

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.

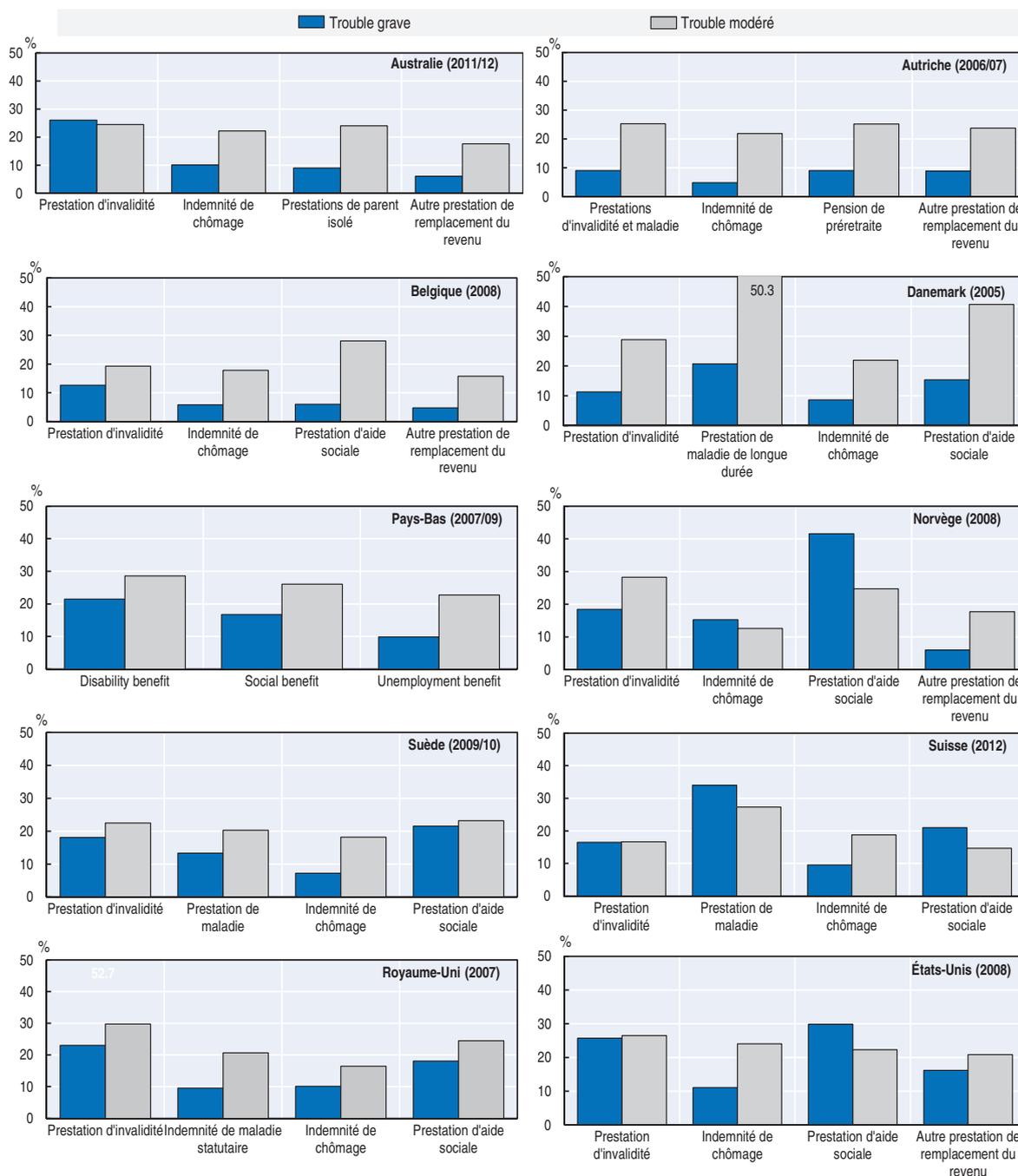
Adapter les régimes de pension d'invalidité aux demandeurs qui souffrent de troubles mentaux

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 récurrence 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



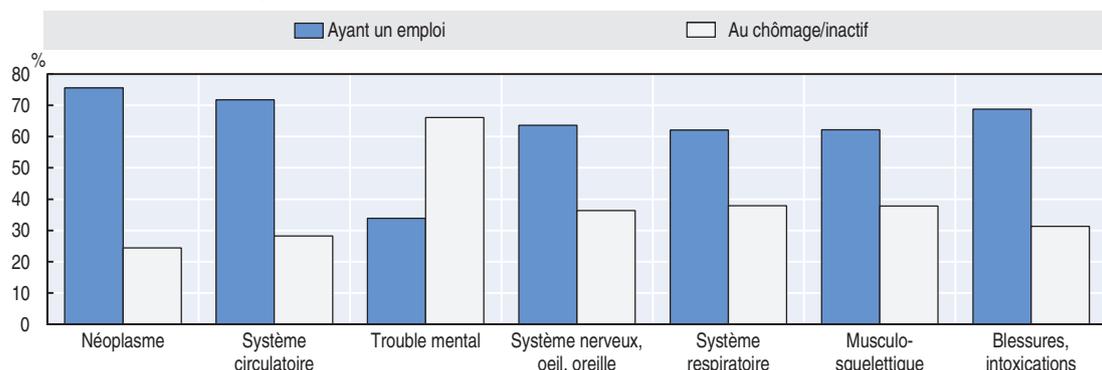
Note: L'Autriche se réfère à la tranche d'âge de 50 à 64 ans seulement, l'allocation de chômage aux Pays-Bas se réfère aux chômeurs et des données pour le Royaume-Uni couvrent toutes les personnes atteintes de troubles mentaux.

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.

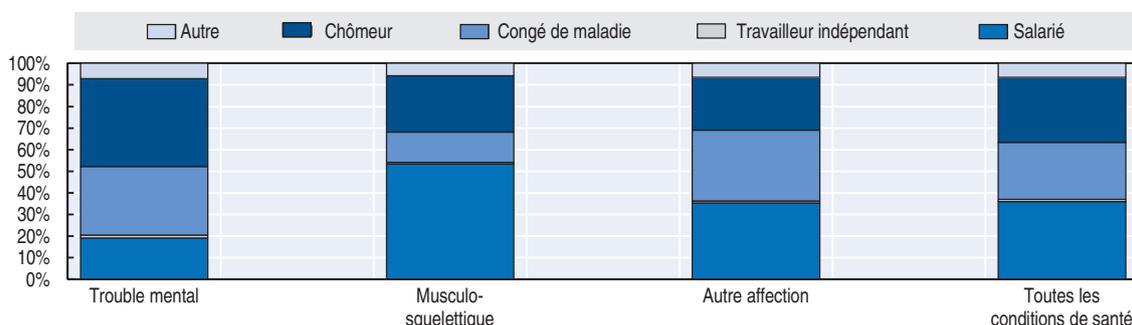
StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933265069>

Graphique 5.2. Les bénéficiaires de prestations d'invalidité sont éloignés du marché du travail

A. Proportion des salariés et personnes sans emploi dans les cinq années précédant une demande de prestations d'invalidité, par condition de santé, Danemark, 2009



B. Distribution des demandes de nouvelles prestations d'invalidité par statut avant la demande de prestation et l'état de santé, Autriche, 2012



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 bons 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

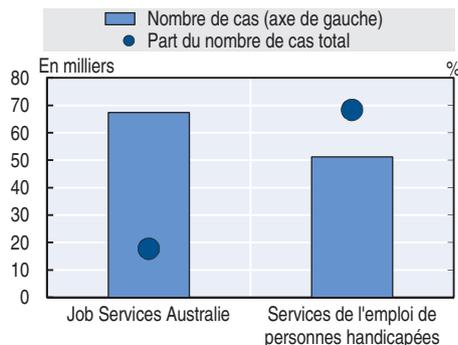
Les dispositifs d'activation commencent par une phase d'admission, durant laquelle on établit le profil des demandeurs d'emploi afin de les affecter dans le groupe cible approprié. Or il est rare que la santé mentale soit évaluée, et on manque ainsi une occasion d'intervenir à un stade précoce. Ceci 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.

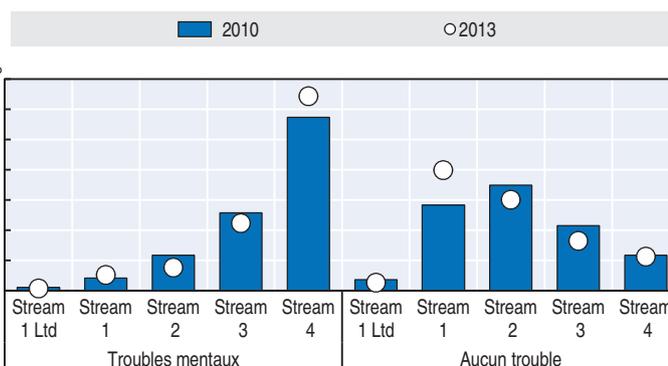
Il existe plusieurs moyens de détecter les pathologies mentales chez les chômeurs. L'un d'eux consiste à employer des instruments validés (Liwowsky et al., 2009) soit sur tous les usagers, soit uniquement lorsqu'un travailleur social soupçonne l'existence d'un problème. Dans ce cas, les travailleurs 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

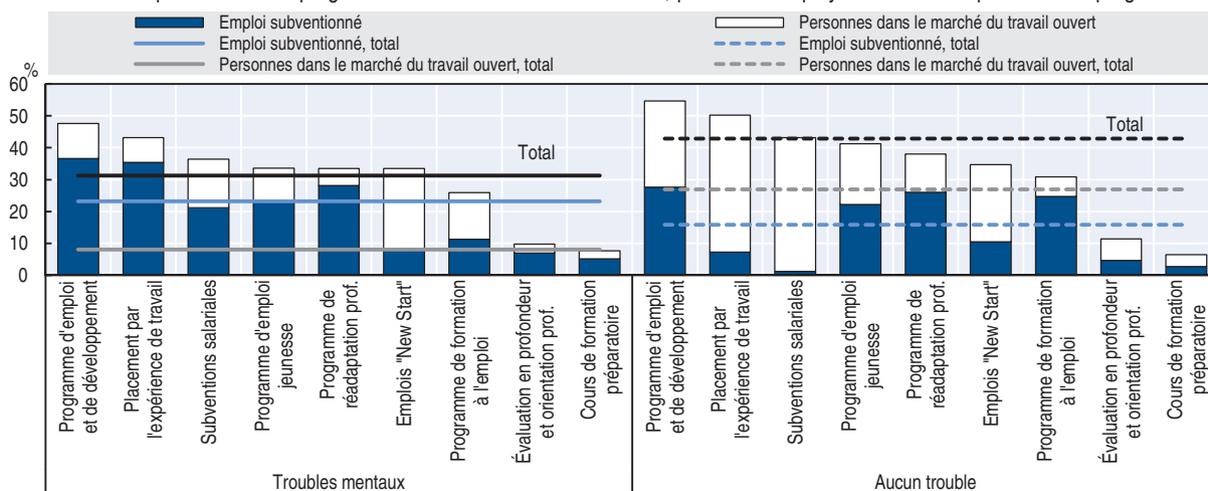
A. En Australie, il y a plus de demandeurs d'emploi atteints de troubles mentaux dans des services ordinaires de l'emploi que dans des services spéciaux pour personnes handicapées, 2013
(personnes avec des troubles mentaux)



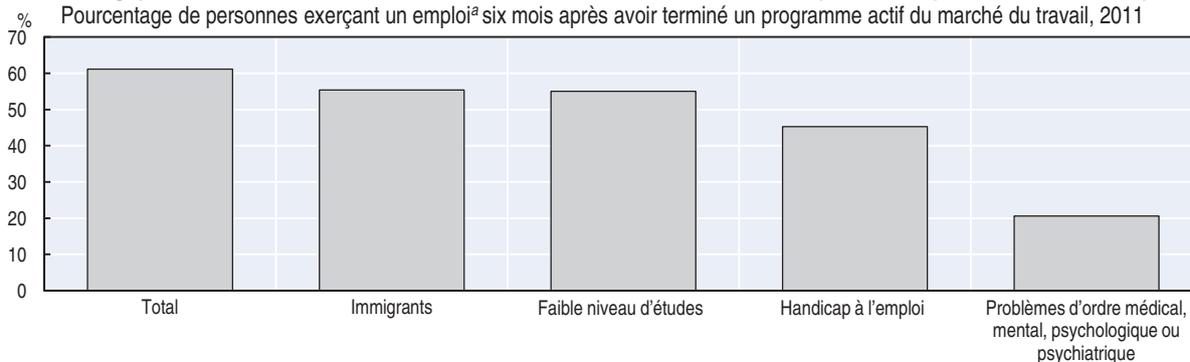
B. Les personnes ayant des troubles mentaux avérés ont tendance à recevoir des services traditionnels plus intenses que celles sans problème de santé en Australie



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 que 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.

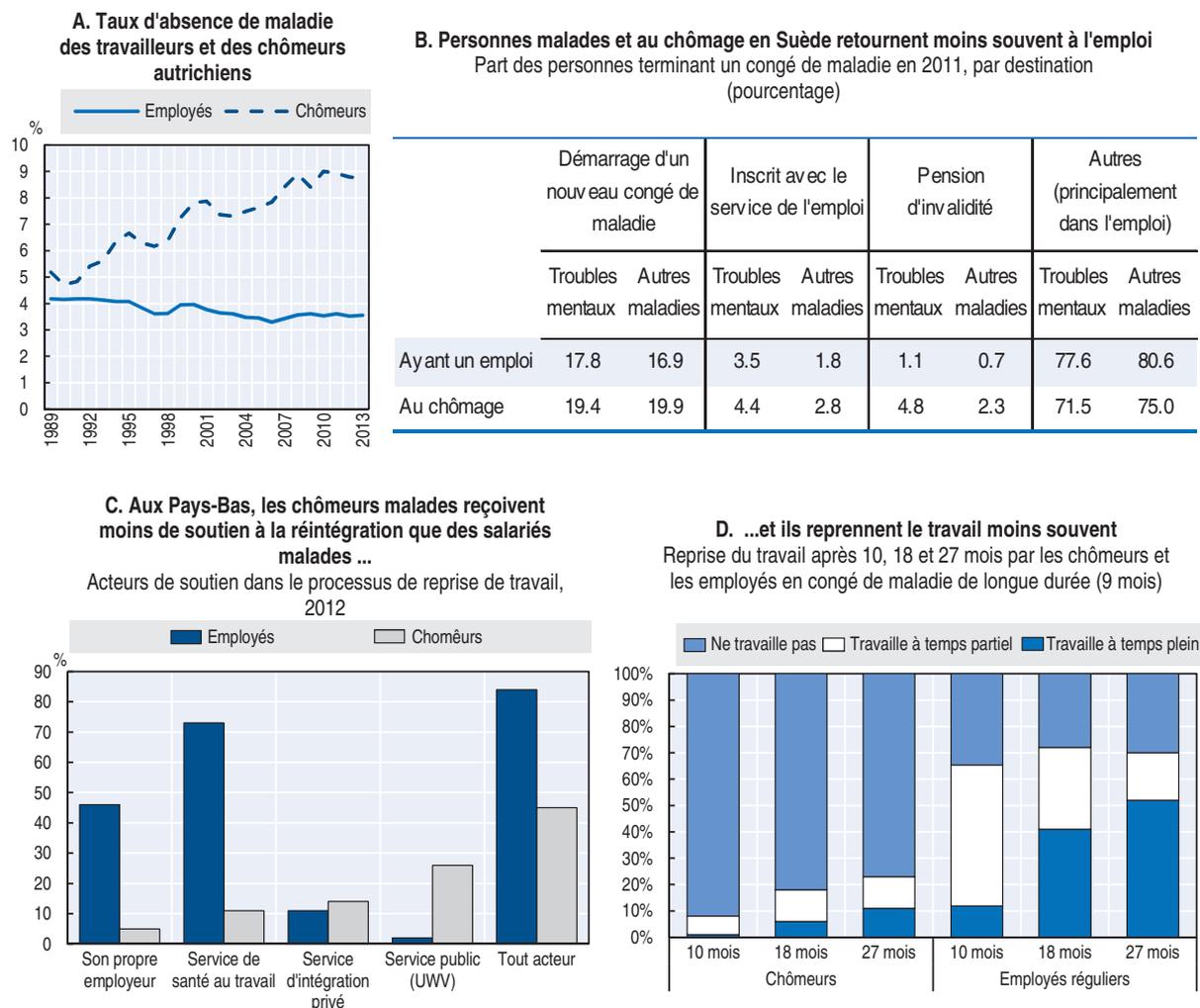
Négliger la santé se traduit souvent par un échec du retour sur le marché du travail

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



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'utilisateur.
- 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), *Gedragbeïnvloeding in een online omgeving. Een verkennende literatuurstudie naar de mogelijkheden van online gedragbeïnvloeding 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'utilisateurs 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 ballottés 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 efficace ni efficiente, 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. Flammang-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 des 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).

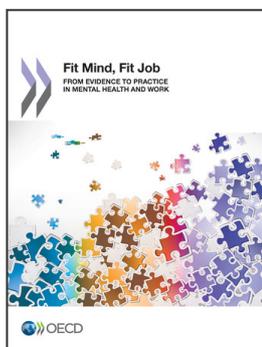
Les bénéficiaires de la pension d'invalidité (à savoir les demandeurs de l'*Employment and Support Allowance*) souffrant de problèmes de santé mentale courants constituent le groupe cible du nouveau projet pilote.

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>.



Extrait de :

Fit Mind, Fit Job

From Evidence to Practice in Mental Health and Work

Accéder à cette publication :

<https://doi.org/10.1787/9789264228283-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2015), « Améliorer les régimes de prestations et les services de l'emploi aux demandeurs d'emploi atteints de troubles mentaux », dans *Fit Mind, Fit Job : From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264242074-9-fr>

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici 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.

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