

Chapitre 3

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

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

Conclusions :

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

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

Des traitements insuffisants partout dans l'OCDE

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

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

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

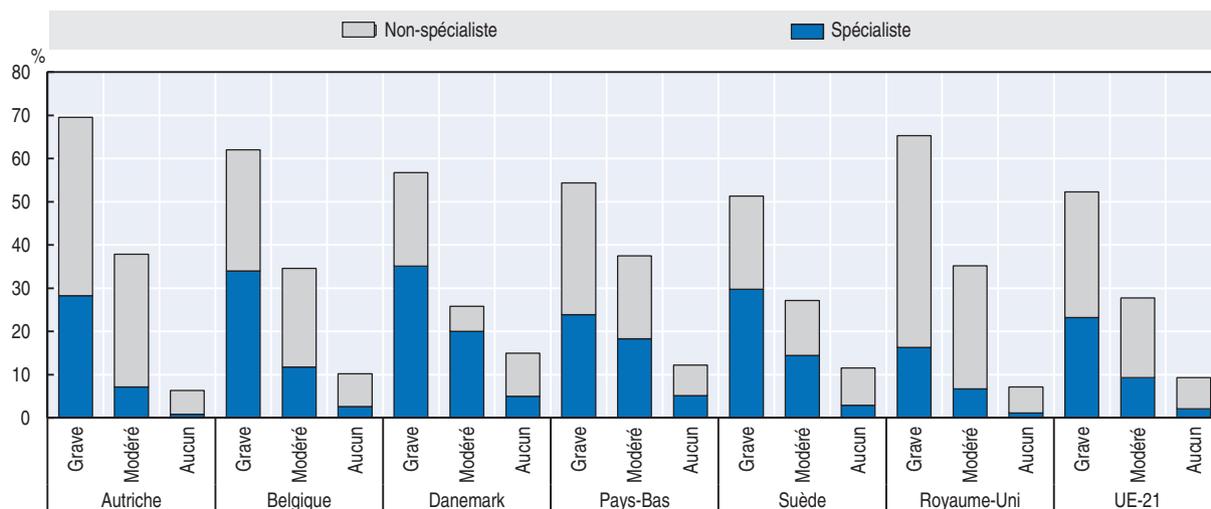
1. permettre un accès rapide à un traitement approprié,
2. former et soutenir les médecins généralistes pour leur permettre de mieux traiter les troubles mentaux,
3. proposer des mesures incitatives et des outils pour aider les médecins généralistes à prendre en charge les problèmes liés à l'emploi et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

Un accès rapide à un traitement approprié

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

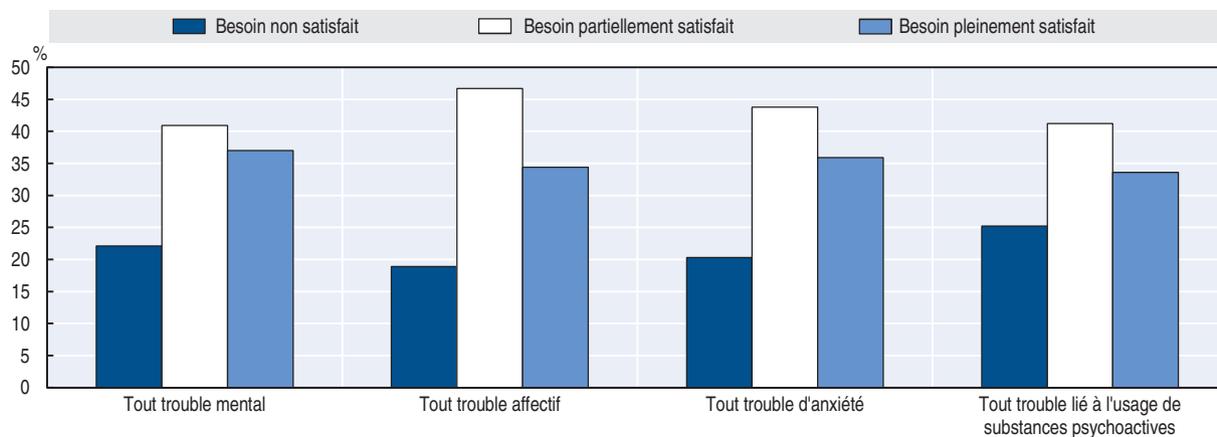
Graphique 3.1. Les besoins en soins de santé mentale ne sont souvent pas satisfaits

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



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

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



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

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

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

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

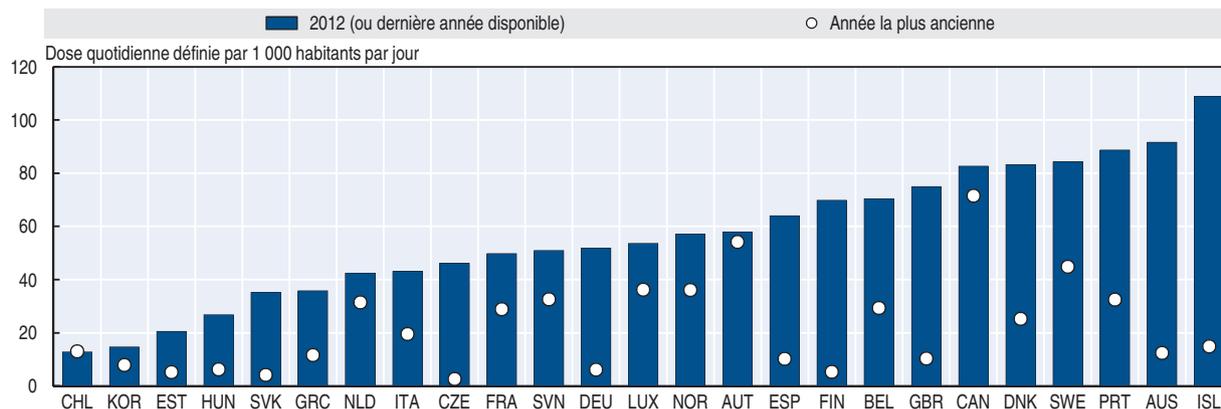
La prise en charge adéquate des troubles mentaux reste un défi

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

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

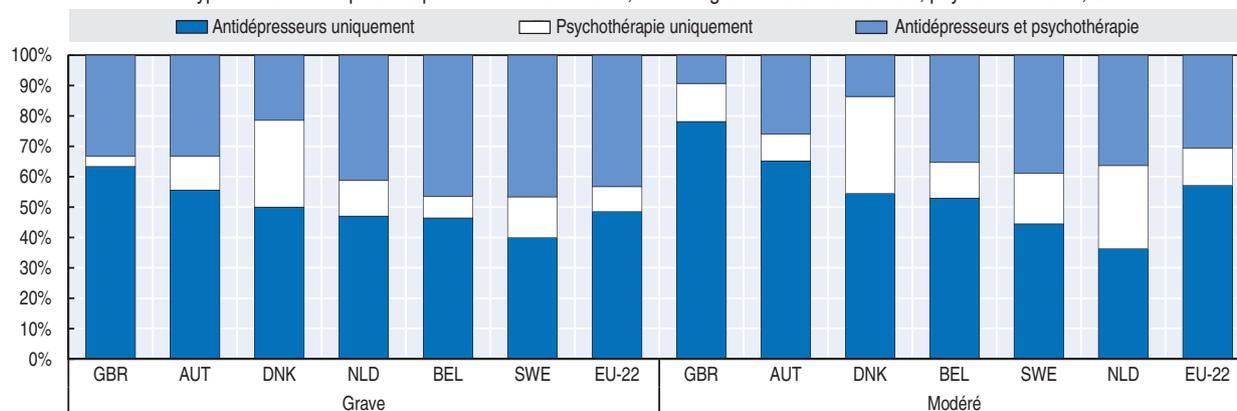
Graphique 3.2. Fournir le bon traitement aux bonnes personnes est difficile

A. Augmentation sans précédent dans la plupart des pays de la prescription d'antidépresseurs



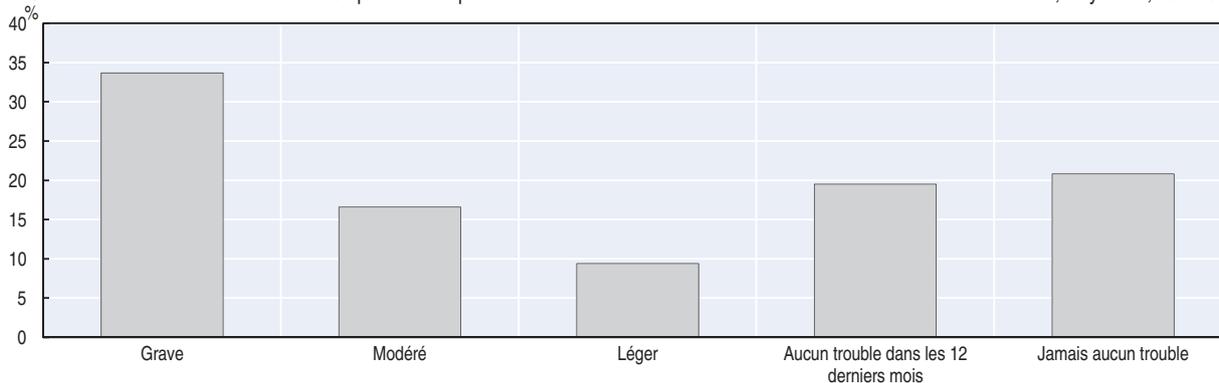
B. Dans la plupart des pays, le traitement prédominant est uniquement médicamenteux

Type de traitement pour les personnes en traitement, selon la gravité du trouble mental, pays sélectionnés, 2005



C. Beaucoup des personnes en traitement n'ont pas été diagnostiquées comme ayant une maladie mentale

Gravité des troubles mentaux chez les personnes qui ont utilisé les soins de santé mentale au cours des 12 derniers mois, Pays-Bas, 2007-09



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Synthèse et recommandations

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

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

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

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

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

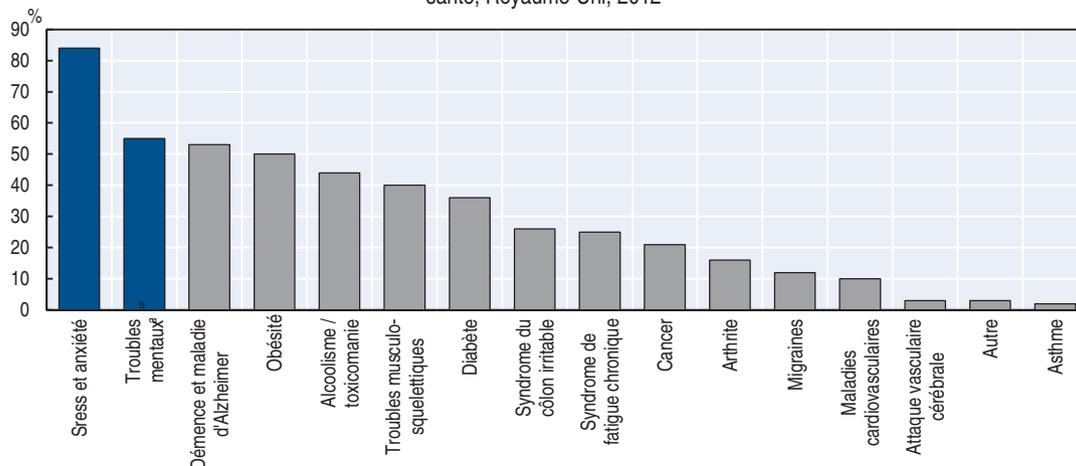
Dans la plupart des pays, les médecins généralistes sont les principaux vecteurs des soins de santé mentale, les premiers vers qui se tournent les personnes souffrant de troubles mentaux. Pourtant, ces patients ne présentent pas toujours directement leurs problèmes comme étant des troubles mentaux, et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

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

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

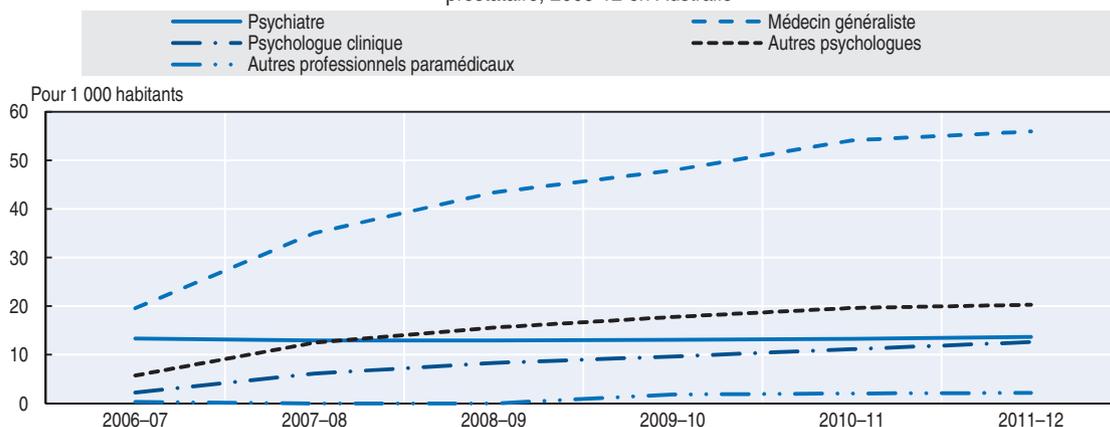
A. Toujours plus de patients avec des problèmes de santé mentale chez les médecins généralistes

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



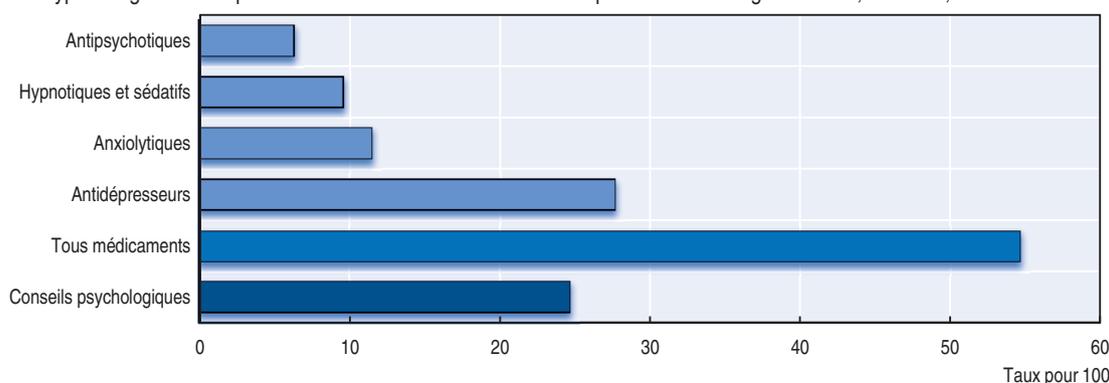
B. Les services de santé mentale sont souvent fournis par les médecins généralistes

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



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

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



a. Exclut le stress et l'anxiété.

Source : Partie A : Aviva Health of the Nation Index Report, 2013 ; partie B : Données du Medicare Benefits Schedule (D »partement de la Santé et du Vieillessement, Australie) ; et partie C : Compilation de l'OCDE sur la base de données de l'Institut australien de la santé et de la prévoyance (AIHW) <http://mhsa.aihw.gov.au/home> (consulté le 11 août 2015).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933264986>

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

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

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

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

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

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

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

Synthèse et recommandations

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

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

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

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

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

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

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

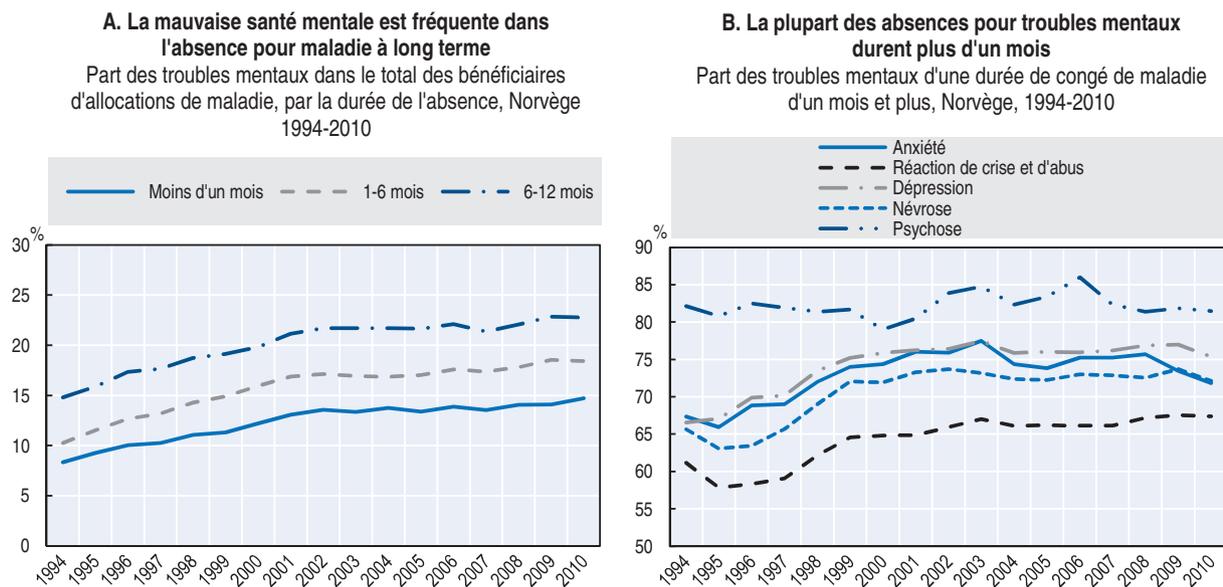
Les médecins généralistes doivent avoir pleinement conscience de l'influence du travail sur la santé mentale, et inversement, étant donné que :

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

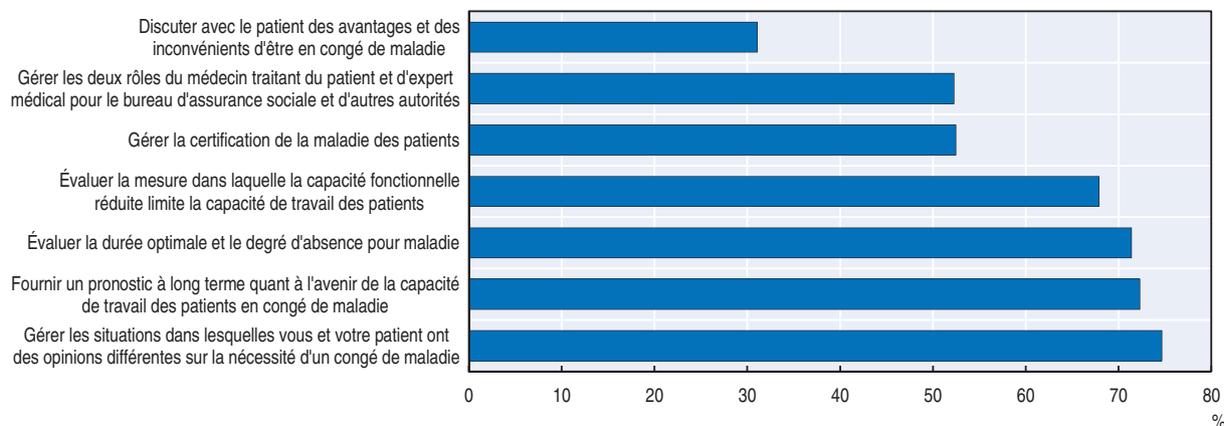
L'idée fautive communément répandue chez les médecins généralistes, et les prestataires de soins de santé plus généralement, est que les personnes souffrant de troubles mentaux doivent être guéries avant de pouvoir retourner au travail. De nombreuses études ont toutefois démontré qu'un bon emploi contribue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

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

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



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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Synthèse et recommandations

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

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

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

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

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

Le lien entre traitement et emploi est fort

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

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

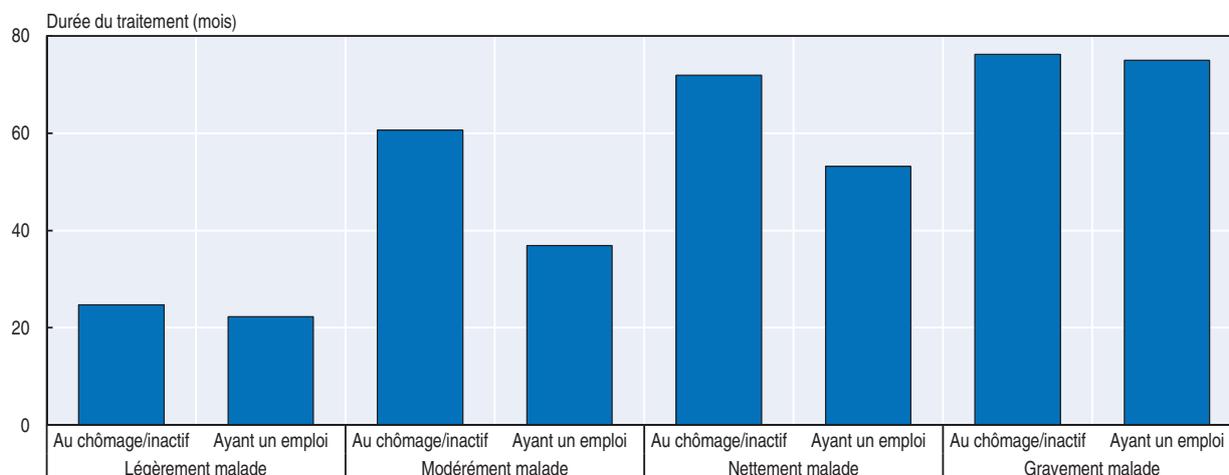
Même s'il existe peu de données pour affirmer que la durée de traitement diminue une fois que le patient a trouvé un emploi, on dispose d'études qui démontrent que la santé mentale des chômeurs s'améliore dès qu'ils entrent ou retournent sur le marché du travail (Thomas et al., 2005 ; OCDE, 2008).

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

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

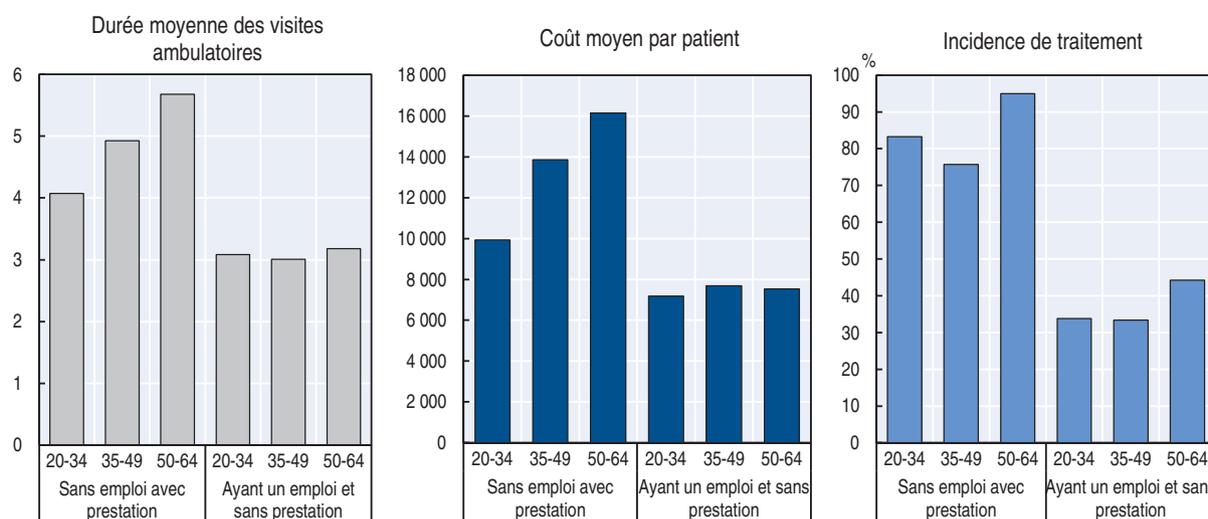
A. La durée de traitement est inférieure pour les personnes ayant un emploi

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



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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Synthèse et recommandations

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

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

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

RÉFÉRENCES

- Alonso, J., A. Buron, S. Rojas-Farreras, et al. (2009), « Perceived Stigma among Individuals with Common Mental Disorders », *Journal of Affective Disorders*, vol. 118, pp. 180-186.
- Alonso, J. et al. (2007), « Population Level of Unmet Need for Mental Healthcare in Europe », *British Journal of Psychiatry*, vol. 190, pp. 299-306.
- Amsler, F. et al. (2010), « Schlussbericht zur Evaluation der institutionellen ambulanten und teilstationären Psychiatricversorgung des Kantons Bern unter besonderer Berücksichtigung der Pilotprojekte » [Final report on the evaluation of institutional outpatient and partial inpatient psychiatric services, the canton of Bern with special emphasis on pilot projects].
- Baer, N., D. Schuler, S. Füglistler-Dousse et F. Moreau-Gruet (2013), « Depressionen in der Schweizer Bevölkerung. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration », *Obsan Bericht*, n° 56, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.
- Blonk, R. et al. (2006), « Return to Work: A Comparison of Two Cognitive Behavioural Interventions in Cases of Work-related Psychological Complaints Among the Self-employed », *Work & Stress*, vol. 20, n° 2, pp. 129-144.
- Borill, J. (2011), « Mental Health First Aid England and North East Mental Health Development Unit partnership project », Evaluation, mars 2011, NHS.
- Bower, P., et al. (2011), « Counselling for mental health and psychosocial problems in primary care », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 9, Art. n° CD001025, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001025.pub3>.
- Christensen, H., K. Griffiths et L. Farrer (2009), « Adherence in internet interventions for anxiety and depression: Systematic review », *Journal of Medical Internet Research*, vol. 11, n° 2, pp. e13.
- Cuijpers, P. et al. (2014), « Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis », *World Psychiatry*, vol. 31, n° 1, pp. 56-67.
- Dath, S. et al. (2014), « A clinical psychologist in GP-land: an evaluation of brief psychological interventions in primary care », *The New Zealand Medical Journal*, vol. 127, n° 1391, pp. 62-74.
- Dozeman, E. et A. van Straten (2012), « De praktijkondersteuner GGZ in Amsterdam: Op weg naar een sterke basis GGZ », Vrije Universiteit, Amsterdam.
- Gagliardi, A. et al. (2011), « How can we improve guideline use? A conceptual framework of implementability », *Implementation Science*, vol. 6, n° 26, pp. 1-11.

- Hogarth, T., C. Hasluck, L. Gambin, H. Behle, Y. Li et C. Lyonette (2013), « Evaluation of Employment Advisers in the Improving Access to Psychological Therapies programme », *DWP Research Report 826*, Londres.
- Huhn, M. et al. (2014), « Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: A systematic overview of meta-analyses », *JAMA Psychiatry*, vol. 71, n° 6, pp. 706-715.
- Kivimäki, M. et al. (2004), « Sickness absence as a risk marker of future disability pension: the 10-town study », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 58, pp. 710-711.
- Koopmans, P., C. Roelen et J. Groothoff (2008), « Frequent and long-term absence as a risk factor for work disability and job termination among employees in the private sector », *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 65, pp. 494-499.
- Lagerveld, S. et al. (2012), « Work-focused Treatment of Common Mental Disorders and Return to Work: A Comparative Outcome Study », *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 17, n° 2, pp. 220-234.
- Meadows, G. et P. Burgess (2009), « Perceived need for mental health care: findings from the 2007 Australian Survey of Mental Health and Wellbeing », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 43, pp. 624-634.
- Munk-Jørgensen, P. et al. (2006), « Prevalence of Generalised Anxiety Disorder in General Practice in Denmark, Finland, Norway, and Sweden », *Psychiatric Services*, vol. 57, n° 12, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.57.12.1738> (consulté le 11 août 2015).
- NVAB (2011), « Leidraad bedrijfsarts en privacy: Hoe om te gaan met privacy-gevoelige informatie in de bedrijfsgezondheidszorg en in het bijzonder met medische gegevens bij ziekteverzuim », [Guideline occupational physician and privacy: How to deal with private information in occupational health care and specifically with medical information in sickness management], Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, Utrecht.
- OCDE (2015a, à paraître), *Mental Health and Work: Austria*, Éditions OCDE, Paris.
- OCDE (2015b, à paraître), *Mental Health and Work: Australia*, Éditions OCDE, Paris.
- OCDE (2014a), *Santé mentale et emploi : Suisse*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264205192-fr>.
- OCDE (2014b), *Mental Health and Work: Netherlands*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264223301-en>.
- OCDE (2014c), *Mental Health and Work: United Kingdom*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264204997-en>.
- OCDE (2014d), *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264208445-en>.
- OCDE (2013a), *Santé mentale et emploi : Belgique*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264187597-fr>.
- OCDE (2013b), *Mental Health and Work: Norway*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264178984-en>.
- OCDE (2013c), *Mental Health and Work: Denmark*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264188631-en>.

- OCDE (2013d), *Mental Health and Work: Sweden*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264188730-en>.
- OCDE (2012), *Mal-être au travail ? : Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*, Santé mentale et emploi, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124561-fr>.
- OCDE (2008), *Perspectives de l'emploi de l'OCDE 2008* (chapitre 4), Éditions OCDE, Paris, http://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2008-fr.
- Ostergaard, S. et al. (2010), « Psychiatric Caseness Is a Marker of Major Depressive Episode in General Practice », *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, vol. 28, n° 4, pp. 211-215.
- Paul, K. et K. Moser (2009), « Unemployment impairs mental health: Meta-analyses », *Journal of Vocational Behavior*, vol. 74, n° 3, pp. 264-282.
- So, M. et al. (2014), « Is computerized CBT really helpful for adult depression? A meta-analytic re-evaluation of CCBT for adult depression in terms of clinical implementation and methodological validity », *BMC Psychiatry*, vol. 13, n° 113, pp. 1-14.
- Spek, V. et al. (2007), « Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis », *Psychological Medicine*, vol. 37, pp. 319-328.
- ten Have, M., J. Nuyen, A. Beekman et R. de Graaf (2013), « Common mental disorder severity and its association with treatment contact and treatment intensity for mental health problems », *Psychological Medicine*, vol. 43, n° 10, pp. 2203-2213.
- Thomas, C., M. Benzeval et S. Stansfeld (2005), « Employment transitions and mental health: an analysis from the British household panel survey », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 59, pp. 243-249.
- Trimbos-instituut (2012), *Trendrapportage GGZ 2012 Deel 2B: Ernst van de psychische aandoening als voorspeller van de aard en intensiteit van zorggebruik, Resultaten van de « Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 » (NEMESIS-2)*, Trimbos-instituut, Utrecht.
- Winde, L., K. Alexanderson, B. Carlsen, L. Kjølgaard, A. Löfgren Wilteus et S. Gjesdal (2012), « General practitioners' experiences with sickness certification: a comparison of survey data from Sweden and Norway », *BMC Family Practice*, n° 13, p. 10.

FICHES 3.1 À 3.16

- Fiche 3.1. Royaume-Uni : fournir un accès plus rapide aux psychothérapies
- Fiche 3.2. Australie : L'initiative Access to Allied Psychological Services (ATAPS)
- Fiche 3.3. Pays-Bas : Modèle de soins par paliers pour les soins primaires de santé mentale
- Fiche 3.4. Australie : Des formations approfondies pour les médecins généralistes
- Fiche 3.5. Australie : Impliquer des infirmières spécialisées en santé mentale dans le processus de traitement
- Fiche 3.6. Pays-Bas : Des spécialistes de la santé mentale pour aider les médecins généralistes
- Fiche 3.7. Royaume-Uni : Des certificats d'aptitude pour améliorer les connaissances des médecins sur le monde du travail
- Fiche 3.8. Suède : Directives pour inciter les généralistes à mettre l'accent sur l'emploi
- Fiche 3.9. Pays-Bas : Des directives à l'intention des professionnels de la santé
- Fiche 3.10. Suisse : Un certificat médical détaillé pour une meilleure coopération
- Fiche 3.11. États-Unis : Placement et soutien individuels par le secteur de la santé
- Fiche 3.12. Australie : Services de tuteurs et d'accompagnants personnels – Services de santé mentale de proximité
- Fiche 3.13. Danemark : Programme d'auto-prise en charge pour le retour à l'emploi
- Fiche 3.14. Royaume-Uni : Des conseillers pour l'emploi associés aux psychothérapeutes
- Fiche 3.15. Norvège : Des « centres d'adaptation au travail » prennent en charge les troubles mentaux et proposent des services pour l'emploi
- Fiche 3.16. Royaume-Uni : Des médecins pour les médecins – Promouvoir la santé des professionnels de santé

Fiche 3.1

Royaume-Uni : Fournir un accès plus rapide aux psychothérapies

Contexte

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

Programme

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

Résultats

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

Pour en savoir plus

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

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

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

Fiche 3.2

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

Contexte

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

Programme

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

Résultats

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

Pour en savoir plus

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

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

Fiche 3.3

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

Contexte

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

Programme

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

Résultats

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

Pour en savoir plus

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

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

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

Fiche 3.4

Australie : Des formations approfondies pour les médecins généralistes

Contexte

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

Programme

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

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

Résultats

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

Pour en savoir plus

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

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

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

Fiche 3.5

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

Contexte

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

Programme

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

Résultats

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

Pour en savoir plus

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

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

Fiche 3.6

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

Contexte

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

Programme

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

Résultats

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

Pour en savoir plus

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

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

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

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

Fiche 3.7

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

Contexte

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

Programme

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

Résultats

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

Pour en savoir plus

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

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

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

Fiche 3.8

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

Contexte

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

Programme

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

Résultats

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

Pour en savoir plus

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

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

Fiche 3.9

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

Contexte

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

Programme

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

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

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

Résultats

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

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

Pour en savoir plus

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

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

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

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

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

Fiche 3.10

Suisse : Un certificat médical détaillé pour une meilleure coopération

Contexte

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

Programme

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

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

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

Résultats

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

Pour en savoir plus

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

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

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

Fiche 3.11

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

Contexte

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

Programme

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

Résultats

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

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

Pour en savoir plus

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

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

Fiche 3.12

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

Contexte

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

Programme

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

Résultats

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

Pour en savoir plus

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

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

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

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

Fiche 3.13

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

Contexte

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

Programme

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

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

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

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

Résultats

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

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

Pour en savoir plus

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

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

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

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

Fiche 3.14

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

Contexte

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

Programme

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

Résultats

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

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

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

Pour en savoir plus

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

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

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

Fiche 3.15

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

Contexte

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

Programme

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

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

Résultats

Un essai multicentrique contrôlé randomisé — l'étude « At Work and Coping » menée par Uni Research¹ — a évalué l'impact de six centres et mené une analyse coûts-avantages. Le groupe d'intervention a bénéficié du programme « At Work and Coping », tandis que le groupe témoin a bénéficié du traitement habituel, de l'aide de son médecin généraliste ou de mesures de réadaptation professionnelle mises en œuvre par les services de l'emploi.

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

Pour en savoir plus

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

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

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

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

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

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

Fiche 3.16

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

Contexte

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

Programme

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

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

Résultats

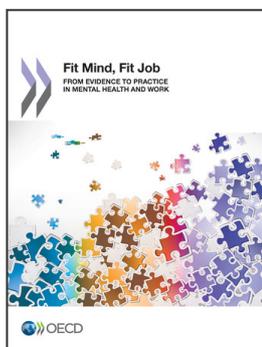
Au cours des cinq premières années, de 2008 à 2013, plus de 1 000 médecins ont eu recours au PHP. Les femmes étaient plus nombreuses que les hommes, et l'âge modal était de 30 ans. Certains médecins n'avaient pas accès à la filière de soins traditionnelle du NHS, ou cette dernière ne répondait pas à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

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

Pour en savoir plus

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

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



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), « Créer des systèmes de soins de santé mentale axés sur l'emploi », dans *Fit Mind, Fit Job : From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264242074-7-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.