréquemment rapportée, et de nombreux usagers présentaient plus d'un problème de santé. Les personnes atteintes de troubles musculo-squelettiques, par exemple, souffraient également fréquemment de stress, de dépression ou de troubles mentaux liés à l'anxiété. Les personnes utilisaient le service pendant quatre mois en moyenne. La plupart des répondants ont indiqué qu'ils n'auraient pas bénéficié des interventions sans l'aide du FFWS.

Tous les services ont eu des difficultés à obtenir les volumes de patients attendus de la part des médecins généralistes et des petites entreprises. Certains services pilotes ont cherché spécifiquement à s'engager aux côtés des employeurs, par le biais d'un éventail d'activités marketing et de sensibilisation. Comme avec les médecins généralistes, les approches directes – comme le télémarketing et le ciblage de certains employeurs – semblent fonctionner le mieux, mais la plupart ont eu des difficultés à susciter l'intérêt des petites entreprises.

Le service *Fit for Work* intégral, mis en œuvre en 2014, s'appuie sur les dispositifs pilotes. Ce nouveau service mènera une analyse biopsychosociale axée sur le travail de salariés ayant été en arrêt-maladie – à partir de quatre semaines d'absence environ. Il donnera également des conseils aux employeurs et aux salariés sur les besoins en matière de réadaptation et d'aide au retour au travail des travailleurs en arrêt-maladie et ceux toujours en poste. Il reprendra ainsi le rôle joué précédemment par le service de conseils de médecine du travail (voir Fiche 4.15).

Pour en savoir plus

Hillage, J. et al. (2012), « Evaluation of the Fit for Work Service Pilots: First Year Report », *DWP Research Report*, n° 792, Londres

OCDE (2013), *Mental Health and Work: United Kingdom*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264204997-en.

Fiche 4.14
Pays-Bas : Des médecins du travail dans chaque entreprise

Contexte

La mise en application des connaissances en matière de santé au travail sur le lieu de travail est d'une importance capitale à la lumière des résultats des recherches effectuées, qui montrent que i) une bonne santé améliore la situation professionnelle et ii) le travail contribue à une bonne santé. Un moyen de faire entrer l'expertise en matière de santé au travail dans les entreprises est de s'assurer qu'elles disposent toutes d'un professionnel de la santé au travail.

Programme

Aux Pays-Bas, les médecins du travail jouent un rôle très important dans la vie de l'entreprise, puisque la loi oblige les employeurs à consulter un médecin du travail dans le cadre de la prise en charge de la maladie. La plupart des médecins du travail sont employés par les services de médecine du travail, mais ils peuvent également travailler indépendamment. L'une des fonctions les plus importantes des médecins du travail est de procéder à une analyse des problèmes et de donner des conseils sous la forme d'un plan de réinsertion dans les six semaines suivant le départ en congé maladie d'un salarié. Le médecin du travail est également chargé de la rédaction d'un rapport de réinsertion destiné à l'organisme d'assurance des salariés après la 90e semaine d'arrêt-maladie (avant que le travailleur puisse déposer une demande de pension d'invalidité).

Résultats

Une enquête nationale menée auprès des employeurs a montré que 81 % d'entre eux se sont adressés à un médecin du travail pour obtenir une aide dans le cadre de la prise en charge de la maladie. Une enquête comparable menée auprès des salariés a montré que seuls 64 % savent qu'ils peuvent consulter un médecin du travail. Toutefois, 35 % d'entre eux ont consulté un médecin du travail à un moment donné de leur vie professionnelle – une large minorité étant donné que le taux d'absence pour maladie est compris entre 2 et 6 % dans la plupart des entreprises néerlandaises.

Un inconvénient important est que les médecins du travail sont rémunérés par les employeurs, ce qui soulève des questions quant à leur neutralité. Les recherches menées auprès de 541 médecins du travail ont montré que 21 % n'ont pas été en mesure d'effectuer leur mission de manière indépendante en raison de l'interférence des employeurs, et que 52 % pensaient que les salariés ne croyaient pas en leur neutralité. Sur 220 travailleurs interrogés, 29 % avaient le sentiment que le médecin du travail défendait les intérêts des employeurs plutôt que des salariés.

Pour en savoir plus

de Zwart, B., R. Prins et J. Van der Gulden (2011), « Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts: Eindrapport », Astri Beleidsonderzoek- en advies, Leiden.

Koppes, L. et al. (2013), Nationale enquête arbeidsomstandigheden 2012. Methodologie en golbale resultaten, TNO, Hoofddorp.

OCDE (2014), *Mental Health and Work: Netherlands*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264223301-en.

Oeij, P. et al. (2013), Werkgevers enquête arbeid 2012: Methodologie en beschrijvende resultaten, TNO, Hoofddorp.

van der Helm, I. (2013), « The Privacy Protection of the Sick Employee: The Dutch Case from a Comparative Perspective », *European Journal of Social Security*, vol. 15, n° 3, pp. 273-296.

Fiche 4.15
Royaume-Uni : Service de conseils de médecine du travail pour les petites entreprises

Contexte

Les entreprises de moins de 250 salariés ont généralement peu accès, voire aucun accès, à un soutien de la médecine du travail pour les aider à gérer les absences pour maladie ou à faire face aux problèmes de santé mentale au travail. Ce constat est problématique puisque qu'une intervention précoce est essentielle à la réinsertion professionnelle : plus l'absence est longue, plus le retour au travail devient difficile.

Programme

Les projets pilotes de lignes de consultation téléphonique en médecine du travail (*Occupational Health Advice Lines*) ont été lancés fin 2009 au Royaume-Uni pour faciliter l'accès des petites et moyennes entreprises à des conseils professionnels sur tous les problèmes de santé, et notamment la santé mentale. Le service a été conçu pour donner des conseils pratiques aux employeurs comme aux salariés sur les problèmes de santé affectant un membre du personnel. L'objectif était principalement de mieux informer les cadres afin de les aider à réduire les absences pour maladie, à conserver une main-d'œuvre productive, et, le cas échéant, à aider les salariés à reprendre leur poste le plus tôt possible après un arrêt-maladie.

Le service était assuré et géré par différentes équipes en Angleterre, en Écosse et au Pays de Galles, avec des budgets séparés pour chaque région et un numéro de téléphone initialement distinct pour garantir la joignabilité. Il a été décidé que d'un point de vue local, le service ferait un meilleur usage des services et infrastructures existants (et garantirait ainsi la rentabilité). Des partenariats locaux auraient une meilleure connaissance des entreprises de leur secteur et seraient donc plus efficaces en termes de marketing ciblé et pour donner des conseils sur les services locaux.

Résultats

Une évaluation des projets pilotes de lignes de consultation téléphonique a montré que les utilisateurs les ont jugés extrêmement utiles. Ils ont particulièrement apprécié les conseils « instantanés » et le caractère centralisé du service. La plupart des utilisateurs du service étaient, conformément aux objectifs, de petites entreprises faisant preuve de réactivité vis-à-vis d'un salarié en arrêt-maladie ou essayant de rester en poste malgré un problème de santé. Les employeurs cherchaient souvent à être rassurés par rapport aux mesures qu'ils avaient prises ou s'apprêtaient à prendre, le service étant en mesure d'émettre un avis auprès de ceux qui envisageaient un éventail d'options différentes. Quelques semaines après avoir utilisé le service, la grande majorité des utilisateurs avaient pris des mesures découlant soit de l'utilisation des lignes de consultation, soit d'un service recommandé par un conseiller joint par le biais des lignes de consultation. Les mesures prises par les employeurs étaient généralement conformes aux bonnes pratiques en matière de gestion des absences – par exemple, communication avec le salarié, mise en place d'un plan de retour au travail, ou redéfinition du rôle du salarié.

La plupart des employeurs auraient sans doute pris des mesures en l'absence du service, mais l'un de ses principaux avantages est qu'il réduit le temps de gestion nécessaire à la recherche et à la mise en œuvre de solutions. Par conséquent, les employeurs utilisant le service ont probablement pu intervenir plus rapidement, un facteur important pour une gestion efficace des absences. L'utilisation du service pendant la période comprise entre décembre 2009 et mars 2011 a été plus faible que prévu, mais a considérablement augmenté depuis.

Pour en savoir plus

OCDE (2013), *Mental Health and Work: United Kingdom*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264204997-en.

Sinclair, A., R. Martin et C. Tyers (2012), « Occupational Health Advice Lines Evaluation: Final Report », *DWP Research Report*, n° 793, Londres.

Chapitre 5

Améliorer les régimes de prestations et les services de l'emploi aux demandeurs d'emploi atteints de troubles mentaux

La capacité des régimes de prestations et des services de l'emploi à détecter les maladies mentales de leurs usagers est fondamentale pour aider les travailleurs à retourner dans la vie active. Les troubles mentaux sont largement répandus non seulement chez les bénéficiaires de pensions d'invalidité, mais aussi chez les bénéficiaires d'allocations de chômage et d'aide sociale. Dans tous les pays de l'OCDE, entre un tiers et la moitié des bénéficiaires d'allocations sont atteints de pathologies mentales. Des services de l'emploi efficaces peuvent assurer un retour rapide au travail et éviter que les régimes de pensions d'invalidité aient une trop grande charge de travail.

Conclusions :

- *Prévenir les demandes de prestations d'invalidité motivées par des troubles mentaux.*
- *Recenser et aider les demandeurs d'emploi atteints de problèmes de santé mentale.*
- *Investir dans les compétences en matière de santé mentale de tous les acteurs des régimes de prestations.*
- *Mettre en place des services intégrés de santé et d'emploi dans le secteur de l'emploi.*

Les régimes de prestations et les services de l'emploi jouent un rôle fondamental lorsque les employés sont sur le point de perdre leur emploi ou viennent de le perdre. Les prestations assurent un revenu, et les services de l'emploi déploient des stratégies d'activation pour aider les employés à retourner dans la vie active. Dans ce chapitre, nous verrons comment ces deux éléments – que nous appellerons ici le « secteur de l'emploi » – peuvent changer la donne chez les personnes qui souffrent de pathologies mentales.

Dans tous les pays de l'OCDE, les troubles mentaux sont devenus le principal motif des nouvelles demandes de pensions d'invalidité (OCDE, 2010 ; OCDE, 2012). Cependant, les pathologies mentales sont aussi très répandues chez les bénéficiaires de toutes les autres allocations de remplacement du revenu. En outre, les liens de cause à effet fonctionnent dans les deux sens : les personnes atteintes de troubles mentaux ont plus de chances de perdre leur emploi et d'être inactives, et le chômage et le non-emploi (involontaire) aggravent l'état de santé mentale.

Les données d'enquêtes démographiques permettent de dire que dans les pays de l'OCDE, entre un tiers et la moitié des bénéficiaires d'allocations sont atteints de pathologies mentales (graphique 5.1), même si l'on observe des variations selon les pays. Cette proportion est la plus élevée chez les personnes en arrêt-maladie de longue durée, les chômeurs de longue durée et les inactifs de longue durée qui souffrent souvent de troubles mentaux graves. La part des personnes atteintes de troubles légers à modérés est très semblable dans la plupart des pays, quelles que soient les prestations demandées.

Le temps est un facteur fondamental pour aider à retourner à l'emploi après une absence pour raisons économiques ou de santé, la perte d'un emploi et l'inactivité. Plus longue est la période durant laquelle les personnes s'éloignent de leur travail, et de l'emploi en général, moins elles ont de chances de retrouver un emploi (OCDE, 2010). C'est particulièrement vrai des personnes qui souffrent de maladies mentales, qui sont souvent chroniques ou récurrentes. Chez elles, le travail peut jouer un rôle fondamental pour retrouver bien-être et estime de soi (OCDE, 2012).

Les périodes d'absences pour maladie et de chômage sont cruciales. Il faut adopter des politiques d'activation en conséquence pour veiller à ce que les personnes souffrant de troubles mentaux retrouvent un emploi rapidement et durablement et prévenir les demandes de prestations d'invalidité. À cet effet, les régimes de prestations doivent en priorité identifier les problèmes mentaux de leurs usagers et élaborer les moyens de surmonter les obstacles qui en découlent.

On analysera ces obstacles dans cette section, tout en se concentrant particulièrement sur les questions suivantes :

- les régimes d'invalidité les mieux adaptés aux particularités des pathologies mentales,
- la détection précoce et l'intervention rapide des régimes d'assurance-chômage,
- la compréhension générale de la santé mentale dans les régimes de prestations,
- l'intégration plus étroite des interventions et des services liés à la santé et à l'emploi.

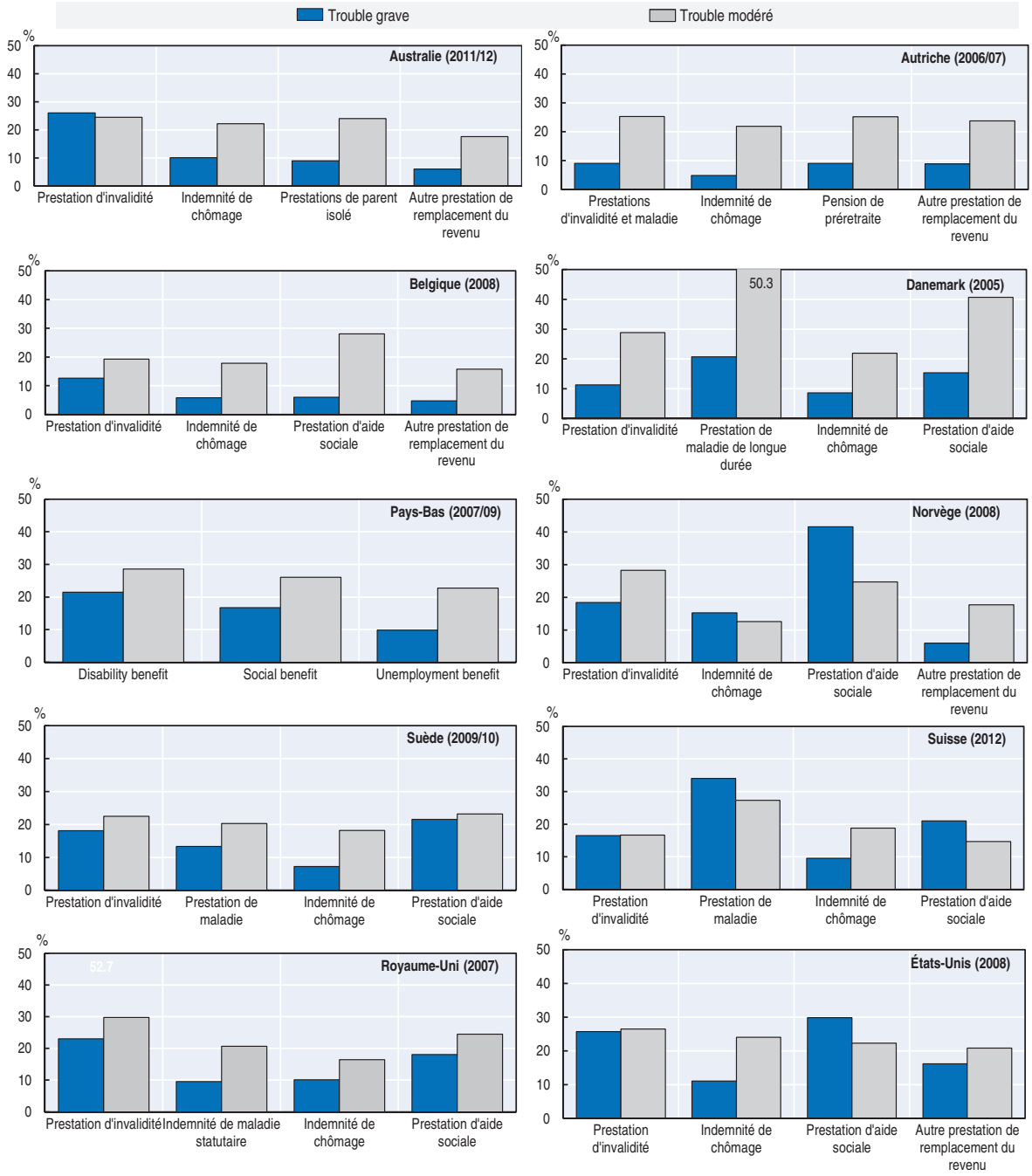
Adapter les régimes de pension d'invalidité aux demandeurs qui souffrent de troubles mentaux

Les troubles mentaux sont responsables de la majorité des nouvelles demandes de pension d'invalidité. Bien que cette tendance soit universelle et structurelle, elle n'est pas irréversible et s'explique par plusieurs raisons. Premièrement, une meilleure connaissance des pathologies mentales a bouleversé les diagnostics sur les causes des incapacités de travail. Elles sont plus souvent identifiées comme la cause première des problèmes au travail chez les personnes qui souffrent de comorbidité entre maladies physiques et mentales. Deuxièmement, les types d'emploi ont changé. Il est donc aujourd'hui plus difficile de garder un emploi lorsque l'on souffre d'un problème de santé mentale. Troisièmement, les mesures d'aide et les outils d'évaluation utilisés dans les régimes d'invalidité sont rarement adaptés aux troubles mentaux. Quatrièmement, une mauvaise compréhension des pathologies mentales amène généralement à sous-estimer la capacité à travailler des personnes qui en sont atteintes, comme le montre par exemple le nombre plus réduit de refus d'attribution de prestations, l'octroi plus fréquent de prestations à taux plein plutôt que de prestations partielles, et les taux de sortie plus faibles du régime d'invalidité. On peut donc en déduire que les réformes structurelles menées par certains pays ont réussi à freiner toutes les demandes de prestations, sauf celles liées aux maladies mentales (OCDE, 2012).

Les demandeurs atteints de troubles mentaux sont les plus éloignés de la vie active

La meilleure prise en compte des troubles mentaux dans les demandes de pensions d'invalidité offre une bonne occasion de s'attaquer convenablement à ce problème. Les requérants qui souffrent de troubles mentaux diffèrent de la plupart des requérants qui souffrent de troubles physiques. La raison réside dans la nature même des maladies mentales : elles se déclarent tôt, elles sont persistantes et chroniques, elles présentent un fort taux de récidive et souvent une comorbidité. En conséquence, les personnes qui en sont atteintes s'éloignent davantage du marché du travail et traversent souvent des périodes de chômage et d'inactivité (graphique 5.2, partie A). La plupart des demandes de prestations pour cause de troubles mentaux sont le fait de personnes qui sont en chômage de longue durée ou ont une maladie de longue durée. Peu proviennent de personnes titulaires de contrats de travail. Autrement dit, les personnes atteintes de troubles mentaux sont déjà considérablement éloignées du marché du travail avant même d'entrer dans le système de prestations (graphique 5.2, partie B).

Graphique 5.1. **La prévalence des troubles mentaux est élevée parmi l'ensemble des bénéficiaires de prestations en âge de travailler**

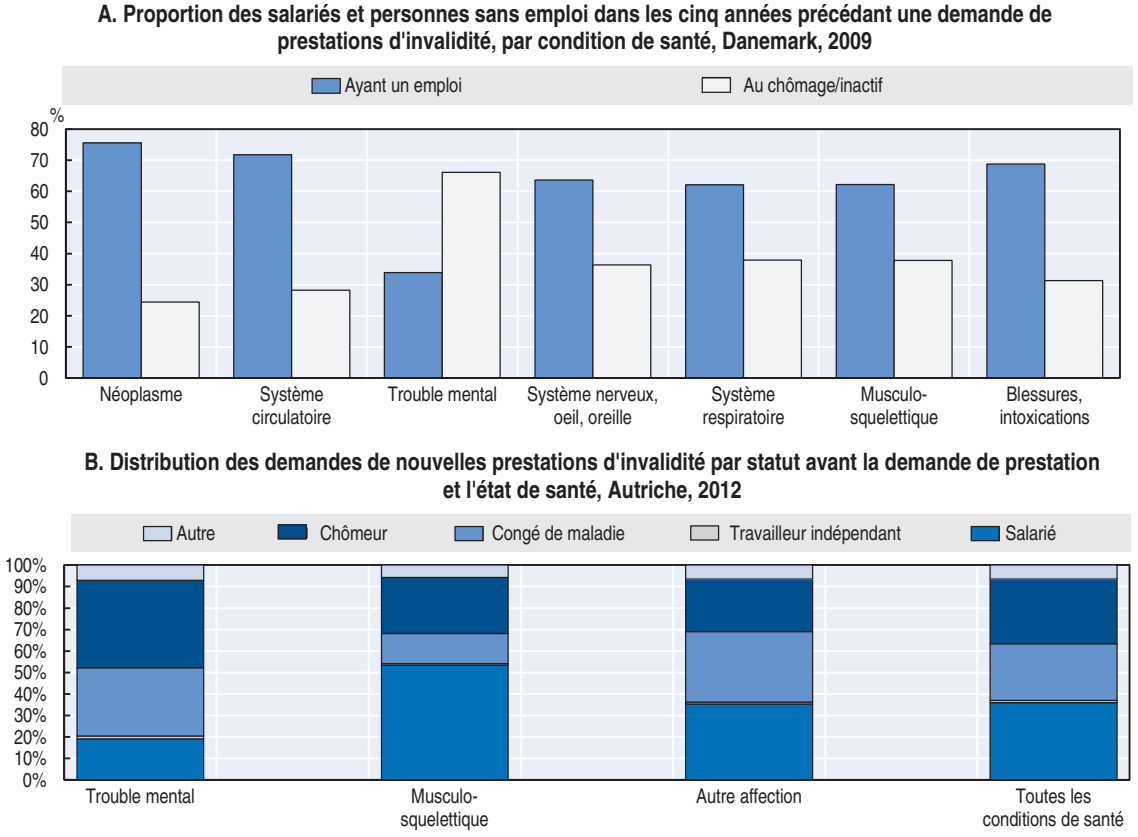


Note: L'Autriche se réfère à la tranche d'âge de 50 à 64 ans seulement, l'allocation de chômage aux Pays-Bas se réfère aux chômeurs et des données pour le Royaume-Uni couvrent toutes les personnes atteintes de troubles mentaux.

Source : Enquêtes nationales sur la santé : Australie : National Health Survey 2011/12 ; Autriche : Health Interview Survey 2006/07 ; Belgique : Health Interview Survey 2008 ; Danemark : National Health Interview Survey 2005 ; Pays-Bas : POLS Health Survey 2007/09 ; Norvège : Level of Living and Health Survey 2008 ; Suède : Living Conditions Survey 2009/10 ; Suisse : Health Survey 2012 ; Royaume-Uni : Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007 ; États-Unis : National Health Interview Survey 2008.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933265069

Graphique 5.2. **Les bénéficiaires de prestations d'invalidité sont éloignés du marché du travail**



Note : Les « inactifs » sont les personnes qui ne sont ni «actifs ayant un emploi» ni «chômeurs».

Source: Partie A : Données fournis par le National Social Appeals Board et partie B : le Ministère autrichien du Travail, des Affaires sociales et de la protection des consommateurs, www.sozialministerium.at (consulté le 11 août 2015).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933265078

Axer davantage sur la vie active le régime d'invalidité des personnes souffrant de troubles mentaux

Les régimes de pensions d'invalidité doivent s'adapter aux évolutions récentes. Beaucoup de pays de l'OCDE ont réussi à mettre en œuvre des réformes structurelles afin de faire face à la progression générale des demandes de prestations d'invalidité depuis plusieurs dizaines d'années (OCDE, 2010). Les réformes n'ont cependant pas mis fin à la hausse des demandes de prestations pour cause de troubles de la santé mentale. Il reste encore à adapter les composantes d'une réforme efficace du régime d'invalidité pour répondre aux besoins des demandeurs atteints de troubles mentaux.

Les réformes structurelles réussies passent souvent par une ou plusieurs des mesures suivantes : i) intervenir plus en amont et prendre plus rapidement des décisions pour limiter les demandes de pensions d'invalidité ; ii) mieux inciter à rendre le travail financièrement attractif et renforcer les obligations des employeurs et des pouvoirs publics de façon à rendre plus coûteuse la non-prise en compte des problèmes de santé et iii) réserver les pensions d'invalidité aux personnes qui sont dans l'incapacité totale et permanente de travailler.

Agir plus en amont

Il est particulièrement important de déceler les problèmes de santé mentale dès leur apparition et d'intervenir rapidement. Le programme suédois d'entrée dans la vie professionnelle est un dispositif intensif de trois mois visant à faire revenir sur le marché du travail les personnes en congé maladie de longue durée. Il fait appel à des psychologues et des tuteurs qui les motivent, leur permettent d'acquérir une expérience professionnelle et leur donnent des conseils. Cependant, même les programmes de ce type ont un effet limité lorsqu'ils sont proposés trop tard (en Suède, seulement après 914 jours d'arrêt-maladie) (OCDE, 2013c).

C'est la Suisse qui intervient le plus tôt pour identifier les problèmes de travail liés à la santé : le régime d'assurance-invalidité intervient et offre des conseils et de l'aide aux employeurs lorsque les personnes concernées ont encore leur emploi. Il est fondamental d'intervenir aussi loin en amont car les travailleurs atteints de troubles mentaux sont beaucoup plus à même de conserver leur emploi que d'en retrouver un. La Suisse a aussi introduit des prestations à bas seuil d'accessibilité destinées aux travailleurs qui risquent de rencontrer des problèmes – en particulier de santé mentale – qui pourraient leur donner droit à une pension d'invalidité (Fiche 5.1).

Plusieurs autres pays ont aussi introduit des mesures pour faire en sorte d'intervenir rapidement lorsque des problèmes de santé apparaissent, le plus souvent grâce à des prestations d'assurance-maladie (voir plus haut dans ce rapport). Les pays nordiques en particulier ont beaucoup recours aux arrêts-maladie partiels pour accélérer le retour à l'emploi et éviter que des prestations d'invalidité soient réclamées ultérieurement (OCDE, 2013a).

Renforcer les mesures d'incitation

Ces approches sont prometteuses mais leur mise en œuvre ne suit pas le rythme de la réglementation. En effet, les pays ne savent pas bien définir ce qu'il est demandé des différents acteurs, contrôler les obligations existantes et appliquer des sanctions en cas de non-conformité. Le meilleur moyen d'obliger les employeurs et les employés à respecter des obligations plus strictes est d'associer ces obligations à des incitations financières. Ce sont les Pays-Bas qui sont allés le plus loin à cet égard, puisque le pays a fait en sorte qu'il soit avantageux pour les travailleurs qui rencontrent des problèmes de santé d'exploiter leur capacité de travail (partielle) sur le marché du travail, et qu'il soit coûteux pour les employeurs de ne pas contribuer à faire revenir rapidement au travail les employés malades (voir Fiche 4.7).

Le rôle et les responsabilités des organismes qui gèrent les prestations sont également importantes. Plusieurs pays (l'Autriche, le Danemark et la Suisse par exemple) ont introduit et progressivement renforcé une règle selon laquelle la réinsertion doit être privilégiée par rapport à l'indemnisation, qui oblige les organismes accordant des prestations à chercher tous les moyens de réinsertion avant d'accorder une pension d'invalidité (OCDE, 2013b ; OCDE, 2014 ; OCDE, 2015). Mais là aussi, la mise en œuvre de cette règle s'est révélée difficile.

De son côté, le Danemark a déployé des efforts considérables pour renforcer les mesures en faveur des services publics et des collectivités locales qui accordent les prestations afin qu'ils améliorent leurs services. Le pays a mis en place une base de données en ligne pour faciliter l'évaluation comparative des processus utilisés et des résultats obtenus par tous les centres municipaux de l'emploi. Il s'efforce aussi de

stimuler et d'orienter leur action en faisant varier leurs taux de financement. L'État exige ainsi que les administrations municipales prennent en charge la majorité des prestations de longue durée, mais les incite fortement à assurer des services de réinsertion et d'autres services du marché du travail (Fiche 5.2). Ces mesures générales sont prometteuses, mais elles ne sont efficaces sur des groupes tels que les personnes atteintes de troubles mentaux que si elles tiennent compte de leurs particularités.

Améliorer les évaluations

Les évaluations de la capacité de travail sont un élément fondamental de la réforme des régimes d'invalidité. Beaucoup de pays de l'OCDE privilégient la recherche des capacités et des aptitudes plutôt que les incapacités et les handicaps. Il s'agit certes d'un changement structurel nécessaire, mais il est peu accepté. Les pays qui consacrent relativement peu de moyens aux services de réadaptation et de réinsertion des personnes handicapées sont confrontés à des difficultés particulières lorsqu'ils réforment les évaluations. Au Royaume-Uni par exemple, le gouvernement a été obligé à plusieurs reprises d'ajuster sa nouvelle évaluation des aptitudes professionnelles (*Work Capability Assessment*) après de nombreux recours aboutis contre les évaluations et des critiques de la façon dont les personnes qui luttent contre des problèmes de santé mentale ont été jugées aptes à travailler.

Les réexamens de l'aptitude à travailler sont encore plus controversés sur le plan politique. La plupart des réformes s'appliquent uniquement aux nouvelles demandes de rentes d'invalidité, sans changer les droits des personnes qui en bénéficient déjà (Prinz et Tompson, 2009). Depuis peu cependant, davantage de pays ont commencé à appliquer de nouveaux critères, plus stricts, aux demandeurs récents, les Pays-Bas et le Royaume-Uni allant jusqu'à réévaluer les dossiers de pratiquement tous les bénéficiaires. Ces politiques peuvent être utiles pour faire entrer les personnes atteintes de problèmes de santé mentale sur le marché du travail si elles sont accompagnées d'une aide à leur réintégration adaptée.

La limitation des pensions d'invalidité des personnes qui sont partiellement capables de travailler a permis de réduire le nombre de nouvelles demandes de prestations dans certains pays, en Australie par exemple. Mais là encore, le succès de ces politiques dépend de la capacité des autres régimes de prestations, en particulier l'assurance-chômage, à prendre le relais et répondre de façon satisfaisante aux besoins des personnes ayant une capacité de travail partielle due à des troubles mentaux.

Des évolutions très récentes observées dans certains pays montrent l'orientation qu'il faudra prendre. Le Danemark et l'Autriche ont sensiblement limité l'accès aux pensions d'invalidité et les ont remplacées par des régimes beaucoup plus axés sur le retour à la vie active. Au Danemark, le nombre de demandes de pensions a diminué de près de moitié en 2013. Les requérants ayant essuyé un refus suivent actuellement de nouveaux cours de réinsertion individuels et pluridisciplinaires mis en place par les communes du pays (Fiche 5.3). En Autriche, de nombreuses personnes ne pourront plus bénéficier de pension d'invalidité et devront se tourner soit vers l'allocation de réadaptation (gérée par le système d'assurance-maladie), soit vers des indemnités de reclassement, qui relèvent du service du marché du travail (Fiche 5.4). L'effet de ces réformes dépendra de leur mise en œuvre et de la qualité et de l'efficacité des programmes de réadaptation et de reclassement proposés.

Synthèse et recommandations

Les pays éprouvent des difficultés à axer davantage leurs régimes de prestations d'invalidité sur le marché du travail. Alors que les politiques d'activation ont fait leurs preuves pour la plupart des catégories de chômeurs et d'inactifs, elles n'ont pas rencontré le même succès auprès des personnes présentant un handicap, en particulier celles atteintes de problèmes mentaux (OCDE, 2010 ; Martin, 2014). La principale raison de ce succès limité est le moment défavorable choisi pour appliquer ces mesures. Les programmes généraux qui n'interviennent que lorsque les personnes sont sorties du marché du travail depuis plusieurs années sont souvent inefficaces. À ce stade, elles ont renoncé à travailler depuis longtemps. Une autre difficulté consiste à trouver un bon équilibre entre les droits ouverts et les responsabilités, et à instaurer des obligations réciproques pour les personnes faisant valoir leurs droits, les travailleurs, les employeurs, les services de santé, d'emploi et de sécurité sociale et les prestataires de services de l'emploi.

Recommandations visant à contrôler les demandes de prestations d'invalidité de la part des personnes souffrant de pathologies mentales :

- Détecter en amont les personnes ayant besoin d'aide et intervenir rapidement en prenant des mesures de réadaptation médicale et professionnelle qui ciblent les personnes atteintes de pathologies mentales.
- Mieux reconnaître la capacité de travail des personnes atteintes de troubles mentaux et réserver les prestations d'invalidité aux personnes en incapacité *permanente* de travailler.
- Définir des responsabilités justes, claires et réciproques des organismes de gestion des prestations et des prestataires de services de l'emploi et en leur offrant des incitations financières.

Recenser et aider les chômeurs souffrant de problèmes de santé mentale

Le renforcement des programmes d'activation observé depuis les vingt dernières années a amené les services publics de l'emploi (SPE) de nombreux pays à se concentrer sur les demandeurs d'emploi directement employables et a contribué à pousser les personnes souffrant de problèmes de santé vers les régimes d'invalidité. Des réformes structurelles appliquées récemment aux régimes d'invalidité tentent de rectifier cette erreur en amenant aussi vers l'emploi les demandeurs d'emploi en mauvaise santé physique et mentale. C'est ainsi que la clientèle des SPE a évolué. On considère par exemple qu'au Royaume-Uni, les prestataires de services de l'emploi, qui sont privés, prennent essentiellement en charge les groupes de demandeurs d'emploi difficiles à placer, et que 78 % des usagers ont ou ont eu un lien avec le régime d'invalidité (Heap, 2012). C'est un phénomène dont les prestataires de services traditionnels n'ont pas encore pris la mesure.

Les demandeurs d'emploi atteints de troubles mentaux participent aux programmes d'emploi mais enregistrent de mauvais résultats

Les statistiques sur la prévalence des pathologies mentales chez les demandeurs d'emploi dans les grands services de l'emploi sont rares car dans la plupart des pays, les SPE et les régimes d'assurance-chômage n'évaluent pas l'état de santé. Certains possèdent cependant des informations sur le nombre de demandeurs d'emploi chez qui une invalidité a été diagnostiquée. Le cas de l'Australie est intéressant car le pays possède deux systèmes parallèles de services aux demandeurs d'emploi : l'un réservé aux personnes ayant une invalidité, et le principal pour les autres demandeurs d'emploi. Pourtant, la plupart des personnes atteintes de troubles mentaux font partie du principal service de l'emploi (graphique 5.3, partie A), où ils ont plus de chances de se trouver dans les catégories 3

ou 4, qui bénéficient d'une aide intensive, que dans les catégories 1 et 2 (graphique 5.3, partie B). Si toutes les personnes atteintes de maladies mentales courantes étaient recensées dans les statistiques sur les demandeurs d'emploi, le message serait encore plus clair : la mauvaise santé mentale est un enjeu fondamental pour les services de l'emploi.

Les usagers des SPE atteints de troubles mentaux enregistrent aussi de moins bon résultats en matière d'emploi. En Suède, trois mois après l'achèvement du programme, seuls 8 % environ étaient entrés sur le marché du travail normal, et 23 % avaient trouvé un emploi subventionné en 2010 et 2011. Pour les autres usagers des SPE, ces chiffres étaient respectivement de 27 % et 16 % (graphique 5.3, partie C). En Belgique, six mois après avoir achevé un programme pour l'emploi, 60 % des usagers des SPE avaient trouvé un emploi, contre seulement 20% des personnes atteintes de problèmes « d'ordre médical, mental, psychologique ou psychiatrique » (graphique 5.3, partie D).

Repérer les troubles mentaux des demandeurs d'emploi dans le régime d'assurance-chômage

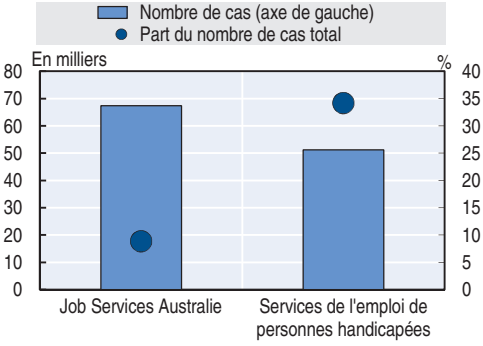
Les dispositifs d'activation commencent par une phase d'admission, durant laquelle on établit le profil des demandeurs d'emploi afin de les affecter dans le groupe cible approprié. Or il est rare que la santé mentale soit évaluée, et on manque ainsi une occasion d'intervenir à un stade précoce. Ceci dit, quelques pays comme la Norvège et l'Australie recueillent des informations médicales durant cette phase d'admission. En Australie, le *Jobseeker Classification Instrument* est un bon exemple d'un outil qui fait correspondre efficacement les besoins des usagers avec les services et les oriente vers des évaluations approfondies en cas de besoin (Fiche 5.5). Sous sa forme actuelle, il ne peut pas systématiquement repérer les obstacles au marché du travail liés aux troubles mentaux, mais on pourrait facilement le développer à cet effet.

C'est sans doute la Flandre, région flamande de la Belgique, qui met le plus l'accent sur la santé mentale durant la phase d'admission. Les obstacles à la réinsertion, et notamment les questions de santé mentale, sont systématiquement recherchés chez les demandeurs d'emploi. Chaque fois que l'on soupçonne l'existence de problèmes, un entretien peut être demandé et les demandeurs d'emploi peuvent être orientés vers un psychologue en interne ou un centre externe spécialisé dans les examens pluridisciplinaires (Fiche 5.6). En Belgique, les SPE s'intéressent particulièrement à l'examen des demandeurs d'emploi pour détecter les obstacles liés à la santé car les indemnités de chômage sont versées pendant une durée illimitée. Les économies que permettent de réaliser l'aide supplémentaire aux personnes qui souffrent de pathologies mentales et sont exposées à un risque accru de chômage de longue durée sont donc fortement incitatives.

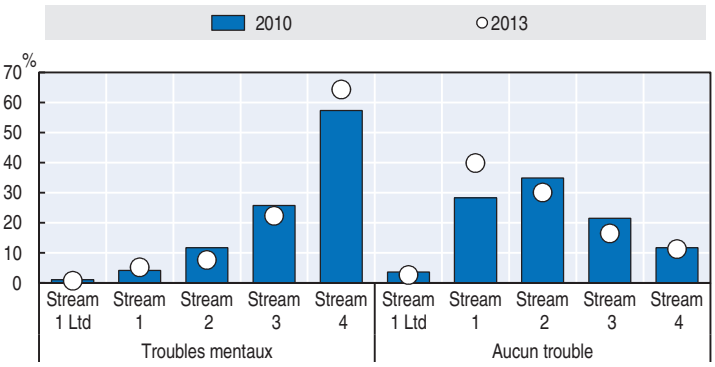
Il existe plusieurs moyens de détecter les pathologies mentales chez les chômeurs. L'un d'eux consiste à employer des instruments validés (Liwowsky et al., 2009) soit sur tous les usagers, soit uniquement lorsqu'un travailleur social soupçonne l'existence d'un problème. Dans ce cas, les travailleurs sociaux doivent disposer de lignes directrices claires sur le moment où ils doivent utiliser l'instrument, la marche à suivre lorsqu'un problème de santé mentale se pose et les moyens de respecter le secret médical. Une autre méthode consiste à envoyer les usagers chez un psychologue qui procèdera à un dépistage clinique approfondi ou réalisera des entretiens.

Graphique 5.3. **Participation aux programmes et résultats de l'emploi pour les participants ayant des problèmes de santé mentale**

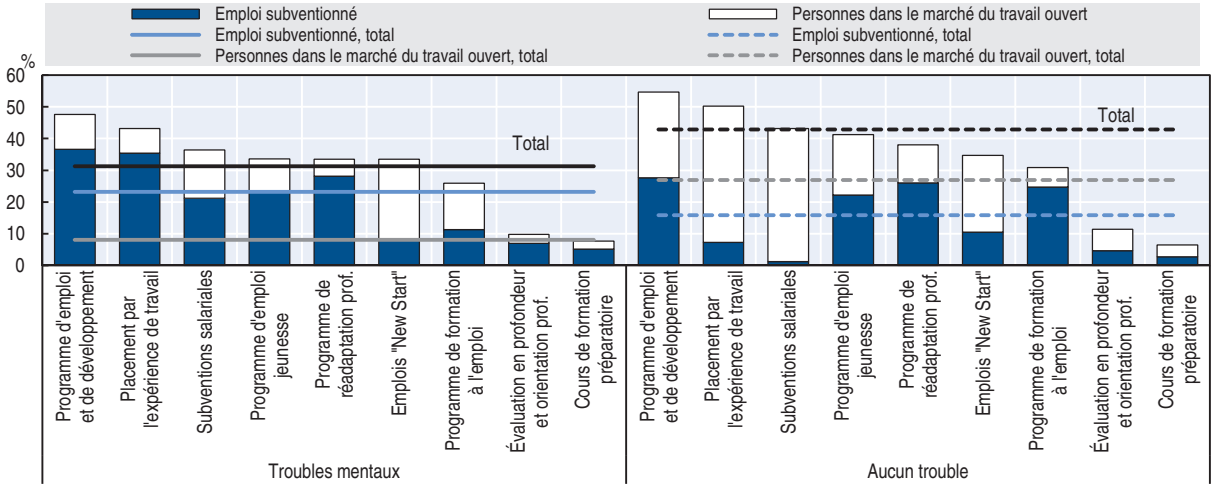
A. En Australie, il y a plus de demandeurs d'emploi atteints de troubles mentaux dans des services ordinaires de l'emploi que dans des services spéciaux pour personnes handicapées, 2013
(personnes avec des troubles mentaux)



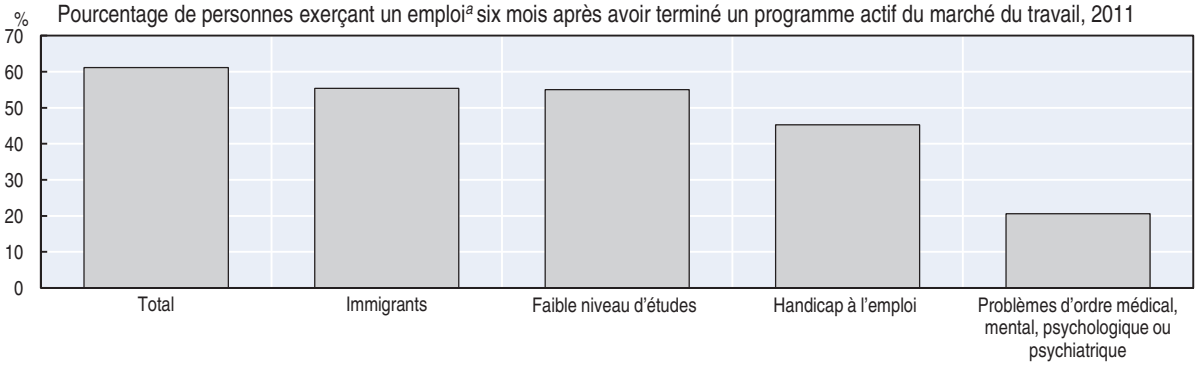
B. Les personnes ayant des troubles mentaux avérés ont tendance à recevoir des services traditionnels plus intenses que celles sans problème de santé en Australie



C. En Suède, les clients du SPE atteints des troubles mentaux ont de moins bons résultats en décrochant un emploi
Personnes qui sortaient des programmes de SPE en 12/2010-11/2011, personnes employées trois mois après la fin du programme



D. En Belgique, les clients du SPE atteints de troubles mentaux ont les résultats les plus faibles pour décrocher un emploi
Pourcentage de personnes exerçant un emploi[a] six mois après avoir terminé un programme actif du marché du travail, 2011



a. Les formes d'emploi considérées incluent l'emploi protégé et les parcours emploi-thérapie.

Source: Partie A : Données de l'Australia Department of Employment ESAt ; partie B : Estimations de l'OECD basées sur des données administratives de l'Australian Department of Social Services ; partie C : Service public de l'emploi en Suède ; et partie D : Service public flamand de l'emploi et de la formation professionnelle.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933265082

La tendance à l'informatisation des SPE dans de nombreux pays de l'OCDE ouvre la voie à un dépistage des troubles de santé mentale dès la première phase d'inscription et d'admission. Aux Pays-Bas, le nouveau programme *Work Explorer* du SPE a lui aussi un grand potentiel. Il s'agit d'un système entièrement numérisé capable de détecter les obstacles à l'emploi, y compris ceux liés aux troubles mentaux (Fiche 5.7). Le dépistage numérique précoce ouvre aussi de nouvelles possibilités de thérapies par internet aux personnes souffrant de troubles mentaux.

Beaucoup de pays de l'OCDE emploient le processus de gestion des performances des SPE pour aider les groupes particulièrement exposés au chômage de longue durée. Au Danemark, le ministère de l'Emploi fixe chaque année trois objectifs aux centres d'offres d'emploi municipaux. Il peut s'agir d'un certain taux d'emploi ou d'une amélioration du taux de placement d'une catégorie particulière de demandeurs d'emploi. Un groupe prioritaire pourrait être composé de demandeurs d'emploi souffrant de problèmes de santé mentale.

Intervenir plus tôt auprès des demandeurs d'emploi atteints de troubles mentaux

Repérer les demandeurs d'emploi qui souffrent de troubles mentaux n'a de sens que si l'on propose en parallèle des services et des procédures de suivi adaptés, par exemple des réunions périodiques avec des travailleurs sociaux. Le *Job Coach Programme* en Suède en est un bon exemple. Un tuteur travaille étroitement avec le demandeur d'emploi et le nouvel employeur, et s'intéresse particulièrement aux conditions de travail (Fiche 5.8).

Il est essentiel que les SPE assurent des services de suivi aux demandeurs d'emploi inscrits chez eux qui ont des problèmes de santé pour éviter qu'ils deviennent tributaires d'une pension d'invalidité et attendent longtemps avant d'obtenir une aide à l'emploi. Souvent, ces demandeurs sont ballottés entre différents organismes, perdent leur aptitude à l'emploi et leur motivation et deviennent plus vulnérables au chômage de longue durée. Ce va-et-vient entre les différents régimes de prestations est coûteux et improductif pour la société et les personnes concernées.

L'Autriche s'est efforcée de résoudre ce problème à l'aide d'un dispositif nommé *Health Road* grâce auquel les régimes de chômage et d'invalidité partagent des informations pour obtenir des évaluations précoces de la capacité de travail des demandeurs déterminées d'un commun accord. Sachant que les demandes de pension d'invalidité n'ont aucune chance d'être acceptées, le SPE est beaucoup plus incité à aider les usagers (Fiche 5.9). Un autre moyen intéressant de prendre en compte à la fois les mesures d'incitation et la coopération entre les régimes de prestations est le dispositif suisse de collaboration interinstitutionnelle. Il repose sur l'échange d'informations et un suivi individualisé pour améliorer les résultats des usagers qui connaissent des problèmes complexes et éviter qu'ils soient ballottés d'une institution à une autre (Fiche 5.10).

Synthèse et recommandations

Il est important de repérer le plus tôt possible les troubles mentaux et les obstacles au marché du travail, de préférence lors du premier contact d'un demandeur d'emploi avec le service de l'emploi, ou peu de temps après. Si un problème est identifié ou soupçonné, il faut rapidement orienter les demandeurs d'emploi vers des conseillers. L'objectif est, si nécessaire, d'apporter une aide psychologique, de conseiller à la personne concernée de chercher de l'aide auprès du système de santé et d'élaborer une stratégie de réinsertion adéquate avec le conseiller du SPE.

Recommandations pour aider les demandeurs d'emploi atteints de troubles mentaux :

- Utiliser des outils adéquats pour détecter les problèmes de santé mentale et déterminer comment ils compromettent l'accès au marché du travail. Les problèmes doivent être identifiés dès le premier entretien avec le service de l'emploi ou très peu de temps après.
- Préparer des lignes directrices claires indiquant aux travailleurs sociaux la marche à suivre lorsque des problèmes se posent.
- Mettre en place un processus de suivi solide prévoyant des entretiens fréquents avec les travailleurs sociaux et donner aux demandeurs d'emploi atteints de maladie mentale un accès à des services généraux ou spécialisés.
- Éviter autant de possible de dispenser les demandeurs d'emploi atteints de troubles mentaux de rechercher un emploi et de participer au marché du travail.
- Aménager le processus de gestion des performances des services de l'emploi de sorte que les demandeurs d'emploi qui souffrent de troubles mentaux reçoivent l'attention dont ils ont besoin.

Développer les compétences en matière de santé mentale et l'aide au sein du secteur de l'emploi

Si l'on veut que les régimes d'indemnisation du chômage, les services publics de l'emploi et les bureaux locaux d'aide sociale répondent aux besoins de leurs usagers en matière de santé mentale, il faut procéder à des changements afin de : i) développer les compétences de ces institutions en matière de santé mentale et ii) aider les personnes à bénéficier d'un soutien adapté.

Les recherches ont montré qu'en général, aucun régime ne prend en compte les maladies mentales très largement répandues. En Allemagne, les données indiquent que parmi les chômeurs de longue durée âgés qui souffrent de troubles mentaux, seuls 10 % ont reçu un traitement adéquat, et la plupart n'ont reçu aucun traitement (Bühler et al., 2013). De même en Norvège, les données montrent qu'un tiers des bénéficiaires de pensions d'invalidité pour maladie mentale n'ont jamais reçu le moindre traitement (Øverland et al., 2007).

Il est fondamental de répondre rapidement aux besoins en matière de santé mentale en sensibilisant davantage à la santé mentale et en améliorant les compétences des services de l'emploi de façon à prévenir le chômage de longue durée et l'inactivité permanente. En Autriche, on a constaté que quiconque prétend à une pension d'invalidité, même s'il ne l'obtient pas, ne parvient pratiquement jamais à revenir sur le marché du travail (Fuchs, 2013).

Formation aux questions de santé mentale et lignes directrices pour les travailleurs sociaux

Les pays ont élaboré toute une gamme de stratégies pour développer les compétences en matière de santé mentale dans leurs services de l'emploi et dans les bureaux locaux d'aide sociale. La Suède en est un bon exemple. Sur l'ensemble du pays, les SPE ont environ 330 psychologues, 200 ergothérapeutes et 30 psychothérapeutes qui apportent une aide spécialisée. Néanmoins, leur volume de travail limite considérablement leur capacité à apporter une aide adéquate. Il faudra réaliser des investissements importants pour en faire une structure d'aide pleinement fonctionnelle.

Les travailleurs sociaux des SPE ont besoin de formations et de lignes directrices pour travailler avec les demandeurs d'emploi souffrant de troubles mentaux et déterminer les situations qui exigent des interventions spécialisées en matière d'emploi ou de santé mentale. À cet égard, l'université de Leipzig a mis au point un dispositif de lutte contre les très nombreux cas de traitements insuffisants. Il conjugue une journée de formation sur la santé mentale pour les travailleurs sociaux des SPE, et un accompagnement psychosocial. Cet accompagnement prend la forme d'un premier entretien de diagnostic, de conseils sur les traitements, de premiers soins de santé mentale et de thérapies de courte durée (Pfeil et al., 2013). Ce dispositif a contribué à améliorer sensiblement aussi bien les taux de traitement que la motivation générale.

Une autre option consiste à travailler avec des prestataires de services de l'emploi spécialisés dans la santé mentale. Le programme de retour à l'emploi du Danish Mental Health Foundation (prestataire privé sans but lucratif) en est un bon exemple. Des travailleurs sociaux formés à la psychologie ne prennent pas en charge plus de 10 à 20 demandeurs d'emploi, ce qui leur permet de rester en contact étroit avec les usagers, dont tous souffrent de maladies mentales courantes (Fiche 5.11) et d'obtenir de meilleurs résultats pour les usagers.

En Suède, le régime national d'assurance sociale, qui gère les prestations de maladie et d'invalidité, répond aux besoins de traitement en achetant des soins auprès du secteur de la santé pour les usagers qui risquent d'être en arrête-maladie pendant une longue période. Le traitement prend essentiellement la forme de 8 à 20 séances de thérapie comportementale, mais ne s'y limite pas. Cette méthode, dite de « garantie de réinsertion », a été efficace pour les usagers qui conservent encore des relations avec leur employeur. Les autres exigent une aide supplémentaire (Fiche 5.12).

Synthèse et recommandations

Dans tous les pays de l'OCDE, les compétences en matière de santé mentale et de psychologie dans le secteur de l'emploi sont encore peu développées, et ne sont pas à la mesure de la forte prévalence des maladies mentales chez les demandeurs d'emploi et les bénéficiaires d'aide sociale. Ce secteur connaîtra de nouvelles tensions à la suite des changements d'orientation intervenus récemment dans de nombreux pays, qui vont augmenter le nombre d'usagers ayant une capacité de travail partiellement réduite dans les services généraux de l'emploi. Il faut améliorer les compétences en matière de santé mentale pour détecter les problèmes et intervenir sans délai dans tous les systèmes. Les efforts dans cette direction doivent venir avant tout des régimes d'assurance-chômage car un meilleur maintien dans l'emploi et une réinsertion à ce stade précoce peuvent empêcher les personnes ayant des problèmes de santé mentale de basculer vers les régimes d'assistance sociale et d'invalidité.

Recommandations pour améliorer les compétences en matière de santé mentale :

- Formation aux questions de santé mentale des conseillers des SPE et des services sociaux et des travailleurs sociaux.
- Accompagnement psychologique disponible et rapidement accessible dans les services de l'emploi et les bureaux locaux d'aide sociale.

Retour à l'emploi des demandeurs d'emploi souffrant de troubles mentaux : Des actions intégrées englobant les aspects emploi et santé

Il est rare que les besoins en matière d'emploi et de santé soient appréhendés ensemble. Même lorsque les demandeurs d'emploi ont des problèmes de santé mentale reconnus, dans la plupart des pays, les services de l'emploi les dispensent généralement de leurs obligations de recherche d'emploi et de disponibilité, s'attendent, sans les y obliger, à ce qu'ils cherchent un traitement, et espèrent qu'ils reviendront en bonne santé pour trouver un emploi. Les exemptions sont accordées sur présentation d'un certificat médical ou, du moins dans un premier temps, laissées à l'appréciation des travailleurs sociaux.

Négliger la santé se traduit souvent par un échec du retour sur le marché du travail

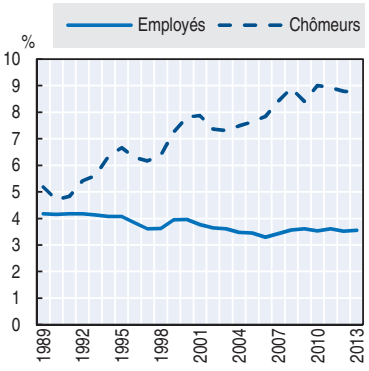
La méthode passive que les services de l'emploi adoptent en cas de mauvaise santé – qu'elle soit psychique ou physique – ressort clairement des comparaisons entre les résultats des malades chômeurs et des malades qui occupent un emploi. En Autriche par exemple, l'incidence des maladies chez les chômeurs représente plus du double que celle de leurs homologues employés, et cette disparité s'est progressivement creusée au cours des vingt dernières années (graphique 5.4, partie A). Les longs épisodes d'absence pour maladie sont plus fréquents chez les demandeurs d'emploi. Les données de la Suède sur les chômeurs qui sortent d'une maladie de longue durée confirment que les personnes qui souffrent de troubles mentaux ont le moins de chances de trouver un emploi (graphique 5.4, partie B).

Les données sur les Pays-Bas sont particulièrement riches d'enseignements car l'ensemble du système de ce pays repose sur les obligations des employeurs qui sont strictement contrôlées. Les personnes qui n'ont pas d'employeur responsable de leur retour rapide à l'emploi – c'est-à-dire les chômeurs et les travailleurs temporaires dont le contrat s'est achevé – reçoivent beaucoup moins d'aide pour retrouver un travail. Les aides publiques peuvent compenser ce phénomène, mais seulement en partie

(graphique 5.4, partie C). Le manque d'aide des employeurs pourrait expliquer en partie le taux de retour à l'emploi beaucoup plus faible chez les chômeurs malades : deux ans après un congé de maladie de longue durée (de neuf mois), seul un chômeur sur quatre environ avait trouvé un emploi en 2012, contre plus de 80 % de ses homologues qui occupaient un emploi avant de tomber malade (graphique 5.4, partie D). De toute évidence, l'aide aux chômeurs malades est loin de répondre à leurs besoins en matière de santé et d'emploi.

Graphique 5.4. **Des durées de maladie plus longues et de moins bons résultats sur le marché du travail pour les chômeurs malades**

A. Taux d'absence de maladie des travailleurs et des chômeurs autrichiens



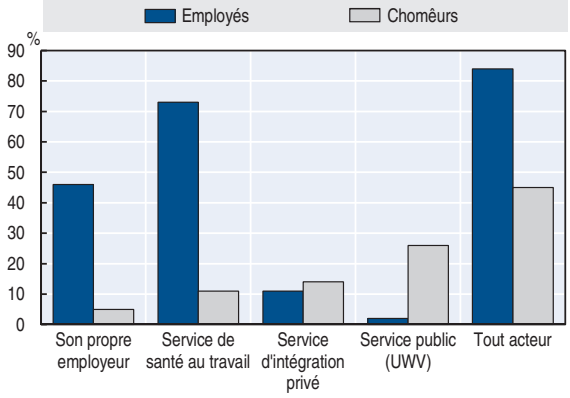
B. Personnes malades et au chômage en Suède retournent moins souvent à l'emploi

Part des personnes terminant un congé de maladie en 2011, par destination (pourcentage)

	Démarrage d'un nouveau congé de maladie		Inscrit avec le service de l'emploi		Pension d'invalidité		Autres (principalement dans l'emploi)	
	Troubles mentaux	Autres maladies	Troubles mentaux	Autres maladies	Troubles mentaux	Autres maladies	Troubles mentaux	Autres maladies
Ayant un emploi	17.8	16.9	3.5	1.8	1.1	0.7	77.6	80.6
Au chômage	19.4	19.9	4.4	2.8	4.8	2.3	71.5	75.0

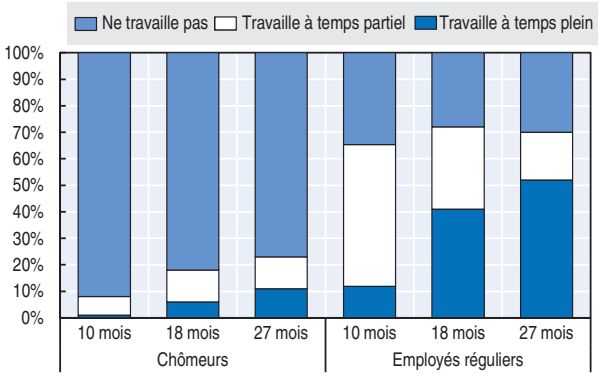
C. Aux Pays-Bas, les chômeurs malades reçoivent moins de soutien à la réintégration que des salariés malades ...

Acteurs de soutien dans le processus de reprise de travail, 2012



D. ...et ils reprennent le travail moins souvent

Reprise du travail après 10, 18 et 27 mois par les chômeurs et les employés en congé de maladie de longue durée (9 mois)



Note : En partie C plusieurs réponses sont possibles ; les barres ne sont pas toujours égales à 100%.

Source : Partie A : WIFO-update basée sur Leoni (2010), « Differences in Sick Leave Between Employed and Unemployed Workers », *WIFO Working Paper 372/2010* ; partie B : Swedish Social Insurance Agency; Van der Burg, C. et al. (2013) ; partie C : Weg naar de WIA: Langdurig zieken 2012 [Vers la WIA : Congés maladie de longue durée 2012], AStri Beleidsonderzoek en -advies, Leiden ; et partie D : de Jong, P. et al. (2010), « Nederland is niet meer ziek: Van WAO-debakel naar WIA mirakel » [Les Pays-Bas ne sont plus malades: De WAO-débâcle à WIA-miracle], APE/AStri Beleidsonderzoek en –advies.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888933265092

Développer des services intégrés de santé et d'emploi dans le secteur de l'emploi

Un SPE peut répondre aux besoins de santé de ses usagers soit en coordonnant ses services avec le système de santé, soit en assurant lui-même des services intégrés. Une méthode consiste à mettre en commun les moyens avec d'autres secteurs pour répondre plus facilement aux besoins multiples des usagers. La Suède a employé cette méthode avec succès par l'intermédiaire des associations locales qui coordonnent les financements du service national de l'emploi, de l'autorité sanitaire régionale, des bureaux municipaux d'aide sociale et du régime national d'assurance sociale (Fiche 5.13). Les services pluridisciplinaires de réinsertion répondent ainsi aux besoins des malades ou des chômeurs de longue durée.

Le nouveau modèle danois de réinsertion décrit plus haut détourne de nombreux demandeurs potentiels des prestations d'invalidité. Il adopte une approche intégrée de la réinsertion qui rassemble les services du marché du travail, les services de santé, les services sociaux et l'éducation. Tous les services de l'emploi municipaux sont tenus de mettre en place un mécanisme de ce type, chaque secteur couvrant ses propres coûts (voir Fiche 5.3).

Dans la plupart des pays de l'OCDE, les communes prennent uniquement en charge les bénéficiaires de l'aide sociale chez qui la prévalence de troubles mentaux et de problèmes multiples est particulièrement élevée. Dans cinq grandes communes néerlandaises, un nouveau projet pilote, Fit-4-Work, est destiné aux bénéficiaires d'aide sociale sortis du marché du travail à cause de leurs nombreux problèmes psychologiques et sociaux. Ce dispositif est cofinancé par le service national de l'emploi et les bureaux locaux d'aide sociale et de santé mentale. Il assure essentiellement des traitements psychologiques et des placements rapides accompagnés d'un encadrement sur le lieu de travail (Fiche 5.14).

En Belgique, la Flandre emploie une méthode analogue suivant laquelle le SPE flamand finance un programme spécial élaboré en coopération avec les secteurs de la santé mentale et de l'action sociale. Il est destiné aux demandeurs d'emploi qui souffrent de problèmes psychologiques ou psychiatriques graves, et fonctionne par l'intermédiaire d'une institution spécialisée qui associe des soins et un soutien à l'emploi. Trois coaches apportent leurs compétences : un coach « emploi » (qui coordonne aussi l'opération), un coach « santé » et un coach « autonomie » du secteur de l'action sociale (Fiche 5.15). Ce dispositif pourrait être étendu de façon à atteindre beaucoup plus des nombreuses personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale courants.

Il est courant dans les pays de l'OCDE que les services intégrés aient pour origine les efforts consentis pour aider les personnes souffrant de maladies mentales graves, ce qui explique aussi pourquoi ils commencent généralement dans le secteur de la santé. Au Royaume-Uni, un nouveau programme a été lancé au milieu de 2014 pour tester l'efficacité des interventions fondées sur les principes de l'aide au placement individualisée des personnes atteintes de troubles mentaux légers à modérés (Van Stolk et al., 2014). Ce programme pilote – *Individual Placement and Support in Improving Access to Psychological Therapies*, ou *IPS in IAPT* – est financé par les secteurs de la santé et de l'emploi et fonctionne dans des versions différentes dans plusieurs régions d'Angleterre, en étant relié en partie avec les services de santé existants et en partie avec les prestataires traditionnels de services de l'emploi. Les premiers résultats seront connus fin 2015 (Fiche 5.16).

Synthèse et recommandations

Des données sur l'ensemble des pays de l'OCDE indiquent que ces pays ont du mal à assurer des services de santé et d'emploi coordonnés et intégrés par manque d'incitations cohérentes, d'obligations et de lignes directrices pour les parties prenantes et les professionnels participants (Arends et al., 2014). Pour intégrer les services, un SPE doit répondre en même temps aux besoins des usagers en matière de santé et d'emploi, que ce soit grâce à ses compétences internes en santé mentale ou par de nouvelles structures qui assurent des services intégrés.

Recommandations pour développer des services intégrés de santé et d'emploi dans le secteur de l'emploi :

- Mettre en commun les moyens avec le secteur de la santé ou acheter des services auprès de ce secteur afin d'assurer des services de réinsertion pluridisciplinaires et intégrés.
- Élaborer des programmes destinés aux demandeurs d'emploi et aux bénéficiaires de l'aide sociale atteints de maladies mentales courantes. Ces programmes devraient associer des conseils psychologiques à des services de placement ou des stages d'initiation à la vie professionnelle.

RÉFÉRENCES

Arends, I., N. Baer, V. Miranda, C. Prinz et S. Singh (2014), « Mental Health and Work: Achieving Well-Integrated Policies and Service Delivery », *Documents de travail de l'OCDE : questions sociales, emploi et migrations*, n° 160, Éditions OCDE, Paris, http://dx/doi/org/ 10.1787/5jxsvvn6pq6g-en.

Bühler, B., R. Kocalevent, R. Berger, A. Mahler, B. Preiß, I. Liwowsky, P. Carl et U. Hegerl (2013), « Versorgungssituation von Langzeitarbeitslosen mit psychischen Störungen », *Der Nervenarzt*, vol. 84, pp. 603-607.

de Jong, P. et al. (2010), « Nederland is niet meer ziek: Van WAO-debakel naar WIA mirakel » [Les Pays-Bas ne sont plus malades: De WAO-débâcle à WIA-miracle], APE/AStri Beleidsonderzoek en –advies.

Fuchs M. (2013), « Die weitere Erwerbsbiographie von Arbeitern und Angestellten deren Antrag auf Invaliditätspension abgelehnt wurde », *Soziale Sicherheit,* vol. 2013, n° 5 pp. 256-265.

Heap, D. (2012), « Integrating and Mainstreaming Sick and Disabled Benefit Claimants in the 'Active' UK Welfare State », Department of Social Policy, University of Edinburgh.

Leoni, T. (2010), « Differences in Sick Leave Between Employed and Unemployed Workers », *0*, n° 372/2010.

Liwowsky, I., D. Kramer, R. Mergl, A. Bramesfeld, A.-K. Allgaier, E. Pöppel et U. Hegerl (2009), « Screening for depression in the older long-term unemployed », *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, vol. 44, pp. 622-627.

Martin, J. (2014), « Activation and Active Labour Market Policies in OECD Countries: Stylized Facts and Evidence on their Effectiveness », *IZA Policy Paper*, n° 84, IZA, Bonn.

OCDE (2015, à paraître), *Mental Health and Work: Austria*, Éditions OCDE, Paris.

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

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

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

OCDE (2013c), *Mental Health and Work: Sweden,* Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264188730-en.

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

OCDE (2010), *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers,* Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264090606-en.

Øverland, S., N. Glozier, S. Krokstad et A. Mykletun (2007), « Undertreatment before the Award of a Disability Pension for Mental Illness », *Psychiatric Services*, vol. 58, n° 11, pp. 1479-1482.

Pfeil, S., K. Holtz, J. Tiefensee, T. Bresner, A. Kästner, A. Kopf et U. Hegerl (2010), « Hilfe für psychisch kranke Langzeitarbeitslose: Das Leipziger Modellprojekt », *Nervenheilkunde*, vol. 32, n° 8, pp. 592-594.

Prinz, C. et D. Tompson (2009), « Sickness and Disability Programmes: What is Driving Policy Convergence? », *International Social Security Review*, vol. 62, n° 4, pp. 41-46.

Van der Burg, C. et al. (2013); Panel C: Weg naar de WIA: Langdurig zieken 2012 [Vers la WIA: Congés maladie de longue durée 2012], AStri Beleidsonderzoek en -advies, Leiden.

Van Stolk, C., J. Hofmann, M. Hafner and B. Janta (2014), « Psychological Wellbeing and Work: Improving Service Provision and Outcomes», RR-407, Department of Work and Pensions/Department of Health/UK Cabinet Office, London.

FICHES 5.1 À 5.16

Fiche 5.1. Suisse : Intervention précoce de l'assurance-invalidité

Fiche 5.2. Danemark : Incitations en direction des communes par le biais de taux de remboursement variables

Fiche 5.3. Danemark : Des services de réadaptation intégrés pour éviter les demandes de prestations d'invalidité

Fiche 5.4. Autriche : Mettre l'accent sur la réadaptation et la remise à niveau pour prévenir l'invalidité

Fiche 5.5. Australie : Un outil de profilage du chômage pour une orientation rapide

Fiche 5.6. Belgique : Évaluation des problèmes de santé mentale au moment de l'inscription

Fiche 5.7. Pays-Bas : Une aide informatisée pour les bénéficiaires d'indemnités de chômage

Fiche 5.8. Suède : Des coaches pour l'emploi pour les personnes trouvant ou perdant un emploi

Fiche 5.9. Autriche : Une « route de la santé » pour améliorer l'interface chômage-invalidité

Fiche 5.10. Suisse : Collaboration interinstitutionnelle pour améliorer les résultats professionnels

Fiche 5.11. Danemark : Retour à l'emploi avec l'aide de travailleurs sociaux ayant suivi une formation en psychologie

Fiche 5.12. Suède : Assurer une prise en charge psychologique des personnes en arrêt-maladie

Fiche 5.13. Suède : Delta – Coordination financière pour fournir des services intégrés

Fiche 5.14. Pays-Bas : Services intégrés Fit-4-Work pour les usagers municipaux

Fiche 5.15. Belgique : Équipe d'activation pour les demandeurs d'emploi présentant des problèmes de santé mentale

Fiche 5.16. Royaume-Uni : Placement et aide individualisés pour les maladies mentales courantes

Fiche 5.1
Suisse : Intervention précoce de l'assurance-invalidité

Contexte

Différents pays de l'OCDE ont mis en place des réformes structurelles pour faire face à la hausse considérable du nombre des bénéficiaires des pensions d'invalidité au cours des dernières décennies. Les pays abandonnent progressivement la simple indemnisation de l'incapacité de travail pour s'efforcer plutôt à inciter les demandeurs à reprendre le travail.

Programme

La hausse du nombre de demandeurs des pensions d'invalidité depuis les années 1990 a conduit à plusieurs révisions de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité. La cinquième révision, qui date de 2008, a cessé de se concentrer sur les pensions d'invalidité pour mettre l'accent sur la capacité à travailler. La réforme a renforcé l'importance de la réadaptation professionnelle, privilégié le maintien dans l'emploi et concrétisé l'adoption d'un modèle différent en matière d'assurance-invalidité, fondé sur l'identification précoce et l'activation des demandeurs potentiels. Les principales mesures mises en œuvre par la réforme et ciblant principalement les demandeurs atteints de troubles mentaux sont les suivantes :

- Identification précoce par le signalement précoce des problèmes à l'assurance-invalidité par l'employeur, le salarié, le médecin traitant ou toute autre partie prenante.
- 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) conseils en matière d'orientation professionnelle ; v) réadaptation socio-professionnelle ; vi) mesures d'activation. Ces mesures nécessitent une évaluation et un plan de réadaptation contraignant.
- Octroi d'importantes subventions salariales aux employeurs qui embauchent des personnes ayant sollicité une pension 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.

Résultats

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 %. 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. Parmi ceux qui exerçaient une activité au début du processus, 55 % avaient un emploi 18 mois plus tard, contre 30 % chez les autres. 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).

Pour en savoir plus

Bolliger, C. et al. (2012), « Eingliederung vor Rente. Evaluation der Früherfassung und der Integrationsmassnahmen in der Invalidenversicherung » [Réhabilitation avant la rente. Évaluation de la détection précoce et des mesures d'intégration dans l'assurance invalidité], *FoP-IV Forschungsbericht*, Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV), Berne.

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

Fiche 5.2
Danemark : Incitations en direction des communes par le biais de taux de remboursement variables

Contexte

Sans les bonnes incitations, les services de prestations et d'emploi peuvent être réticents à aider activement les demandeurs à reprendre le travail. Les incitations financières, associées à un processus systématique de suivi et d'évaluation comparative, peuvent être des mécanismes efficaces de renforcement des politiques d'activation des organismes en charge des prestations et de l'emploi.

Programme

Le système de prestations danois applique différents taux de remboursement qui varient selon le budget national et les budgets municipaux (qui financent les services de prestations et d'emploi) et le type de prestations ou d'intervention dont les demandeurs bénéficient. L'idée principale de ce dispositif de stimulation est d'inciter les communes à proposer des mesures pour aider les personnes à retourner sur le marché du travail et éviter le versement de prestations sur une longue période. Par conséquent, l'État rembourse 65 % des coûts de réadaptation et des subventions salariales, mais seulement 35 % des coûts des prestations d'invalidité, 30 % des coûts de l'aide sociale et du chômage supérieurs à huit semaines, et aucune prestation de maladie au-delà d'un an. Les taux de remboursement sont également nuls lorsque les pièces fournies sont insuffisantes ou que des mesures actives sont retardées sans raison.

Dans le même temps, le gouvernement est passé à un suivi et une évaluation comparative plus solides et systématiques de la situation des demandeurs en termes d'emploi et de prestations, donnant ainsi aux services municipaux pour l'emploi les moins performants l'occasion de s'inspirer des bonnes pratiques. Le travail des services de l'emploi est mesuré de manière plus stricte par rapport à un outil complet d'analyse comparative qui surveille l'utilisation des programmes par différents usagers *(Jobindsats)*, et à un autre outil qui mesure le rapport coût-efficacité de ces programmes *(Effektivindsats)*. Les données de *Jobindsats* sont accessibles en ligne à tous et permettent des comparaisons par service communal ou par région d'emploi.

Résultats

Peu d'informations sont disponibles sur l'impact que les taux de remboursement différentiels et les pratiques municipales ont sur les différents groupes d'usagers, y compris ceux atteints de troubles mentaux. Si le dispositif de stimulation présente un potentiel important, il permet en revanche un comportement « tactique » – à savoir la prestation d'un nombre trop restreint de services aux usagers présentant des troubles mentaux et des problèmes sociaux complexes. Il existe également un risque élevé que les réactions des communes au système de remboursement différentiel soient régies par des considérations à court terme plutôt qu'à long terme.

En général, l'évaluation comparative et la « dénonciation publique » sont jugées plus adaptées et administrativement plus efficaces que les sanctions. Aucune information n'étant collectée sur les problèmes de santé mentale des usagers des services de l'emploi (ou sur les problèmes de santé plus généralement), aucun mécanisme de suivi ne cible les troubles mentaux. D'autres objectifs municipaux concernant les demandeurs d'emploi atteints de troubles mentaux seraient toutefois envisageables – et pourraient conduire à une approche plus systématique et transparente de ce groupe. Des outils suffisamment précis de détection précoce des problèmes de santé mentale sont disponibles.

Pour en savoir plus

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

Fiche 5.3
Danemark : Des services de réadaptation intégrés pour éviter les demandes de prestations d'invalidité

Contexte

Lorsque les individus commencent à demander une pension d'invalidité, ils risquent l'inactivité permanente. Cette tendance est particulièrement problématique chez les jeunes possédant peu d'expérience professionnelle, car elle les éloigne du marché du travail. Une réadaptation professionnelle précoce, intégrant une aide en matière de santé et d'emploi, peut contribuer à la réinsertion professionnelle des personnes présentant des problèmes de santé.

Programme

En réponse au nombre important et croissant de jeunes adultes de moins de 25 ans demandant une pension d'invalidité (dans la plupart des cas, en raison de troubles mentaux), le gouvernement danois a mis en œuvre une réforme majeure du régime d'invalidité. L'intention est d'abolir largement les prestations d'invalidité pour les moins de 40 ans (sauf s'ils sont totalement incapables de travailler), et de les remplacer par un nouveau modèle de réadaptation, dont les principales caractéristiques sont les suivantes :

- Le secteur de la santé, les institutions du marché du travail, les services sociaux et le secteur de l'éducation sont impliqués, sous la responsabilité du service municipal pour l'emploi.
- Une équipe de réadaptation interdisciplinaire est établie dans chaque commune pour garantir le fonctionnement de l'approche intégrée dans la pratique.
- L'équipe de réadaptation discute des besoins, émet des recommandations, et coordonne les actions, bien que les décisions soient prises conjointement par chaque institution pour atteindre un objectif convenu.
- La procédure peut durer jusqu'à cinq ans selon les besoins de l'usager.
- Elle implique un coordinateur, dont le rôle est de coordonner l'action et de guider les usagers à travers le système.
- Pendant la réadaptation, les personnes continuent de recevoir les prestations dont ils bénéficient déjà, quelles qu'elles soient, ou si elles n'ont droit à aucune prestation, touchent un revenu minimal relevant de l'aide sociale.

Ce nouveau modèle vise à garantir un traitement lorsque c'est nécessaire, le travail étant considéré comme une partie de la solution. Il ne se concentre ni sur l'évaluation du degré de la maladie (point de vue du secteur de la santé) ni sur la capacité à travailler (point de vue du service de l'emploi), mais sur l'intégration de ces approches.

Résultats

Le succès de la réforme dépendra de la manière dont elle est mise en œuvre. La nouvelle approche est prometteuse, bien qu'il soit encore trop tôt pour dire si elle fonctionnera dans la pratique et quels seront ses effets à plus long terme. Les premières données de 2013 suggèrent qu'il existe une chance que la réforme puisse atteindre au moins certains de ses objectifs – elle a déjà réduit de plus de moitié le nombre de nouvelles pensions d'invalidité accordées. Les personnes qui n'ont plus droit à une pension d'invalidité (notamment les jeunes et les personnes atteintes de troubles mentaux) sont désormais engagées dans le nouveau processus de réadaptation. Il est trop tôt pour dire si leur réinsertion professionnelle sera durable.

Pour en savoir plus

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

The Danish Government (2013), *The National Reform Programme Denmark 2013*, Copenhague.

The Danish Government (2012), *The National Reform Programme Denmark 2012*, Copenhague.

Fiche 5.4
Autriche : Mettre l'accent sur la réadaptation et la remise à niveau pour prévenir l'invalidité

Contexte

Réserver les prestations d'invalidité aux personnes en incapacité permanente de travailler peut être une solution pour lutter contre les importantes hausses du nombre de bénéficiaires d'une pension d'invalidité. Les maladies psychiques ne sont généralement pas permanentes, bien qu'elles soient souvent chroniques et récurrentes. Les données montrent que les prestations d'invalidité temporaires ont peu d'impacts positifs sur les personnes présentant des troubles mentaux. Une solution pourrait consister à mettre davantage l'accent sur la remise à niveau et la réadaptation au lieu d'accorder des prestations d'invalidité.

Programme

Fin 2012, le gouvernement autrichien a mis en œuvre une réforme globale pour réduire le nombre de demandes de pension d'invalidité en améliorant l'insertion professionnelle des personnes atteintes de problèmes de santé ou d'incapacités chroniques, mais capables de travailler. Seules les personnes présentant une incapacité permanente à travailler ont désormais accès à la pension d'invalidité. Pour celles qui n'y ont plus droit, deux nouvelles prestations ont été mises en place – la prestation de réadaptation et la prestation de remise à niveau.

Les personnes qui sont temporairement trop malades pour travailler et ont besoin d'un traitement auront désormais droit à une prestation de réadaptation. Elles devaient auparavant demander une prestation d'invalidité temporaire qui était en réalité une « voie de garage » et est désormais abolie. L'assurance-santé verse la prestation de réadaptation. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une prestation temporaire, l'état de santé des bénéficiaires sera réévalué régulièrement (au moins une fois par an). Son montant est identique à celui des indemnités de maladie – normalement 60 % du dernier salaire.

Les personnes qui sont suffisamment en forme pour travailler mais sont incapables d'exercer leur profession auront désormais droit à une prestation de remise à niveau (une prestation de chômage spécifique majorée de 22 %) et recevront une formation dans une profession comparable.

En outre, les personnes touchant soit une prestation de réadaptation soit une prestation de remise à niveau ont légalement droit à une réadaptation médicale si elle est nécessaire à leur réintégration au travail.

Résultats

Les nouvelles règles, applicables depuis janvier 2014, seront mises en œuvre progressivement et s'appliqueront à toute personne âgée de moins de 50 ans au moment de leur entrée en vigueur. Selon les prévisions, quelque 15 000 personnes percevront une prestation de remise à niveau et environ 23 000, une prestation de réadaptation entre 2014 et 2018. On estime que la réduction des dépenses consacrées aux prestations d'invalidité engendrera des économies de l'ordre de 700 millions EUR d'ici à 2018. Toutefois, les données relatives aux premiers mois de la première année suggèrent que les chiffres pourraient être en réalité très inférieurs.

Au cours des 15 prochaines années, les changements seront progressivement étendus à l'ensemble de la population d'âge actif. Un inconvénient, toutefois, est que la réforme s'appliquera uniquement aux ouvriers et salariés ; les fonctionnaires, les agriculteurs et les travailleurs indépendants (qui possèdent tous leur propre système de prestations de retraite et d'invalidité) ne sont pas concernés. Il s'agit d'une lacune importante, notamment parce qu'en comparaison, les agriculteurs et les fonctionnaires accèdent plus facilement aux prestations d'invalidité.

Pour en savoir plus

OCDE (2015, à paraître), *Mental Health and Work: Austria*, Éditions OCDE, Paris.

Fiche 5.5
Australie : Un outil de profilage du chômage pour une orientation rapide

Contexte

Les troubles mentaux constituent souvent un obstacle considérable à la réinsertion professionnelle des chômeurs. Lorsque le service public de l'emploi détecte une maladie mentale de manière précoce, il peut contribuer à améliorer les mesures d'activation destinées aux demandeurs d'emploi et prévenir le chômage de longue durée et la dépendance aux prestations d'invalidité. À l'heure actuelle, toutefois, la plupart des systèmes d'aide à l'emploi de l'OCDE n'évaluent pas l'état de santé psychique des demandeurs d'emploi au moment de leur inscription.

Programme

En Australie, l'outil de classification des demandeurs d'emploi (*Job Seeker Classification Instrument* - JSCI) est le principal outil de profilage utilisé pour évaluer les difficultés des usagers sur le marché du travail et les orienter rapidement vers un service de l'emploi, ou pour procéder à une évaluation plus approfondie. Les entretiens menés dans le cadre du JSCI sont réalisés en face à face ou par téléphone après l'inscription du chômeur pour toucher une aide au revenu. Ils visent à déterminer les difficultés rencontrées par une personne sur le marché du travail et à la mettre en contact rapidement avec un service de l'emploi compétent. Plus important encore pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, diagnostiqués ou non, le JSCI est la première possibilité offerte par le système d'identifier et d'évaluer l'impact de leur état de santé sur la participation passée et future au marché du travail.

Résultats

Bien que l'outil de profilage puisse déterminer plus précisément les difficultés d'un usager sur le marché du travail, le dépistage des troubles mentaux ne va pas de soi en réalité. L'outil ne semble pas fonctionner correctement pour les troubles légers à modérés, le questionnaire du JSCI relatif à la santé mentale étant facultatif. Si leur maladie n'est pas diagnostiquée ou qu'ils n'en parlent pas lors de leur entretien JSCI, il est peu probable que les usagers soient orientés rapidement vers un professionnel de santé partenaire pour subir une évaluation plus approfondie. Par conséquent, l'obstacle sous-jacent à la réinsertion de la personne sur le marché du travail peut rester longtemps non identifié. Et même si les demandeurs d'emploi évoquent leurs problèmes de santé mentale, cela aura probablement un impact relativement mineur sur le score JSCI mesurant leur niveau de difficulté. Par conséquent, il existe une importante marge d'amélioration de cet outil de profilage, doté d'un potentiel considérable.

Pour en savoir plus

OCDE (2015, à paraître), *Mental Health and Work: Australia*, Éditions OCDE, Paris.

Fiche 5.6
Belgique : Évaluation des problèmes de santé mentale au moment de l'inscription

Contexte

Il est important que le service public de l'emploi identifie précocement les troubles mentaux pour prévenir la dépendance aux prestations de chômage et d'invalidité de longue durée. L'évaluation systématique des obstacles à la réintégration des demandeurs d'emploi peut améliorer le devenir professionnel des personnes atteintes de troubles mentaux.

Programme

Depuis 2010, les demandeurs d'emploi font systématiquement l'objet d'une évaluation par le service public de l'emploi flamand (VDAB), visant à identifier les problèmes susceptibles d'entraver leur retour à l'emploi. Avant 2010, ces évaluations étaient effectuées au cours des six premiers mois de l'épisode de chômage pour les demandeurs d'emploi âgés de moins de 50 ans, mais pas nécessairement au moment de leur inscription. Le groupe cible inclut les personnes psychologiquement instables et celles incapables de faire face au stress. Au moment de l'inscription, les agents du service de l'emploi utilisent un formulaire d'évaluation pour dresser le bilan des capacités et incapacités des demandeurs d'emploi. Ils prennent en considération non seulement les compétences et qualifications spécifiques à l'emploi, le comportement en matière de recherche d'emploi, les aptitudes sociales et de communication, le handicap et d'autres aspects annexes (tels que la mobilité, la nécessité de faire garder les enfants, le risque de piège d'inactivité), mais aussi les problèmes de santé. Une fois que l'agent a complété le formulaire d'évaluation complété et proposé un programme de suivi, la candidature doit être approuvée par un psychologue du VDAB.

L'évaluation vise à détecter rapidement des problèmes multiples afin de prévenir le chômage de longue durée et proposer au demandeur d'emploi un programme d'activation sur mesure. Le demandeur peut être convoqué pour un entretien à tout moment de l'épisode de chômage si un problème est détecté. Lorsque l'agent du VDAB soupçonne l'existence d'un problème de santé mentale plus grave, il ou elle adresse son client à un psychologue du VDAB ou à un service externe d'étude de l'emploi spécialisé dans les examens pluridisciplinaires approfondis (*Gespecialiseerde Arbeidsonderzoeksdienst* – GA) afin qu'il établisse un diagnostic.

Résultats

Au cours du premier semestre 2014, 7 676 demandeurs d'emploi ont été inscrits à une évaluation par le VDAB. Un examen pluridisciplinaire approfondi a été recommandé pour 8 % d'entre eux. Après avoir suivi un programme d'activation, 35 % étaient prêts à travailler sur le marché du travail régulier. Les autres ont eu besoin d'une assistance et de soins complémentaires.

Les superviseurs des programmes d'activation sont satisfaits de la qualité des rapports d'examen que leur transmettent les agents du service de l'emploi. Ces rapports contiennent suffisamment d'informations sur les capacités et incapacités du demandeur d'emploi. Le formulaire d'évaluation est plus facilement accessible que son prédécesseur et laisse beaucoup de place au partage d'informations (qualitatives) par le biais de zones de texte vides remplies par les demandeurs d'emploi. Toutefois, les superviseurs sont convaincus que le processus d'examen pourrait être amélioré en ajoutant des faits objectifs concernant les demandeurs d'emploi (par exemple, stages, références des employeurs précédents), en complément de l'autoévaluation.

Pour en savoir plus

OCDE (2013), *Santé mentale et emploi : Belgique, Éditions OCDE*, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264187597-fr.

Fiche 5.7
Pays-Bas : Une aide informatisée pour les bénéficiaires d'indemnités de chômage

Contexte

Les services publics de l'emploi ne disposent pas toujours des ressources nécessaires pour apporter une aide personnalisée à leurs usagers. Des services d'aide informatisés – comme les programmes électroniques de santé mentale fondés sur des données probantes, comme la thérapie cognitivo-comportementale – pourraient être utiles.

Programme

Depuis 2013, l'organisme néerlandais d'assurance des salariés (UWV) s'appuie sur un système électronique pour aider ses usagers. Pendant les premiers mois de chômage, tous les contacts avec l'UWV passent par Internet : administration des prestations, recherche d'emploi et candidatures, et ateliers et formations en ligne. Au bout de trois mois, l'UWV procède à une évaluation pour déterminer si le bénéficiaire des indemnités de chômage peut bénéficier d'une aide intensive.

À l'avenir, le droit à bénéficier de l'aide intensive sera évalué par le biais d'un questionnaire numérique, intitulé « Work Explorer », qui détermine les chances d'un demandeur d'emploi de reprendre le travail dans l'année. Le résultat du questionnaire détermine si le demandeur d'emploi a droit à l'aide intensive, ainsi que le type d'aide nécessaire pour accroître ses chances de trouver un emploi. Le questionnaire se présente sous la forme d'une liste de 20 questions relatives à des facteurs tangibles (par exemple, âge, ancienneté et connaissance du néerlandais) et des facteurs intangibles, comme le point de vue des demandeurs d'emploi sur leurs chances de retrouver un travail, la perception de leur santé, le comportement de recherche active d'un emploi, et les capacités de travail physiques et psychologiques. Les questions de Work Explorer sont tirées d'un examen intensif des études publiées et d'une analyse économétrique conçue pour sélectionner celles ayant le meilleur pouvoir prédictif.

Résultats

L'UWV améliore encore son système d'aide électronique sur la base de l'expérience nationale et internationale en matière de services électroniques dans le secteur de la santé, associée à des stratégies tirées des sciences comportementales pour influencer le comportement et la motivation des demandeurs d'emploi. Il serait particulièrement utile pour les demandeurs d'emploi atteints de problèmes de santé mentale que l'UWV envisage d'intégrer la thérapie comportementale cognitive administrée en ligne de la dépression et de l'anxiété à sa prestation d'aide.

Pour en savoir plus

Andrews, G. et al. (2010), « Computer Therapy for Anxiety and Depressive Disorders is Effective, Acceptable and Practical Care: A Meta-analysis », *PlOS One*, vol. 5, n° 10, e13196.

Bijlert, J., K. Bongers et H. Goossensen (2012), Gedragsbeïnvloeding in een online omgeving. Een verkennende literatuurstudie naar de mogelijkheden van online gedragsbeïnvloeding toegepast op UWV, Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid, Utrecht.

OCDE (2014), *Mental Health and Work: Netherlands*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264223301-en.

Fiche 5.8
Suède : Des coaches pour l'emploi pour les personnes trouvant ou perdant un emploi

Contexte

Bien que les employeurs soient susceptibles d'améliorer considérablement les niveaux d'emploi des personnes atteintes de troubles mentaux, ils ont souvent une connaissance insuffisante des problèmes de santé mentale. Ils ont besoin de meilleurs outils pour identifier les situations critiques. La coopération entre les services publics de l'emploi (SPE) et les employeurs pourrait aider à maintenir les travailleurs malades dans l'emploi.

Programme

En 2012, les SPE suédois ont lancé un projet pilote en collaboration avec l'Autorité chargée du cadre de travail. Connu sous le nom de *Job Coach Programme*, le projet pilote a été conçu pour renforcer la coopération avec les employeurs en recrutant des coaches pour l'emploi possédant des compétences spécifiques liées au lieu de travail pour : i) aider les employeurs à comprendre les problèmes psychosociaux sur le lieu de travail ; ii) faciliter le retour au travail des demandeurs d'emploi qui n'ont pas travaillé pendant longtemps ; et iii) aider au maintien en poste de chômeurs qui reprennent le travail.

Les principaux groupes cibles du programme sont les chômeurs de longue durée, et les personnes ayant connu plusieurs périodes de chômage et participé au programme des SPE. Bien que les bénéficiaires des indemnités de maladie atteints de troubles mentaux ne soient pas explicitement visés, nombre d'entre eux correspondent aux groupes cibles.

Le coach pour l'emploi peut être un psychologue, un travailleur social ou un spécialiste possédant une expérience d'au moins un an dans tout ce qui touche à la dimension psychosociale de l'emploi. Le programme dure trois mois, durant lesquels l'employeur, le demandeur d'emploi et les SPE se réunissent au moins quatre fois. Lors de la première réunion, le coach pour l'emploi rencontre uniquement le demandeur d'emploi afin de comprendre ses besoins et les obstacles à son retour au travail. L'employeur participe à la seconde réunion et cherche à établir un plan initial pour garantir l'entrée dans l'entreprise. Les deux dernières réunions servent à évaluer le plan et les actions des employeurs et à établir des recommandations à des fins d'amélioration.

Résultats

Il n'existe pour l'instant aucune donnée relative à l'efficacité du programme. Des données relatives à d'autres programmes du marché du travail ciblant des groupes d'usagers plus difficiles à placer montrent qu'une coopération du type de celle prévue par le *Job Coach Programme* peut faciliter le maintien dans l'emploi et un retour précoce au travail.

Pour en savoir plus

OCDE (2013), *Mental Health and Work: Sweden*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264188730-en.

Fiche 5.9
Autriche : Une « route de la santé » pour améliorer l'interface chômage-invalidité

Contexte

Les chômeurs atteints de problèmes de santé mentale sont souvent ballottés entre plusieurs organismes. Ils perdent progressivement leur employabilité et leur motivation, et risquent de plus en plus de tomber dans le chômage de longue durée. Si les systèmes de prestations de chômage et d'invalidité partageaient des informations, ils pourraient éviter des retards importants dans la prestation des aides.

Programme

La *Gesundheitsstraße*, ou « route de la santé », est un projet lancé pour la première fois en 2009 sous la forme de projets pilotes dans certaines régions autrichiennes, avant d'être récemment déployé à l'échelle nationale. La route de la santé vise à remplacer les évaluations multiples par la mise en place d'une autorité centrale d'évaluation qui peut prendre des décisions contraignantes à la fois pour l'organisme en charge des prestations d'invalidité (PVA) et le service public de l'emploi (SPE). Si un travailleur social du SPE a des doutes quant à la capacité d'un usager à exercer un emploi, ce dernier peut être orienté vers le PVA pour une évaluation précoce afin de déterminer s'il est apte à travailler ou s'il peut au moins bénéficier d'une réadaptation. Le PVA doit également clarifier si l'usager doit continuer à dépendre du SPE ou si son dossier doit être transmis au PVA. De cette façon, le SPE prend connaissance de l'avis du PVA à un stade plus précoce. Si l'usager refuse l'évaluation du PVA, ses indemnités de chômage sont suspendues.

Administrativement, la nouvelle autorité d'évaluation dépend du PVA mais le coût des évaluations précoces est pris en charge par le SPE (parce qu'à ce stade, l'usager est rattaché au SPE). S'il est jugé « apte au travail », l'usager touchera des indemnités de la part du SPE. Sinon, une demande de pension d'invalidité est recommandée – mais les droits seront évalués de manière plus approfondie. Bien que l'évaluation doive inclure une décision quant à la capacité de la personne à travailler, elle doit également donner des détails sur les exigences raisonnables du poste, et le cas échéant, recommander une réadaptation médicale et/ou professionnelle.

Résultats

Les avantages de la nouvelle approche sont les suivants : accélération du processus d'évaluation de la capacité à travailler (le rapport médical doit être préparé dans un délai de trois semaines et est valable six mois) ; fin des évaluations contradictoires ; meilleure certitude juridique puisque les décisions sont contraignantes pour les deux organismes ; plus de transparence pour l'usager et les organismes ; économies considérables ; réadaptation précoce et meilleures chances de réintégration.

Pendant la période d'évaluation, qui s'est terminée fin 2011, plus de 5 000 usagers ont été évalués (85 % en l'espace d'un mois) ; 22% d'entre eux ont été jugés temporairement incapables de travailler. Environ 40 % de l'ensemble des usagers souffraient de problèmes de santé mentale et leurs chances d'être jugés temporairement inaptes au travail étaient plus élevées – 35 %. Toutefois, un an après les évaluations, très peu d'usagers travaillaient, même parmi ceux jugés aptes, ce qui souligne l'importance des mesures de réadaptation pour les usagers souffrant de troubles mentaux. Les entretiens qualitatifs ont également montré que les usagers suivant la route de la santé étaient généralement convaincus qu'ils étaient capables de travailler et se montraient plus intéressés par l'aide proposée que ceux qui demandaient directement une pension d'invalidité.

Pour en savoir plus

Hausegger, T., C. Reidl et C. Scharinger (2012), « Begleitende Evaluierung der Gesundheitsstraße » [Rapport au ministère fédéral du Travail, des Affaires sociales et de la Protection des Consommateurs], Endbericht, Prospect Research & Solution, Vienne.

OCDE (2015, à paraître), *Mental Health and Work: Austria*, Éditions OCDE, Paris.

Fiche 5.10
Suisse : Collaboration interinstitutionnelle pour améliorer les résultats professionnels

Contexte

Les individus confrontés à des obstacles complexes, impliquant souvent des problèmes de santé mentale, sont souvent ballotés d'un système de protection sociale à l'autre. Outre des résultats médiocres sur le front de l'emploi, ils se heurtent à la fois à des services manquants et à des doublons. Cette situation n'est ni efficiente ni efficace, et exige un renforcement de la collaboration interinstitutionnelle.

Programme

La collaboration interinstitutionnelle (CII) a été lancée en Suisse au début des années 2000. Ses objectifs sont entre autres de diriger plus rapidement les bénéficiaires ayant des besoins complexes vers la bonne structure ; d'accroître la collaboration entre les services 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.

Un inventaire récent des initiatives existantes en la matière a identifié quatre catégories majeures de CII : i) collaboration multilatérale centrée sur l'insertion des jeunes et des jeunes adultes ; ii) collaboration bilatérale entre deux institutions, le plus souvent l'assurance-chômage et les services sociaux locaux ; iii) collaboration multilatérale à l'intention des personnes confrontées à des problèmes complexes, nécessitant généralement un suivi individualisé ; et iv) formes structurelles de collaboration, comprenant par exemple des plans d'insertion et une formation fournis conjointement par deux institutions ou plus.

La CII-MAMAC, un projet particulier lancé en 2006, avait pour objectif d'accroître l'efficacité de la CII par le biais : i) d'un bilan commun des capacités de travail 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. Les usagers de la CII-MAMAC doivent remplir deux critères : i) faire face à des problèmes de santé et des difficultés sociales, mais être dans le système depuis moins de six mois et présenter un potentiel de réinsertion, et ii) être usager d'au moins trois institutions (généralement l'assurance-invalidité cantonale, l'assurance-chômage cantonale et l'aide sociale municipale).

Résultats

Les effets de la CII sont difficiles à évaluer, parce qu'il s'agit d'une initiative fortement décentralisée, dans laquelle les différentes formes de collaboration interviennent, pour la plupart, au niveau régional et, souvent, au niveau local, et d'un processus en constante expansion. La seule évaluation disponible concerne la CII-MAMAC. Ce projet a été bien accueilli par les usagers et adopté par la plupart des cantons, mais il n'a pas amélioré la situation sur le marché du travail ni réduit les coûts. L'insuffisance des incitations financières à y participer et le caractère facultatif de la CII expliquent, dans une large mesure, la lenteur du processus de mise en œuvre. Il semble que malgré tous les efforts pour intensifier la collaboration, il faille en moyenne six mois pour qu'un bénéficiaire soit renvoyé à l'équipe CII. Les bénéficiaires restent entre 12 et 18 mois dans le dispositif, période au cours de laquelle leur employabilité augmente ; 30 à 50 % des bénéficiaires finissent par trouver un emploi, lequel peut cependant ne pas être stable. La CII concerne encore trop peu de personnes et arrive trop tard dans bien des cas, ce qui réduit sensiblement son impact. En attendant, 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.

Pour en savoir plus

Bieri, O., E. Nadai et E. Flamand-Lew (2014), « IIZ – ein Label, unterschiedliche Formen der Zusammenarbeit », *Soziale Sicherheit CHSS*, n° 2, pp. 111-115.

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

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

SECO (2004), « Handbuch zur Interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ) » [Manuel pour la coopération inter-institutionnelle (IIZ)], SECO, Berne.

Fiche 5.11
Danemark : Retour à l'emploi avec l'aide de travailleurs sociaux ayant suivi une formation en psychologie

Contexte

Les services pour l'emploi gèrent de nombreux usagers atteints de troubles mentaux légers à modérés qui ont besoin d'aide pour faire face à leurs problèmes de santé mentale et professionnels. Puisque les services de l'emploi sont rarement en mesure de leur proposer beaucoup d'entretiens en face à face, des prestataires spécialisés ont pris le relais.

Programme

Le programme de retour à l'emploi de la Fondation danoise pour la santé mentale (un organisme à but non lucratif) cible les individus atteints de problèmes de santé mentale légers à modérés possédant beaucoup une grande expérience professionnelle, mais qui sont en arrêt-maladie depuis au moins six mois. Parce que le programme juge la motivation essentielle, les participants doivent accepter les interventions et être prêts à se faire aider. L'engagement des usagers est évalué lors d'une réunion préparatoire avec le service municipal de l'emploi, qui leur indique à qui s'adresser. Tout usager jugé inapte au travail sera refusé.

Les interventions sont structurées et informent les usagers sur leur maladie mentale tout en traitant les problèmes rencontrés au travail et en fournissant un traitement à court terme sous la forme d'une thérapie cognitivo-comportementale. Après une première clarification, l'intervention dure généralement 19 semaines : 6 semaines de cours (en groupe) pour aider à comprendre la maladie et enseigner des mécanismes d'adaptation, suivies de 13 semaines d'emploi à l'essai ou d'apprentissage, pendant quelques heures par semaine.

Les interventions prennent essentiellement la forme de services sociaux spécialisés portant sur des effectifs particulièrement faibles (entre 10 et 20 participants), et sont menées par des personnes spécialisées dans le suivi d'individus souffrant de troubles mentaux légers à modérés. La plupart des conseillers sont des psychologues qui s'adressent à leurs clients en tant que « coaches de vie », et non en qualité que thérapeutes. Lors des entretiens hebdomadaires en face à face avec le client, le conseiller met l'accent sur la formation et l'emploi, et non sur la personnalité. La réunion porte principalement sur le retour au travail (souvent dans une nouvelle entreprise), les conseils psychologiques et l'accès à un traitement.

Résultats

Le champ d'action de la fondation est limité à la région du Grand Copenhague (soit une population d'environ 1.5 million de personnes), et seulement en tant que centre de connaissance et de recherche sur la formation et le coaching pour les fonctionnaires des services municipaux de l'emploi qui mettent en œuvre le programme.

Aucune évaluation du programme n'est disponible. Il semble que la plupart des participants finissent par trouver un emploi, mais il n'y a aucun suivi à long terme. Les résultats immédiats après 19 semaines d'intervention sont les suivants : 34 % des bénéficiaires sont prêts à reprendre des études ou un emploi ; 42 % débutent un traitement avec un psychologue ou un psychiatre; et 24 % arrêtent la formation et touchent les prestations.

Pour en savoir plus

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

Les danophones peuvent consulter l'adresse suivante : www.psykiatrifonden.dk/ (consulté le 11 août 2015).

Fiche 5.12
Suède : Assurer une prise en charge psychologique des personnes en arrêt-maladie

Contexte

Il est important d'intervenir rapidement lorsque les salariés s'absentent de leur travail pour cause de troubles mentaux. Le secteur de la santé comme le secteur de l'emploi jouent un rôle majeur dans la prévention des arrêts-maladie de longue durée, même s'ils mettent souvent leurs mesures en œuvre de manière isolée. Une collaboration pourrait permettre aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale de bénéficier des multiples aides dont elles ont besoin.

Programme

En 2008, le ministère suédois de la Santé et des Affaires sociales a mis en place sa « garantie de réinsertion » pour les personnes en arrêt-maladie ou qui risquent d'être absentes pendant une longue durée en raison de problèmes psychologiques chroniques comme l'anxiété, la dépression ou le stress. Par le biais de ce dispositif, les conseils de comté peuvent recevoir des versements directs de la part de l'organisme d'assurance sociale (qui accorde et verse les prestations de maladie et d'invalidité) pour chaque intervention médicale. La garantie de réinsertion offre des mesures de réadaptation sous la forme de thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et de psychothérapie interpersonnelle pendant des périodes relativement courtes (généralement entre 8 et 20 séances). Les personnes menant les TCC doivent être qualifiées, et l'évaluation et le traitement peuvent se dérouler soit individuellement, soit en groupe.

Résultats

Les études d'évaluation montrent des résultats mitigés. D'une part, la garantie de réinsertion réduit le risque d'absence chez les employés toujours en poste par rapport à ceux qui n'en bénéficient pas. D'autre part, aucun effet positif sur les arrêts-maladie n'a été constaté chez les personnes soumises à des interventions en vertu du dispositif pendant leur arrêt en l'absence de contrat de travail valide. En revanche, une amélioration de la santé autodéclarée a été constatée. Ce programme est récent, mais des enseignements importants peuvent déjà en être tirés. Par exemple, un défi majeur auquel doit faire face le dispositif de garantie de réinsertion est la gestion des taux d'abandon importants avant la fin du traitement. Des incitations plus importantes sont probablement nécessaires pour encourager les personnes à suivre leur traitement jusqu'au bout. Le manque d'expertise en matière de TCC est un autre problème qui nuit à l'efficacité du programme.

Pour en savoir plus

Karolinska Institutet (2011), « En nationell utvärdering av rehabiliteringsgarantins effekter på sjukfrånvaro och hälsa, Slutrapport del I », Stockholm.

OCDE (2013), *Mental Health and Work: Sweden*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264188730-en.

Fiche 5.13
Suède : Delta – Coordination financière pour fournir des services intégrés

Contexte

La réadaptation médicale et professionnelle nécessite l'intervention de différents secteurs. L'harmonisation et l'intégration des politiques de santé demeurent particulièrement limitées dans la plupart des pays. Par conséquent, la réadaptation peut être entravée par des priorités différentes, voire contradictoires, une mauvaise communication, et une planification conjointe inadaptée conduisant à des arrêts-maladie de longue durée et de mauvais résultats en matière de retour à l'emploi.

Programme

DELTA est une association locale suédoise qui assure une coordination financière entre le service national de l'emploi, l'autorité de santé régionale, les services sociaux municipaux, et le département national d'assurance sociale. Ces quatre organismes assurent le financement de DELTA. Établi pour la première fois en 1997 sous la forme d'un projet pilote, cette association vise à améliorer la collaboration intersectorielle, interprofessionnelle et interorganisationnelle afin de répondre plus efficacement aux besoins de la population d'âge actif en matière de réadaptation. Ces besoins concernent principalement les problèmes de santé mentale, les troubles musculo-squelettiques, les problèmes sociaux complexes et l'incapacité de travail à long terme. Les fonds sont regroupés dans un budget commun, réparti entre les différents services de réadaptation fournis par l'association.

La plupart des activités placées sous la houlette de DELTA fonctionnent dans la perspective d'une réadaptation précoce et coordonnée, et peuvent être divisées en trois principaux domaines : i) activités médicales et sociales incluses dans les plans de soins pour raccourcir la durée du traitement, ii) activités professionnelles pour accélérer le retour à l'emploi, et iii) activités de prévention pour éviter les arrêts-maladies et l'exclusion sociale. Ces activités sont menées par des équipes pluridisciplinaires composées de professionnels de différents secteurs et des organismes impliqués – par exemple, médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues, économistes, avocats et travailleurs sociaux. Les équipes sont supervisées par des coordinateurs nommés par l'association.

Résultats

Un certain nombre d'évaluations ont montré que DELTA avait conduit à une amélioration des résultats en matière de recherche d'emploi. Huit anciens chômeurs sur dix ont réussi à garder un emploi salarié, alors que deux sur trois ne touchaient plus d'indemnités de maladie. Les utilisateurs ont également perçu les services comme bien intégrés et adaptés à leurs besoins. Toutefois, on en sait peu sur la coopération réelle. Un défaut de la coopération financière est qu'elle demeure uniquement facultative. Elle ne garantit pas une collaboration soutenue à long terme ni un suivi efficace des personnes qui ont le plus besoin d'aide. Il est également possible d'améliorer les programmes tels que DELTA en impliquant les employeurs dans la facilitation du retour à l'emploi.

Pour en savoir plus

Ahgren, B., S.B. Axelsson et R. Axelsson (2009), « Evaluating Intersectoral Collaboration: A Model for Assessment by Service Users », *International Journal of Integrated Care*, vol. 9, janvier-mars.

OCDE (2013), *Mental Health and Work: Sweden*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264188730-en.

Wollberg, P. (2006), *Integrated Service in Rehabilitation – On Co-ordination of Organisation and Financing*, Host Country Report, Peer Review and Assessment in Social Inclusion, Commission européenne.

Fiche 5.14
Pays-Bas : Services intégrés *Fit-4-Work* pour les usagers municipaux

Contexte

Les problèmes de santé mentale sont fréquents parmi les bénéficiaires de l'aide sociale, bien qu'ils ne soient pas nécessairement diagnostiqués. Une meilleure détection des problèmes de santé mentale ainsi qu'une coopération renforcée avec le secteur de la santé mentale aideraient les bénéficiaires d'une aide appropriée à retourner sur le marché du travail.

Programme

Pour mieux coordonner les services destinés aux usagers atteints de problèmes psychosociaux multiples d'un secteur à l'autre, l'organisme d'assurance des salariés (UWV) et les services sociaux et de santé mentale de cinq grandes communes ont lancé en 2013 un projet pilote intitulé *Fit-4-Work*. L'objectif de ce projet est d'activer les bénéficiaires des prestations présentant divers problèmes psychosociaux qui les ont déconnectés du marché du travail, et d'aider au moins 50 % d'entre eux à trouver un emploi durable (d'une durée supérieure à un an).

Fit-4-Work comporte sept étapes : i) diagnostic du problème ; ii) discussion au sein d'une équipe pluridisciplinaire réunissant les services sociaux, l'UWV, et le secteur de la santé mentale ; iii) paniers de services intégraux comprenant un traitement psychologique (sans délai d'attente) et des interventions sociales (comme un allègement de la dette, une activation et une participation sociales, et des services de logement) ; iv) continuité des soins ; v) approche de résolution rapide des problèmes ; vi) placement rapide ; et vii) coaching du client et de l'employeur pendant et après le placement.

Résultats

Fit-4-Work repose sur l'expérience nationale et internationale en matière d'approches d'intégration pluridisciplinaires, comme le projet *ExIT* à Rotterdam et le projet *WeCare* à New York. Une évaluation de l'approche *ExIT* a mis en évidence un taux de retour à l'emploi de 40 %, contre 13 % dans un groupe témoin ayant suivi une trajectoire ordinaire.

Le projet pilote est financé par les parties prenantes et subventionné par les pouvoirs publics. Toutefois, une analyse coûts-bénéfices *ex ante* montre que les avantages devraient être supérieurs aux coûts pour l'ensemble des parties prenantes d'ici à quatre ans. La réinsertion relève en réalité d'un prestataire privé (sélectionné par appel d'offre), qui perçoit 75 % du budget lorsque le client conserve son emploi pendant plus d'un an. Les 25 % restants sont versés si au moins 50 % des participants travaillent toujours au bout de quatre ans.

Pour en savoir plus

Jagmohansingh, S. (2008), *Evaluatie ExIT Feijenoord*, Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Rotterdam.

Kok, L. et al. (2011), « Fit-4-Work: een ex-ante kosten-baten analyse », *SEO Economisch Onderzoek*, Amsterdam.

OCDE (2014), *Mental Health and Work: Netherlands*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264223301-en.

van Dijk, K. et R. van Rijn (2013), « Fit4Work: Mensen met psychosociale klachten en multiproblematiek begeleiden naar werk », Contribution to SZW Experts Meeting on 30 January, Gezond aan het werk: Samenwerken aan gezondheidsbevordering en participatie van mensen in de bijstand, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, La Haye.

Fiche 5.15
Belgique : Équipe d'activation pour les demandeurs d'emploi présentant des problèmes de santé mentale

Contexte

Une collaboration efficiente entre les services publics de l'emploi et le secteur de la santé mentale est essentielle pour la réinsertion professionnelle les demandeurs d'emploi présentant des problèmes de santé mentale. Le secteur de l'emploi peut répondre aux besoins de ses clients en coordonnant ses services avec le secteur de la santé ou en fournissant des services intégrés. Une solution consiste à mettre en place un centre spécialisé associant soins et soutien à l'emploi.

Programme

En 2009, le service public de l'emploi flamand (VDAB) a développé un projet en coopération avec les secteurs de la santé mentale et de la protection sociale, dédié aux demandeurs d'emploi présentant des problèmes médicaux, mentaux, psychologiques ou psychiatriques graves. En vertu de ce dispositif, ils suivent des programmes d'activation intensifs associant soins et soutien à l'emploi assurés par un centre spécialisé à but non lucratif (GTB). Les bénéficiaires des indemnités d'invalidité et de l'aide sociale ont également récemment été admis dans ces programmes. Tous les services sont financés par le Gouvernement flamand et sont gratuits pour le demandeur d'emploi.

L'équipe d'activation se compose de trois acteurs : 1) un coach « emploi » ; 2) un coach « santé » ; et 3) un coach « autonomie ». Le VDAB verse une somme forfaitaire à chacun des coaches et leur demande de collaborer étroitement et de se rencontrer régulièrement.

Le coach « emploi » – employé par le GBT – prépare un plan d'action individuel en concertation avec le demandeur d'emploi et met celui-ci en contact avec le coach « santé » et le coach « autonomie », qui se chargeront d'identifier des services adaptés relevant respectivement des secteurs de la santé et de l'action sociale. Pendant toute la durée du processus, le coach « emploi » doit s'assurer que les mesures mises en œuvre restent ciblées sur le travail.

Le coach « santé » – généralement un psychologue travaillant dans un centre spécialisé en santé mentale – se focalise sur les problèmes médicaux, mentaux, psychologiques ou psychiatriques et met en place des mesures de réadaptation et de formation sur des thèmes tels que la confiance en soi, la gestion du stress, l'affirmation de soi, le développement d'une image de soi réaliste. Des thérapies individuelles ou de groupes sont dispensées en interne ou par des partenaires extérieurs.

Le coach « autonomie », du secteur de l'action sociale, se concentre sur les obstacles psycho-économiques, psychosociaux ou sociaux et s'occupe d'aspects tels que la mobilité, le budget personnel et le logement (et travaille avec la personne individuellement ou en groupe).

Résultats

Cette collaboration entre les trois secteurs permet d'offrir des services sur mesure aux chômeurs de longue durée qui se sont éloignés du marché du travail. La collaboration avec un psychologue, l'accent mis sur le suivi individualisé et les réunions de l'équipe pluridisciplinaire constituent les principaux atouts du programme.

En 2011, quelque 12 % des chômeurs de longue durée flamands ont fait l'objet d'un examen pluridisciplinaire approfondi. Entre 2007 et 2012, 11 % des participants au programme de trajet vers l'emploi ont trouvé un emploi sur le marché du travail régulier et ont cessé de percevoir les indemnités de chômage ; 5.5 % ont bénéficié d'un emploi protégé et 2.8 % d'autres formes d'emploi en dehors du marché du travail régulier.

Pour en savoir plus

OCDE (2013), *Santé mentale et emploi : Belgique*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264187597-fr.

Fiche 5.16
Royaume-Uni : Placement et aide individualisés pour les maladies mentales courantes

Contexte

Les services de santé et d'emploi intégrés destinés aux personnes atteintes de troubles mentaux courants sont rares. En revanche, il existe pour les personnes atteintes de troubles mentaux sévères des approches fondées sur des données probantes, qui mettent l'accent (entre autres) sur un placement rapide, une mesure globale de prévention sanitaire et un suivi post-placement. On ne dispose d'aucune donnée relative au coût et au potentiel de cette approche pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale courants.

Programme

Le dispositif *Individual Placement and Support* (IPS), qui vise les personnes atteintes d'incapacité sévère (et en particulier de troubles mentaux sévères), fonctionne sur la base d'un modèle de fidélité strict et s'appuie sur un ensemble solide de données probantes. Le service national de santé anglais (NHS) est aujourd'hui le premier à évaluer le potentiel de l'IPS pour un groupe cible beaucoup plus vaste, à savoir les personnes présentant des troubles mentaux courants. L'espoir étant que le coût par personne soit moins élevé et que le rapport coût-efficacité soit le même pour ce groupe.

Ce projet pilote évaluera si le traitement dispensé dans le cadre du programme *Individual Access to Psychological Therapy* (IAPT), associé à l'aide pour l'emploi fondée sur le modèle IPS, améliore la situation professionnelle par rapport à :

- L'aide classique des services de l'emploi (c'est-à-dire l'aide habituelle fournie par le secteur de l'emploi)
- L'aide habituelle des services IAPT (à savoir l'aide habituelle fournie par le secteur de la santé).

Les bénéficiaires de la pension d'invalidité (à savoir les demandeurs de l'*Employment and Support Allowance*) souffrant de problèmes de santé mentale courants constituent le groupe cible du nouveau projet pilote.

Résultats

Ce projet pilote a été lancé en juin 2014 et couvre quatre districts des services de l'emploi. Les premiers résultats seront disponibles à la mi-2015.

Pour en savoir plus

OCDE (2014), *Mental Health and Work: United Kingdom*, Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/9789264204997-en.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

L'OCDE est un forum unique en son genre où les gouvernements oeuvrent ensemble pour relever les défis économiques, sociaux et environnementaux que pose la mondialisation. L'OCDE est aussi à l'avant-garde des efforts entrepris pour comprendre les évolutions du monde actuel et les préoccupations qu'elles font naître. Elle aide les gouvernements à faire face à des situations nouvelles en examinant des thèmes tels que le gouvernement d'entreprise, l'économie de l'information et les défis posés par le vieillissement de la population. L'Organisation offre aux gouvernements un cadre leur permettant de comparer leurs expériences en matière de politiques, de chercher des réponses à des problèmes communs, d'identifier les bonnes pratiques et de travailler à la coordination des politiques nationales et internationales.

Les pays membres de l'OCDE sont : l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Chili, la Corée, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, les États-Unis, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, Israël, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, le Mexique, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République slovaque, la République tchèque, le Royaume-Uni, la Slovénie, la Suède, la Suisse et la Turquie. La Commission 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 2014 19 2 P) ISBN 978-92-64-24204-3 – 2015-16

Santé mentale et insertion professionnelle

DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE

Résumé

Chapitre 1. Santé mentale et emploi : Arguments en faveur d'une intervention plus forte des pouvoirs publics
Chapitre 2. Garantir un bon niveau d'instruction et un passage réussi de l'école à l'emploi aux jeunes atteints de troubles mentaux
Chapitre 3. Créer des systèmes de soins de santé mentale axés sur l'emploi
Chapitre 4. Prévention du stress au travail, incitations aux employeurs et soutien aux travailleurs souffrant de problèmes de santé mentale
Chapitre 5. Améliorer les régimes de prestations et les services de l'emploi aux demandeurs d'emploi atteints de troubles mentaux

À lire également

Mal-être au travail? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi (2012)
Santé mental et emploi : Belgique (2013)
Mental Health and Work: Denmark (2013)
Mental Health and Work: Sweden (2013)
Mental Health and Work: Norway (2013)
Santé mentale et emploi : Suisse (2013)
Mental Health and Work: United Kingdom (2014)
Mental Health and Work: Netherlands (2014)
Mental Health and Work: Austria (2015)
Mental Health and Work: Australia (forthcoming)

www.oecd.org/els/invalidite

Veuillez consulter cet ouvrage en ligne : ***http://dx.doi.org/10.1787/9789264242074-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 978-92-64-24204-3
81 2014 19 2 P