

Chapitre 5

Systemes d'enseignement et passage à la vie active

Ce chapitre porte sur un certain nombre de problématiques liées à l'état de santé mentale des jeunes. L'apparition précoce des troubles mentaux (autour d'un âge médian de 14 ans, tous troubles mentaux confondus) souligne l'importance de la prévention et des actions précoces afin d'éviter que les problèmes de santé mentale n'affectent le développement personnel et la scolarité des enfants et des adolescents, et par conséquent, leur vie sociale et professionnelle en tant qu'adultes. La possibilité que le système éducatif serve à promouvoir la santé mentale et à prévenir les troubles mentaux est étudiée, de même que les difficultés auxquelles sont confrontés les systèmes de soutien pendant le passage de l'adolescence à l'âge adulte et à la vie active. Le manque de sensibilisation à ces problèmes et le refus d'en parler constituent des obstacles majeurs à des actions plus efficaces et à un meilleur taux de traitement précoce. Autre difficulté dans de nombreux pays : le nombre élevé et croissant de jeunes adultes bénéficiaires d'une pension d'invalidité, alors qu'ils n'ont que peu ou pas d'expérience professionnelle. Ce phénomène souligne à quel point il est important de mettre en œuvre des mesures pluridisciplinaires et bien coordonnées entre les secteurs de l'éducation, de la santé et le marché du travail.

5.1. Introduction : prendre en compte l'apparition précoce des troubles mentaux

Il est également nécessaire, pour traiter globalement les problèmes de santé mentale, de prendre en compte l'apparition précoce des troubles mentaux au cours de la vie. L'enfance et l'adolescence sont des périodes cruciales pour un bon développement psychologique et pour la prévention des troubles mentaux. De nombreux articles montrent que des facteurs biologiques comme des expériences psychosociales néfastes pendant l'enfance ont une incidence sur la santé mentale des enfants et des adolescents (voir encadré 5.1).

Encadré 5.1. Facteurs de risque et de protection ayant une incidence sur la santé mentale

Divers facteurs de risque et de protection sont connus pour leur influence sur la santé mentale des enfants et des adolescents. Ces facteurs peuvent être individuels, contextuels (famille, école, collectivité) ou peuvent agir en interaction. Les facteurs de risque augmentent la probabilité qu'un trouble apparaisse et peuvent aggraver les troubles existants, alors que les facteurs de protection diminuent la probabilité de développer des troubles mentaux, en réduisant l'exposition aux risques ou en atténuant les effets potentiellement néfastes des facteurs de risque (OMS, 2004). Il est à noter cependant que, si les données disponibles mettent en évidence un lien entre ces facteurs de risque et de protection et l'état de santé mentale (par exemple, Coie et al., 1993 ; Ingram et Price, 2000), l'intensité de ce lien et le niveau des données utilisées pour déterminer la causalité sont variables (voir par exemple Platel et al., 2007). En outre, ce n'est pas la simple présence de facteurs de risque et de protection, mais leur interaction et l'accumulation sur la durée qui influent sur l'apparition des problèmes de santé mentale.

Les *facteurs de risque* comprennent notamment : des caractéristiques individuelles (problèmes physiques, besoins éducatifs particuliers, etc.), les caractéristiques et le fonctionnement de la famille (parent isolé, évolution de la structure familiale, niveaux d'instruction faibles, absence de travail, revenus faibles, détresse psychologique de la mère, etc.), le contexte scolaire (brimades, résultats scolaires insuffisants, etc.), des situations et événements stressants (violence physique, sexuelle ou psychologique, négligence, migration, etc.) ainsi que des facteurs locaux et culturels (absence de cohésion sociale, surpeuplement, criminalité et violence).

Les *facteurs de protection* comprennent notamment : des facteurs individuels (bonne alimentation, capacité de résoudre les problèmes, aptitudes sociales, bonne santé physique, etc.), des facteurs familiaux (harmonie au sein du foyer, bonne communication, stabilité du foyer), le contexte scolaire (environnement pédagogique bénéfique, sentiment d'appartenance, règles scolaires contre la violence, etc.), les événements et situations de la vie (relations avec une autre personne – conjoint/mentor, sécurité économique, etc.) et des facteurs locaux et culturels (réseaux sociaux, participation à des associations, etc.).

Encadré 5.1. **Facteurs de risque et de protection ayant une incidence sur la santé mentale** (suite)

La plupart des facteurs de risque et de protection en rapport avec la santé mentale s'inscrivent dans la sphère sociale, économique et culturelle et se situent hors de portée des services chargés de la santé mentale, c'est pourquoi la promotion, la prévention et les actions précoces en matière de santé mentale doivent dépasser le seul secteur de la santé (mentale). Par ailleurs, des actions efficaces auront des retombées bénéfiques au-delà du domaine de la santé mentale.

Le Centre pour la recherche et l'innovation dans l'enseignement (CERI) de l'OCDE a lancé le projet « Enseignement et progrès social », afin d'identifier les compétences qui jouent un rôle déterminant dans la situation sociale d'une personne (et notamment sa santé mentale), ainsi que les moyens de les développer. Le projet exploitera plusieurs séries de données longitudinales dans les pays de l'OCDE afin de déterminer, entre autres, les capacités cognitives ou non cognitives qui permettent d'améliorer la santé mentale, et les contextes d'apprentissage (par exemple : famille, établissement scolaire, collectivité) qui sont les mieux à même de renforcer ces capacités.

Entre 15 et 24 ans, la plupart des gens terminent leurs études, entrent dans la vie active et éventuellement, fondent une famille. Dans la mesure où des troubles mentaux peuvent contrarier ces étapes essentielles, ils peuvent avoir des effets profonds et durables sur la situation économique et sociale des personnes atteintes. Faute d'action efficace, les problèmes de santé mentale peuvent avoir des effets néfastes sur le développement et les études des enfants et des adolescents, et donc sur leur vie sociale et professionnelle à l'âge adulte.

Ce chapitre aborde plusieurs grandes problématiques concernant la santé mentale des jeunes. La prévalence des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents sera tout d'abord étudiée, avant d'examiner ce que le système d'enseignement peut faire pour promouvoir une bonne santé mentale et prévenir les troubles. On analysera par la suite les difficultés et les systèmes de soutien permettant de traiter les problématiques liées au passage à la vie adulte, avant de voir, en conclusion, que les mesures à prendre doivent être pluridisciplinaires et bien coordonnées entre les secteurs de l'enseignement, de la santé et de l'emploi.

5.2. Les problèmes de santé mentale chez les enfants et les adolescents

Des données sur les États-Unis montrent que 50 % des troubles mentaux (tous types confondus) apparaissent avant l'âge de 15 ans et que 75 % d'entre eux apparaissent avant 25 ans (tableau 5.1). L'âge moyen d'apparition est bien plus précoce pour les troubles liés à l'anxiété et à la maîtrise de ses impulsions (11 ans) que pour ceux associés à l'usage de substances psycho-actives (20 ans) ou à l'humeur (30 ans). En outre, l'âge auquel apparaît la plupart des troubles susceptibles de perdurer à l'âge adulte se situe dans des intervalles relativement étroits, par exemple entre 6 et 21 ans pour les troubles de l'anxiété et entre 7 et 15 ans pour ceux liés à la maîtrise de ses impulsions.

La prévalence des troubles mentaux chez les enfants augmente avec l'âge

Il n'existe que peu ou pas de données comparables à l'échelle internationale sur la santé mentale des enfants. L'Enquête HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*), menée en coopération avec l'OMS, comprend un indicateur non clinique de la santé mentale, qui

Tableau 5.1. **La plupart des troubles mentaux apparaissent généralement au cours de l'enfance ou de l'adolescence**

Prévalence et âge d'apparition des troubles mentaux, États-Unis, 2001-03

	Prévalence (%)			Âge moyen d'apparition	Distribution des âges d'apparition (25 ^e -75 ^e percentile)
	18 à 29 ans	30 à 44 ans	45 à 59 ans		
Troubles liés à l'anxiété	30	35	31	11	6-21
Troubles de l'humeur	21	25	23	30	18-43
Troubles liés à la maîtrise de ses impulsions	27	23	–	11	7-15
Troubles liés à l'usage de substances psycho-actives	17	18	15	20	18-27
Troubles mentaux divers	22	23	16	14	7-24

– : Non évalué dans cette catégorie d'âge.

Source : D'après Kessler et al. (2005), « Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication ».

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932569214>

traduit l'état de santé psychologique et somatique, et qui est influencé par la présence de troubles psychosomatiques et par la détresse psychologique¹.

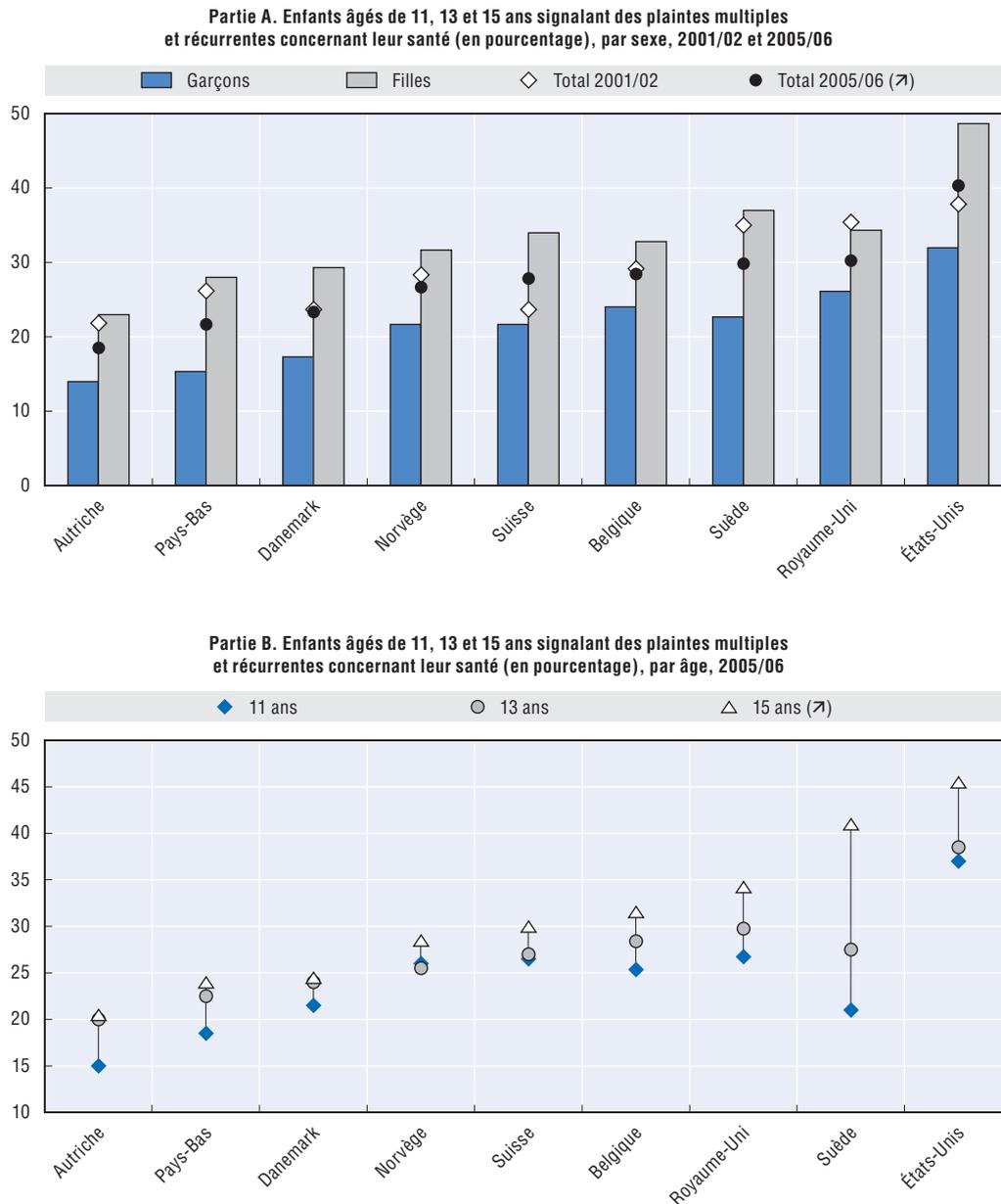
Les données dont on dispose pour certains pays de l'OCDE donnent à penser que 20 à 40 % des enfants de 11 à 15 ans se plaignent de multiples troubles psychosomatiques récurrents, même si dans la plupart de ces pays, leur prévalence a légèrement reculé entre 2001/02 et 2005/06 – sauf aux États-Unis et en Suisse (graphique 5.1). Les plaintes répétées sont plus nombreuses chez les filles que chez les garçons (partie A) et augmentent avec l'âge – même si la hausse n'est importante que dans quelques pays seulement (partie B).

En outre, le bien-être psychosomatique est plus faible chez les enfants de familles modestes que chez ceux de familles riches (graphique 5.2) – avec des écarts généralement compris entre 10 et 15 points de pourcentage. Étant donné que le revenu de la famille est difficile à connaître par le biais des enfants, qui l'ignorent ou ne veulent pas le dire, la situation socio-économique de la famille est estimée par l'échelle de richesse familiale (*family affluence scale* – FAS), qui repose sur un ensemble d'éléments reflétant les dépenses et consommations de la famille². Les enfants qui grandissent dans des milieux défavorisés sont exposés à des facteurs de risque que les autres ne connaissent pas ou peu, par exemple des soucis financiers majeurs, un parent au chômage, un logement surpeuplé, etc. (voir également l'encadré 5.1). Ces facteurs de stress et ces difficultés peuvent nuire au développement psychologique et au bien-être, et déboucher sur des problèmes sociaux, psychologiques et comportementaux (par exemple, des difficultés à être sûr de soi, à se concentrer ou à maîtriser son agressivité).

Les troubles mentaux sont plus courants chez les jeunes que chez les adultes

Environ un jeune sur quatre de 15 à 24 ans souffre de troubles mentaux reconnus. Ce chiffre va de 15 % en Autriche à 28 % en Norvège (graphique 5.3)³. Le rapport entre la prévalence chez les jeunes (15-24 ans) et la population totale (15-64 ans), présenté dans le graphique 5.4, montre que, dans l'ensemble, la jeune génération a plus souvent des problèmes de santé mentale que la population totale dans la plupart des pays – à l'exception de l'Autriche, des Pays-Bas et de la Suisse. Ce schéma s'éloigne très nettement du taux de variation du *handicap* en fonction de l'âge, qui a tendance à augmenter

Graphique 5.1. **Les plaintes psychosomatiques sont plus nombreuses chez les filles et augmentent avec l'âge**



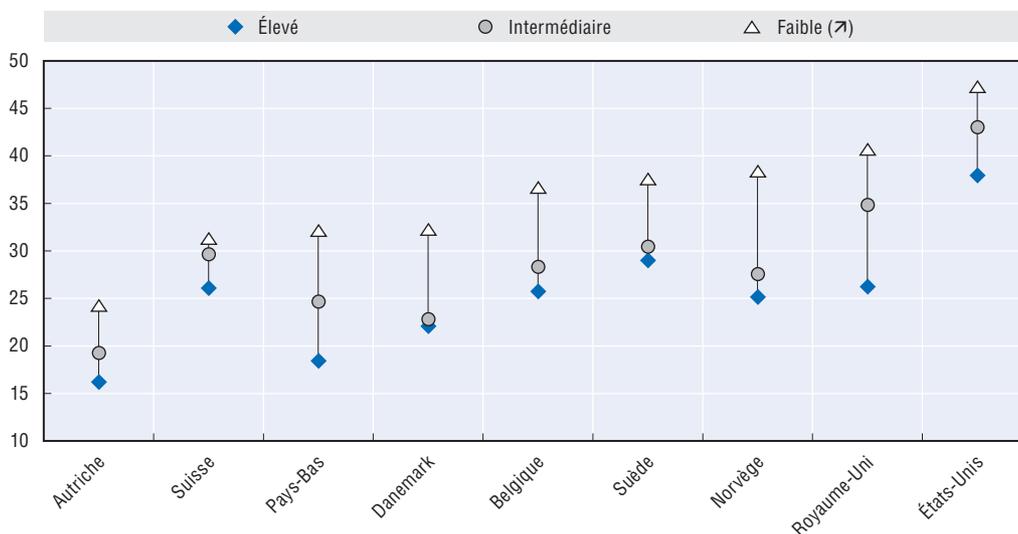
Source : Enquête sur les comportements liés à la santé chez les enfants d'âge scolaire (HBSC).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932568739>

notablement avec l'âge (OCDE, 2010a). La prévalence relative des problèmes mentaux modérés est cependant très différente de la prévalence relative des troubles graves : si les deux sont plus fréquents chez les jeunes que chez les adultes dans les pays nordiques, c'est l'inverse en Autriche, aux Pays-Bas et en Suisse. Dans les quatre autres pays, les troubles mentaux modérés et graves montre une prévalence relative inverse. Enfin, comme d'autres études le montrent (par exemple, Platel *et al.*, 2007), on n'observe pas sur la durée de tendance clairement établie de la prévalence des troubles mentaux chez les jeunes (graphique 5.3).

Graphique 5.2. Les plaintes psychosomatiques chez les enfants diminuent avec la richesse familiale

Enfants d'âge scolaire signalant des plaintes multiples et récurrentes concernant leur santé, en fonction du degré de richesse familiale^a, 2005/06



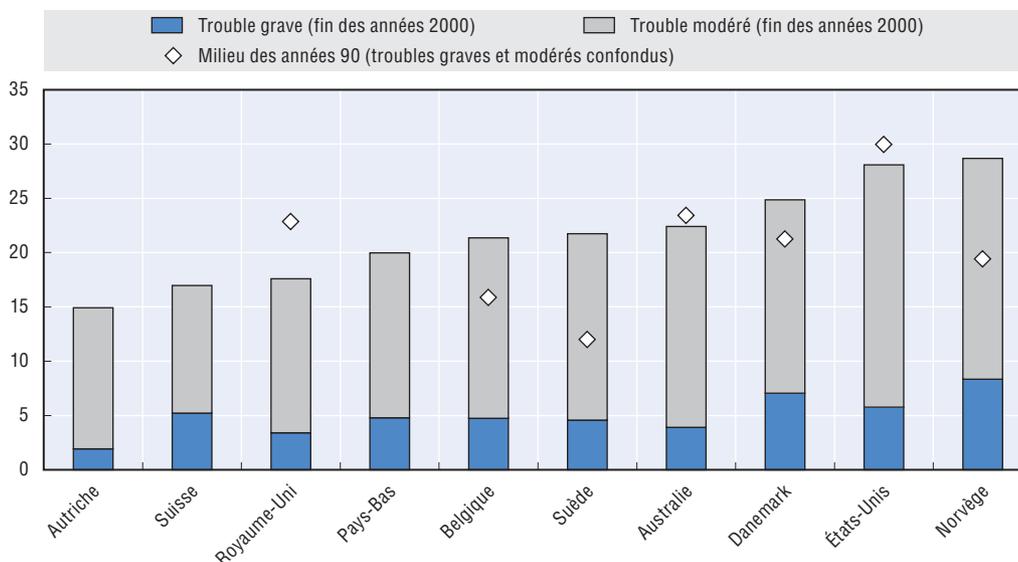
a) L'échelle de richesse familiale est fondée sur une note générale concernant quatre éléments [la famille possède-t-elle une (des) voiture(s), un (des) ordinateur(s), l'enfant a-t-il sa propre chambre et combien de jours de congés la famille prend-elle ?] et est utilisée comme indicateur indirect du revenu du ménage.

Source : Enquête sur les comportements liés à la santé chez les enfants d'âge scolaire (HBSC).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932568758>

Graphique 5.3. Environ un jeune sur quatre est atteint d'un trouble mental

Jeunes de 15 à 24 ans atteints d'un trouble mental, en pourcentage de l'ensemble des jeunes, fin des années 2000 et milieu des années 90

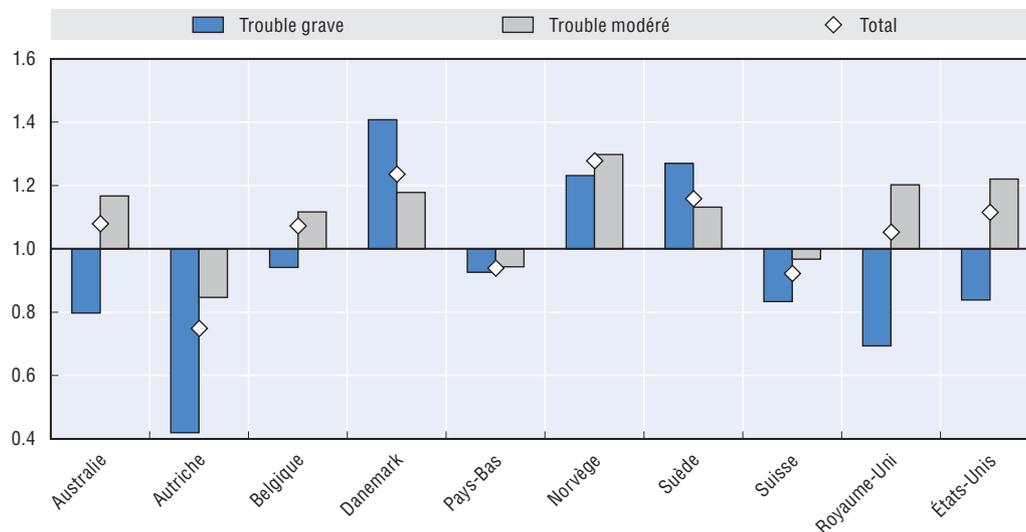


Source : Enquêtes nationales sur la santé (voir le graphique 1.3).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932568777>

Graphique 5.4. La prévalence des troubles mentaux est plus élevée chez les jeunes que dans l'ensemble de la population

Rapport entre la prévalence chez les jeunes (15-24 ans) et celle de l'ensemble de la population (15-64 ans), fin des années 2000



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

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932568796>

Si les jeunes présentent en général des troubles modérés, plutôt que graves, dans la plupart des pays (à l'exception des pays nordiques), c'est parce que les troubles ne sont pas aussi chroniques à cet âge, en raison de la période plus courte qui s'est écoulée depuis leur apparition. Il s'agit là d'une opportunité qu'il faut exploiter et qui donne également à penser qu'une intervention précoce peut contribuer à empêcher que des troubles modérés ne s'aggravent.

5.3. Le système éducatif

L'école peut jouer un grand rôle dans la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles chez les enfants et les adolescents. Les enfants passant une bonne partie de la journée à l'école, leurs enseignants ont un contact direct avec eux et peuvent ainsi se faire une idée assez précise de leurs problèmes. Ils peuvent également prendre contact avec les parents relativement facilement. Outre les connaissances et les savoir-faire qu'ils acquièrent, les enfants développent également à l'école leur personnalité, leurs relations avec les autres ainsi que d'autres aptitudes sociales et psychologiques. L'école est donc le lieu idéal pour recenser les facteurs de risque, créer des facteurs de protection qui favorisent la résilience et aider les enfants et adolescents vulnérables, soit dans l'enceinte de l'établissement, soit en les aiguillant vers les services compétents en dehors du système scolaire.

Les études empiriques menées semblent indiquer que la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles chez les enfants et les adolescents peuvent contribuer à améliorer la santé mentale, même si la mise en œuvre concrète de ces programmes semble très variable (OMS, 2004). Les programmes destinés à favoriser la santé mentale ou à prévenir les troubles peuvent être universels (promotion du bien-être mental de tous les enfants et adolescents) ou ciblés sur des groupes *vulnérables* – tels que les enfants ayant des problèmes sociaux, psychologiques et comportementaux – ou sur les enfants atteints de troubles mentaux ou en voie de rétablissement.

Un système de santé mentale efficace doit se composer de programmes universels et de programmes ciblés (OMS, 2005). Les interventions ciblées présentent l'avantage d'investir des ressources limitées en direction des groupes qui en ont le plus besoin, alors que les services universels permettent de lutter contre les préjugés et la discrimination des groupes vulnérables. En s'attachant à offrir à tous les enfants et adolescents un environnement pédagogique favorable, les établissements scolaires peuvent promouvoir la santé, le bien-être et l'apprentissage, et empêcher les brimades et les comportements préjudiciables, contribuant ainsi de manière importante à préserver la santé mentale des élèves. Les services universels permettent également d'identifier les risques nouveaux et de recommander des actions ciblées. En outre, la recherche montre que les programmes de prévention, de promotion et d'action qui portent sur plusieurs niveaux simultanément (par exemple, modifier l'environnement pédagogique, améliorer les capacités individuelles des élèves et faire participer les parents) sont généralement plus efficaces que ceux qui ne font intervenir qu'un seul niveau (Domitrovich et al., 2005).

Toutefois, le système d'enseignement fait face à des difficultés de taille telles que la mise en place de programmes de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles. Face à l'insuffisance des services de soutien, à laquelle s'ajoute la réticence des jeunes à demander de l'aide, le risque est que les enfants et adolescents concernés ne reçoivent pas l'aide dont ils ont besoin. Par ailleurs, on manque d'outils pour recenser les jeunes vulnérables à temps. Par la suite, nombre de ces jeunes quittent le système éducatif prématurément et compromettent ainsi durablement leur vie professionnelle.

Les services de soutien scolaire sont souvent insuffisants pour répondre aux besoins des jeunes

Les services de santé mentale à l'école étaient auparavant fournis aux élèves scolarisés dans des écoles spéciales, mais de nombreux pays ont récemment étendu leurs services de santé mentale et leurs services sociaux aux élèves de tous les types d'établissement. Les services de soutien scolaire comprennent désormais la prévention et le traitement de la consommation d'alcool et de stupéfiants, la gestion individualisée des cas, les conseils individuels et en groupe, et l'orientation vers les systèmes et prestataires collectifs chargés de la santé mentale.

En outre, beaucoup de pays essaient de ne pas accentuer la marginalisation des enfants ayant des troubles mentaux (et physiques) en les scolarisant dans les écoles ordinaires, tout en leur apportant un soutien spécialisé (OCDE, 2007)⁴. Certains établissements scolaires s'efforcent également de faire adopter aux enfants non handicapés une attitude plus acceptable vis-à-vis de leurs camarades handicapés (Gray, 2002). Seul un très petit nombre d'enfants et d'adolescents atteints de troubles mentaux graves peuvent devoir suivre les cours dans des écoles spécialisées si leur apprentissage et leur développement ne peuvent être gérés au sein d'un établissement ordinaire⁵. Les parents ont généralement le droit de décider où leur enfant sera scolarisé, même si de nombreuses garanties et barrières sont mises en place pour décourager les parents de choisir d'emblée une école spécialisée. Les enfants et les adolescents inscrits dans un programme spécialisé au sein d'un établissement ordinaire peuvent demander un soutien auprès de leurs enseignants, une aide pour les actes médicaux ou un plan d'apprentissage individualisé, tandis que les parents, les enseignants et le personnel scolaire reçoivent des conseils, un soutien et une formation sur les troubles

mentaux (la réalité pouvant être différente quand le financement manque, voir ci-dessous). Certaines écoles proposent des cours spéciaux au sein du programme général afin d'apporter un soutien plus ciblé en fonction des besoins des enfants.

Toutefois, malgré cette évolution bénéfique vers une offre plus large de services de santé mentale au sein du système scolaire ordinaire, ces services sont souvent insuffisants pour répondre aux besoins des jeunes. En particulier, le lien avec les autres systèmes collectifs reste problématique dans de nombreux pays. Une collaboration efficace entre les éducateurs, les prestataires de soins primaires et les professionnels des troubles mentaux est pourtant essentielle pour mettre en œuvre des services de santé mentale de qualité en direction des enfants et des adolescents (Stephan *et al.*, 2007). D'autres difficultés subsistent, notamment des moyens insuffisants entraînant une charge de travail très importante pour les conseillers, les travailleurs sociaux et les psychologues scolaires ; un manque général de formation des enseignants et du personnel scolaire ; une coordination difficile de l'ensemble des services de prévention et d'action ; et une évaluation limitée des résultats des services en vue d'améliorer les programmes (Weist *et al.*, 2007). Ainsi, les financements peuvent être temporaires et volatiles, et non être issus d'allocations publiques stables. Même dans les pays ayant mis en place un budget identifiable pour les services de santé mentale des enfants et des adolescents, le niveau des ressources est loin d'atteindre celui des services destinés aux adultes (Belfer, 2008).

Les jeunes hésitent à demander l'aide des professionnels

De très nombreuses études, portant sur différents pays, soulignent la réticence des jeunes à demander l'aide de professionnels pour leurs problèmes de santé mentale (par exemple, Rickwood *et al.*, 2007). Si tous les jeunes atteints de troubles mentaux n'ont pas besoin de traitement, le recours à des professionnels est également très faible chez ceux qui présentent les symptômes les plus graves (Zachrisson *et al.*, 2006). Même lorsque des enfants sont recensés comme étant « vulnérables » à l'issue d'un test de détection des problèmes de santé mentale, de nombreuses familles ne demandent pas d'aide (Hacker *et al.*, 2006).

Cette difficulté s'explique en grande partie par le manque d'information et de connaissance sur les problèmes de santé mentale, les risques associés, les causes et les traitements efficaces, ainsi que sur la façon de trouver ces informations et les services compétents (Kelly *et al.*, 2007). Les amis et la famille étant souvent consultés en premier, ils jouent un rôle important dans la détection précoce et la demande d'aide (Zachrisson *et al.*, 2006). Parmi les autres obstacles, on peut citer les problèmes de confidentialité, les préjugés, un accès limité aux services, la mauvaise réputation des services de santé mentale et, dans certains pays, le manque de financement (voir Anderson et Lowen, 2010, pour une vue d'ensemble).

Les pays essaient de plus en plus de sensibiliser le public aux problèmes de santé mentale chez les enfants et les adolescents, à travers des campagnes telles que *MindMatters* en Australie et en Suisse, et *Mental Health Awareness in Action* au Royaume-Uni. Plusieurs pays, comme le Danemark, mettent au point des programmes de formation destinés aux enseignants afin qu'ils puissent détecter les problèmes de santé mentale. En Autriche, les employés des centres de jeunes et des associations de jeunes sont de plus en plus formés à faire la distinction entre les problèmes « normaux » de l'adolescence et les signes de troubles mentaux. Le programme *KidsMatter Primary* en Australie met en avant le rôle des parents et place les conseils sur les responsabilités parentales au cœur du programme.

Si l'école peut offrir un cadre facilement accessible où les élèves connaissent le personnel (leurs enseignants mais pas uniquement) et leur font souvent confiance, les associations de jeunes et d'autres structures collectives ont la possibilité d'atteindre les jeunes déscolarisés. D'autres vecteurs de communication apparaissent (arts, musique, Internet, services téléphoniques, etc.) dans de nombreux pays et peuvent toucher des jeunes difficiles à atteindre et atténuer les problèmes de confidentialité (Anderson et Lowen, 2010).

Un système de détection pourrait faciliter le recensement précoce des groupes vulnérables

Un système de détection des problèmes de santé mentale peut contribuer à recenser les groupes vulnérables à un stade précoce et, s'il est correctement relié aux services préventifs, à réduire l'apparition de problèmes futurs (Albers *et al.*, 2007). Les enfants identifiés comme étant vulnérables pourraient ainsi être aiguillés vers des programmes d'action préventive avant que leur problème ne s'aggrave et ne nuise à leur développement et à leur réussite scolaire. Très peu de pays ont adopté un système de détection des problèmes de santé mentale chez les enfants, notamment parce qu'ils craignent que ces enfants ne soient catégorisés et stigmatisés. Les opposants aux procédures de détection estiment que la probabilité d'obtenir des résultats faux positifs est élevée, ce qui risque d'entraîner une anxiété injustifiée ou des préjugés à l'égard des enfants et de leurs parents. Par ailleurs, les tests de détection portent en général sur les manques et les problèmes, mais ne mettent pas en évidence les aptitudes positives des enfants ni les facteurs de protection qui peuvent empêcher l'apparition des troubles mentaux (Feeney-Kettler *et al.*, 2010).

Il convient cependant de noter que les systèmes de détection ne permettent pas de poser un diagnostic : ils déterminent uniquement le degré de risque de problèmes futurs auquel les enfants sont exposés et peuvent donc être considérés comme une première étape en vue d'une évaluation plus complète par un spécialiste. Seul le petit groupe d'enfants identifiés comme vulnérables serait soumis au diagnostic plus coûteux d'un spécialiste, ce qui allégerait la charge de ces professionnels et permettrait d'appliquer des programmes spécialisés plus rapidement pour les enfants concernés (Essex *et al.*, 2009). Les systèmes de détection, tels qu'ils s'appliquent actuellement aux États-Unis de manière facultative (Weist *et al.*, 2007), pourraient sensibiliser le public aux problèmes de santé mentale et réduire les préjugés et les peurs associés aux traitements, avec à la clé une probabilité plus grande de recenser rapidement les enfants concernés.

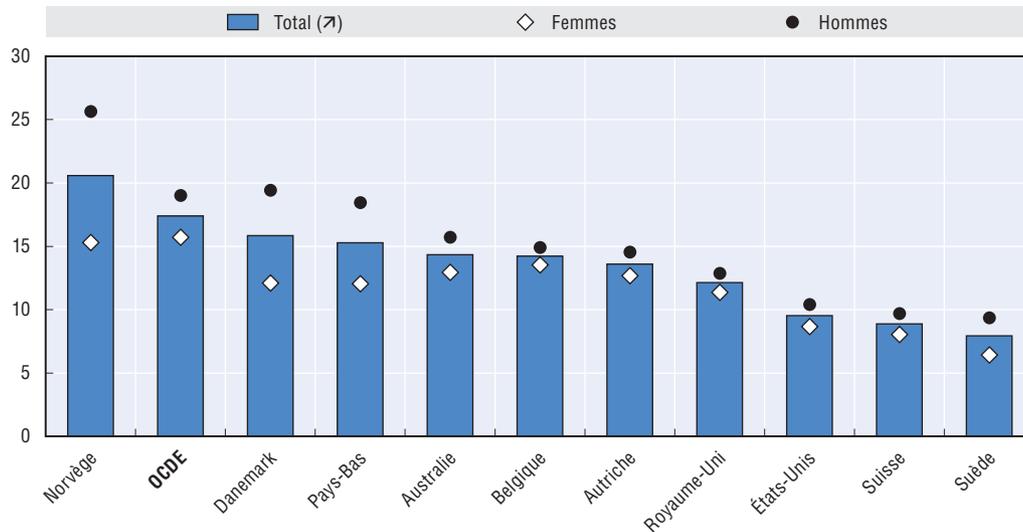
Les jeunes qui ne reçoivent pas d'aide risquent d'abandonner l'école

Les jeunes atteints de problèmes mentaux dont les besoins ne sont pas pris en compte peuvent voir leurs problèmes s'aggraver et risquent au bout du compte d'abandonner l'école. À titre d'exemple, les enquêtes menées par l'Office statistique de la Suède (2007) et l'Organisme national suédois en charge de l'enseignement (2007) montrent que les troubles mentaux sont l'une des premières causes d'abandon scolaire, ainsi que d'autres aspects liés à la santé mentale, tels que les violences à l'école, le désintérêt pour les cours, le manque d'engagement et de participation, l'anxiété à l'école et le manque d'aide et de soutien particulier de la part des enseignants. En outre, si beaucoup de jeunes qui ont quitté l'école prématurément finissent par décrocher un diplôme après quelques années, ceux qui sont atteints de troubles psychologiques et comportementaux ont très peu de chances d'obtenir à terme un diplôme de fin d'études secondaires (Wyckoff *et al.*, 2008).

Dans la zone OCDE, 17 % environ (2008) de l'ensemble des jeunes quittent l'école prématurément⁶ – neuf des dix pays couverts dans le présent rapport se situant en dessous de cette moyenne (graphique 5.5)⁷. Dans tous les pays, les garçons sont légèrement plus nombreux que les filles à quitter l'école prématurément. Malheureusement, il n'existe pas de données systématiques sur les causes de ces abandons ni sur le rôle des troubles mentaux dans ce (ou une partie de ce) phénomène. Il serait essentiel de collecter ces informations.

Graphique 5.5. Dans la zone OCDE, un jeune sur six environ quitte l'école prématurément

Pourcentages de jeunes âgés de 20 à 24 ans non scolarisés et ne possédant pas de diplôme de fin d'études secondaires, 2008



Source : OCDE (2010b), *Des débuts qui comptent ! Des emplois pour les jeunes*.

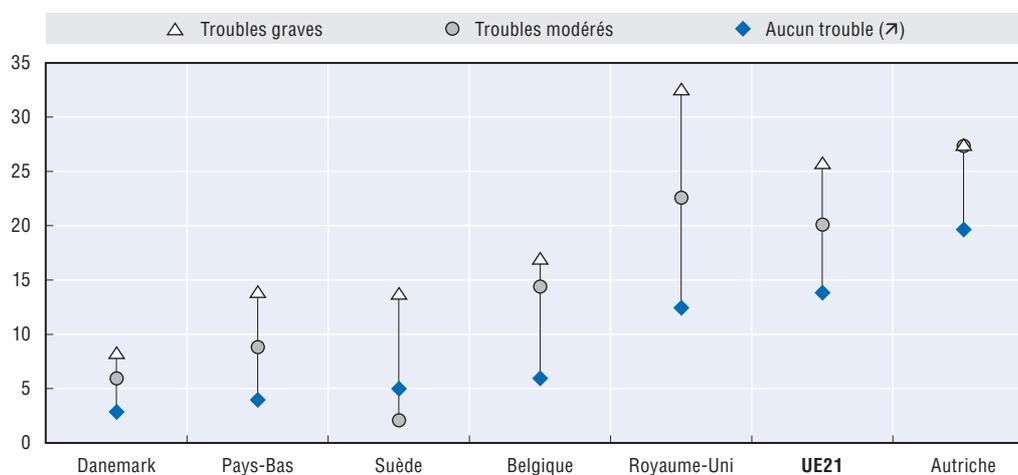
StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932568815>

Les données de l'Eurobaromètre contiennent des informations sur l'âge auquel les personnes interrogées ont arrêté leurs études – ce qui donne une indication sur les taux d'abandon – et sur leur état de santé mentale. Les personnes atteintes de troubles mentaux graves et modérés sont nettement plus nombreuses à quitter l'école avant l'âge de 15 ans (graphique 5.6) : respectivement, 26 et 20 % en moyenne dans les 21 pays européens, contre 14 % des personnes n'ayant aucun problème de santé mentale. En Autriche, en Belgique et au Danemark, les personnes atteintes de troubles mentaux modérés semblent aussi nombreuses à abandonner l'école que celles présentant des troubles graves, tandis qu'en Suède, les pourcentages relatifs aux personnes atteintes de troubles modérés se rapprochent de ceux des personnes n'ayant aucun trouble mental.

De même, les données longitudinales sur l'Australie et les États-Unis montrent qu'un quart environ des jeunes qui souffrent de troubles mentaux graves ou modérés à l'âge de 18 ans quitte l'école sans diplôme à 20 ans. En Australie, les jeunes ayant des problèmes de santé mentale graves et modérés ont également des résultats scolaires médiocres, alors qu'aux États-Unis, les jeunes atteints de troubles graves ont des résultats pires que ceux ayant des troubles modérés, qui, de leur côté, réussissent nettement moins bien que les jeunes qui n'ont pas de problème de santé mentale (tableau 5.2)⁸.

Graphique 5.6. Les personnes atteintes de troubles mentaux sont plus susceptibles d'arrêter prématurément leurs études à plein-temps

Pourcentage de personnes ayant arrêté leurs études à plein-temps avant l'âge de 15 ans, selon le degré de gravité des troubles mentaux, 2010



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

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932568834>

Tableau 5.2. Un jeune sur quatre ayant des problèmes de santé mentale quitte le lycée sans diplôme

Taux de diplômés chez les jeunes de 20 ans, selon le degré de gravité des troubles mentaux à l'âge de 18 ans (en pourcentage), Australie et États-Unis

	Australie (2006/09)			États-Unis (2002/05)		
	Trouble grave	Trouble modéré	Aucun trouble	Trouble grave	Trouble modéré	Aucun trouble
A terminé le lycée	73.4	74.7	83.7	69.0	78.5	84.0
A abandonné le lycée	26.6	25.0	16.0	29.8	20.7	14.8
Toujours au lycée	0.0	0.3	0.2	1.2	0.8	1.1

Note : Estimations pondérées en fonction de la population (2 340 jeunes en Australie et 3 289 aux États-Unis).

Source : Estimations de l'OCDE, à partir des enquêtes Youth in Focus (Australie) et National Longitudinal Survey of Youth 1997 (États-Unis).

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932569233>

Un petit nombre d'études laissent supposer qu'il existe un lien de cause à effet entre éducation et santé mentale. Ainsi, Chevalier et Feinstein (2007) montrent que l'obtention d'un diplôme de fin d'études secondaires réduit de 5 à 7 points de pourcentage le risque de dépression chez l'adulte. Particulièrement forte chez les femmes, cette influence reste manifeste même si l'on tient compte des aspects relatifs à l'emploi et à la situation familiale. Selon Conti *et al.* (2010), la corrélation entre niveau d'éducation et dépression est due quasiment pour moitié à un lien de cause à effet. Là encore, on constate que l'effet est plus marqué chez les femmes.

Conscients de l'importance de finir ses études secondaires, les décideurs mettent en place de multiples programmes de prévention et d'action afin de réduire autant que possible les taux d'abandon (OCDE, 2010b). Par exemple, l'initiative *Check and Connect* aux États-Unis a été élaborée pour encourager les jeunes en passe d'abandonner leurs études à rester à l'école et pour renforcer les liens entre le personnel scolaire, les élèves et les familles. *Youth Connections*, en Australie, offre un « filet de sécurité » aux jeunes qui ont quitté ou risquent de quitter le système scolaire, grâce à une gestion et à un soutien

personnalisés afin de les aider à revenir à l'école ou en formation. Enfin, dans de nombreux pays, les jeunes gens qui quittent l'école constituent un groupe prioritaire au sein des services publics de l'emploi et reçoivent des conseils et un soutien intensifs, sous forme de cours de la deuxième chance, d'expérience professionnelle (stages), etc. (voir plus loin).

Néanmoins, on s'intéresse peu aux problèmes de santé mentale chez les jeunes ayant abandonné l'école. Les éducateurs ne sont généralement pas formés pour reconnaître ces problèmes ou ne connaissent pas forcément les traitements et les actions visant les troubles mentaux, comme par exemple les actions cognitives/comportementales⁹. Pourtant, il serait utile d'améliorer le recensement et les actions ciblées en étroite coopération avec des professionnels de la santé mentale afin d'améliorer les taux de réussite scolaire (Goulding et al., 2010).

5.4. De l'adolescence à l'âge adulte

Passer de l'adolescence à l'âge adulte, cela signifie souvent quitter la maison pour vivre de manière indépendante, aller à l'université ou entrer dans la vie active, et éventuellement, fonder une famille. Ce sont des étapes charnières de la vie, mais pour un jeune atteint de troubles mentaux, le passage à la vie d'adulte est encore plus difficile, du fait de sa situation personnelle et de la complexité du système de santé mentale. Les jeunes adultes ont également plus de risques de voir apparaître des troubles nouveaux ainsi que des troubles concomitants à d'autres déjà présents.

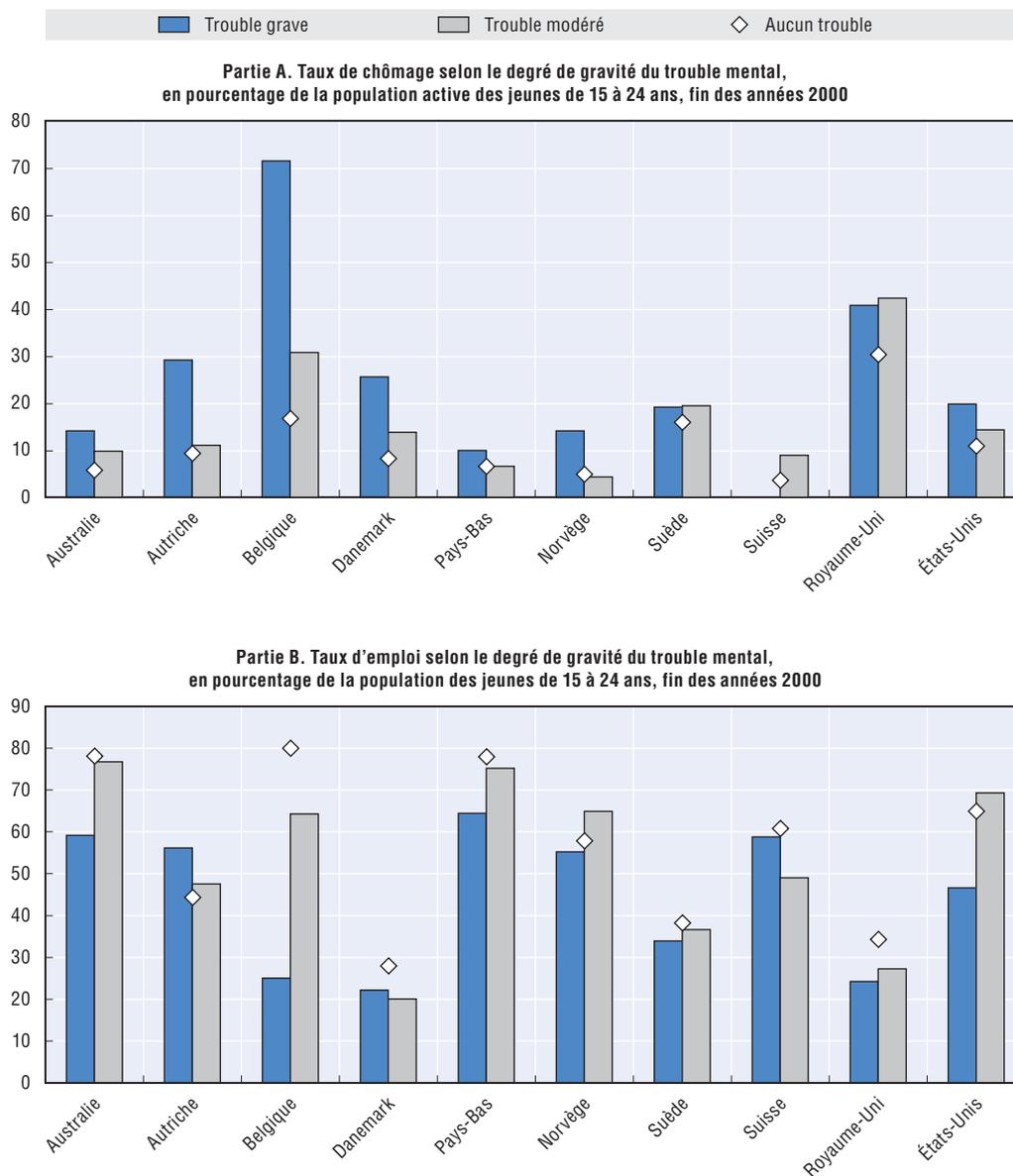
Les jeunes atteints de troubles mentaux dont le passage à l'âge adulte est difficile peuvent entraîner des coûts importants pour la société (depuis la dépendance à l'égard de l'aide sociale jusqu'aux activités criminelles) tout en contribuant peu à l'économie. Au sein de ce groupe, les jeunes femmes peuvent être confrontées à une difficulté supplémentaire : élever leurs enfants, et nombre d'entre elles ont du mal à s'en occuper correctement. Leurs enfants se heurtent à de nombreux problèmes et ont encore plus de risques de développer leurs propres troubles mentaux et d'enclencher ainsi un cercle vicieux. Il est donc essentiel de soutenir les jeunes qui passent à l'âge adulte afin qu'ils ne se retrouvent pas durablement exclus du marché du travail et de la société au sens large.

Cette partie étudie certaines informations disponibles sur le passage des jeunes atteints de troubles mentaux à l'université et à la vie active, à partir de données longitudinales pour quelques pays, avant de déterminer les principaux obstacles à une gestion réussie de ces périodes de transition, du point de vue du système de santé, du système d'enseignement, des structures de l'emploi et du régime de pension d'invalidité. Il est fait observer en conclusion qu'il est nécessaire de coordonner les différentes aides disponibles pendant le passage délicat à l'âge adulte.

Données sur les inscriptions dans l'enseignement supérieur et le taux d'activité

Comme les adultes, les jeunes atteints de troubles mentaux dans la plupart des pays sont globalement plus susceptibles d'être au chômage et moins susceptibles d'être salariés, ce qui montre les difficultés auxquelles ils sont confrontés pour s'insérer sur le marché du travail. Le taux de chômage des jeunes souffrant de troubles mentaux graves est supérieur de 5 à 20 points de pourcentage à celui des jeunes n'ayant pas de trouble (et jusqu'à 50 points en Belgique), alors que l'écart est compris entre 0 et 12 points pour les jeunes ayant de troubles modérés (graphique 5.7, partie A).

Graphique 5.7. **Les jeunes atteints d'un trouble mental grave enregistrent des taux d'emploi plus faibles et des taux de chômage plus élevés**



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

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932568853>

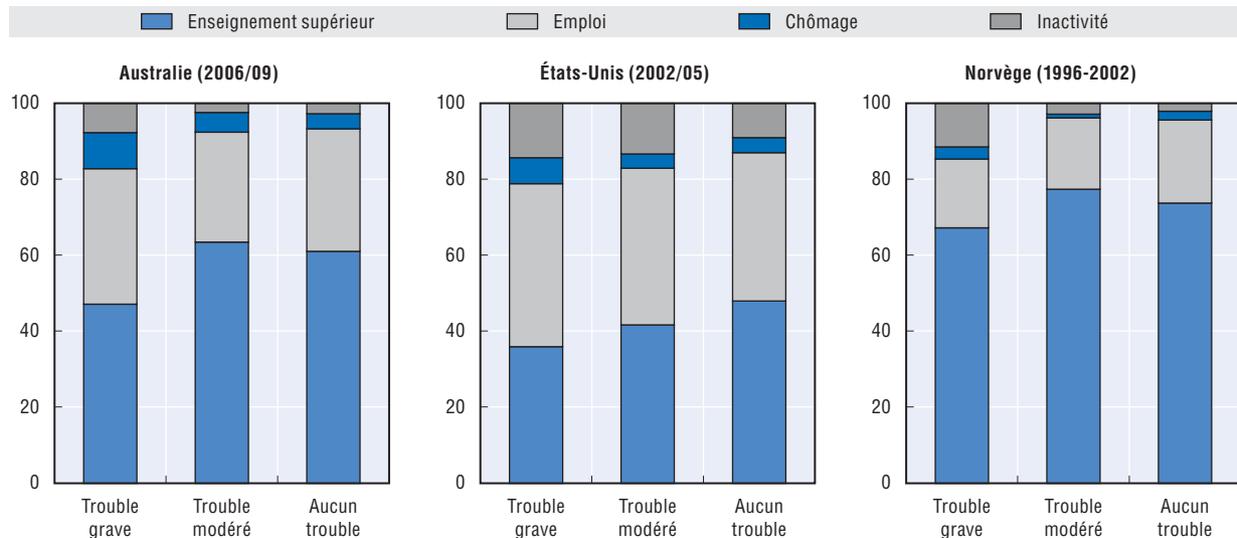
Dans la plupart des pays, le taux d'emploi des jeunes ayant des problèmes de santé mentale graves est également nettement inférieur à celui des jeunes qui n'en ont pas. Cependant, dans la mesure où une grande partie de ces jeunes a quitté l'école tôt, l'écart est bien moindre que pour les adultes (chapitre 1) – ce qui explique aussi pourquoi en Autriche et en Suisse, deux pays ayant un système de formation en apprentissage très développé, même les jeunes atteints de troubles mentaux graves affichent un taux d'emploi plus élevé que ceux qui n'en ont pas. L'écart avec le taux d'emploi des jeunes présentant des troubles modérés est très limité dans tous les pays (graphique 5.7, partie B), en partie parce qu'ils ont les mêmes possibilités d'emploi à leur entrée sur le marché du

travail, mais également parce que les jeunes atteints de troubles mentaux étant plus susceptibles d'abandonner leurs études secondaires ou de ne pas poursuivre d'études supérieures, ils ont tendance à se présenter plus tôt sur le marché du travail.

Les données longitudinales sur l'Australie, la Norvège et les États-Unis montrent que les jeunes atteints de troubles mentaux graves ont plus de difficultés à poursuivre des études supérieures¹⁰. Les jeunes atteints de troubles mentaux graves à l'âge de 18 ans sont nettement moins susceptibles d'être inscrits dans l'enseignement supérieur à 20 ans que ceux qui n'en ont pas (graphique 5.8). Aux États-Unis, c'est également vrai dans une moindre mesure pour les jeunes atteints de troubles modérés, alors qu'en Australie et en Norvège, les résultats de ce groupe diffèrent à peine de ceux des jeunes qui n'ont pas de troubles mentaux, ce qui laisse penser que ce groupe n'est pas confronté à des difficultés plus grandes pour entrer à l'université. Aux États-Unis, parmi ceux qui poursuivent des études supérieures, une petite proportion des jeunes souffrant de troubles mentaux (graves et modérés) s'inscrit à temps plein et un pourcentage plus grand s'oriente vers les programmes techniques ou les cursus courts plutôt qu'à l'université (où les études durent au moins quatre ans). Une étude américaine de Newman *et al.* (2009) révèle qu'au sein du groupe des jeunes souffrant de handicaps, ceux qui présentent des troubles mentaux ont des résultats bien inférieurs à ceux des autres : les jeunes adultes atteints de troubles psychologiques sont non seulement moins susceptibles de poursuivre des études supérieures que les autres jeunes souffrant de handicaps, mais ce sont également eux qui attendent le plus longtemps avant de commencer des études supérieures et qui sont les moins stables en termes d'assiduité (suivant les cours de certains semestres ou trimestres mais pas les autres)¹¹.

Graphique 5.8. Les jeunes qui présentaient un trouble mental à l'âge de 18 ans sont plus nombreux à avoir arrêté leurs études à 20 ans

Activité des jeunes de 20 ans qui présentaient un trouble mental à 18 ans, certains pays de l'OCDE



Note : Estimations pondérées en fonction de la population : 2 334 jeunes en Australie et 3 172 aux États-Unis. Les données de la Norvège sont non pondérées et se réfèrent à 1 228 jeunes représentatifs de la population âgée de 20 ans dans le comté de Nord-Trøndelag.

Source : Estimations de l'OCDE à partir des enquêtes Youth in Focus (Australie), Young HUNT (Norvège) et National Longitudinal Survey of Youth 1997 (États-Unis).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932568872>

Ces données longitudinales confirment également l'entrée précoce, mais difficile, sur le marché du travail, des jeunes atteints de troubles mentaux graves. Les jeunes qui avaient des problèmes de santé mentale à 18 ans ont plus de chances d'avoir un travail à 20 ans que ceux qui n'en ont pas, mais ils sont aussi nettement plus susceptibles d'être au chômage ou inactifs (graphique 5.8). En outre, les données sur les États-Unis montrent également qu'à l'âge de 25 ans, ils ont un salaire sensiblement inférieur, même s'ils ont occupé le même nombre d'emplois au cours des cinq dernières années (tableau 5.3).

Tableau 5.3. À 25 ans, les jeunes Américains souffrant d'un problème de santé mentale gagnent moins d'argent et changent plus souvent d'emploi

Résultats sur le plan professionnel des jeunes de 25 ans qui présentaient un trouble mental à l'âge de 18 ans, par degré de gravité du trouble mental, États-Unis, 2007

	Trouble grave	Trouble modéré	Aucun trouble
Salaire horaire (en USD)	13.2	15.6	15.9
Nombre d'emplois occupés depuis l'âge de 20 ans	4.2	4.1	3.9

Note : Estimations pondérées en fonction de la population (1 655 jeunes).

Source : Estimations de l'OCDE à partir de la *National Longitudinal Survey of Youth 1997*.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932569252>

Là encore, les résultats sur le plan professionnel des jeunes atteints de troubles modérés sont très proches de ceux des jeunes qui n'en souffrent pas. Il est donc essentiel d'assurer des perspectives de carrière à ces jeunes afin d'empêcher des résultats négatifs plus tard. Pourtant, une étude britannique montre que les jeunes ayant des problèmes de santé mentale sont moins susceptibles d'occuper des postes à responsabilités (spécialistes et dirigeants) à l'âge de 26 ans que ceux qui n'ont pas de handicap ou qui en ont d'autres (Burchardt, 2005)¹². Parmi les jeunes Américains présentant des handicaps, ceux qui sont atteints de troubles psychologiques ont le taux de rotation le plus élevé et sont les moins susceptibles d'informer leur employeur de leur handicap (Newman *et al.*, 2009).

Par ailleurs, de nombreux jeunes adultes ne sont pas conscients qu'ils ont un problème de santé mentale ou ont du mal à l'accepter et donc à demander de l'aide. En Australie par exemple, respectivement la moitié et les trois quarts des jeunes de 18 ans atteints de troubles graves et modérés n'ont jamais été diagnostiqués comme tels par un professionnel de la santé (tableau 5.4). Dans la même veine, aux États-Unis, plus de 60 % des élèves jugés par leur établissement secondaire comme ayant des troubles psychologiques ne se considéraient pas comme tels au moment où ils sont passés dans

Tableau 5.4. Les jeunes atteints d'un trouble mental sont peu nombreux à avoir été diagnostiqués par un professionnel de la santé

Proportion de jeunes de 18 ans ayant fait l'objet d'un diagnostic de dépression ou d'anxiété (en pourcentages), selon leur état de santé mentale, Australie, 2006/09

		État de santé mentale à 18 ans		
		Trouble grave (5.0)	Trouble modéré (16.2)	Aucun trouble (78.8)
Un professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que vous souffriez de dépression ou d'anxiété ?	Oui (11.7)	22.9	37.6	39.5
	Non (88.2)	2.6	13.4	84.0
Proportion n'ayant jamais été diagnostiquée		46.2	72.8	94.1

Note : Estimations pondérées en fonction de la population (2 340 jeunes).

Source : Estimations de l'OCDE à partir de l'enquête australienne *Youth in Focus*.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932569271>

l'enseignement postsecondaire. Parmi ceux qui estimaient effectivement qu'ils avaient des problèmes psychologiques, près de la moitié n'en ont pas informé leur établissement d'enseignement postsecondaire (Newman *et al.*, 2009). D'un autre côté, 40 % des jeunes Australiens pour lesquels on a diagnostiqué une dépression ou de l'anxiété ne sont pas considérés comme ayant un problème de santé mentale à l'âge de 18 ans (tableau 5.4), en partie parce que les troubles dont souffrent ces jeunes ne dépassent plus le seuil clinique (du moins pas au moment de l'entretien).

Interruption des aides et des services à l'âge adulte

Devenir adulte suppose souvent une interruption des aides et services. Jusqu'à l'âge de 18-21 ans ou jusqu'à ce qu'ils finissent leurs études secondaires (selon les pays), les jeunes atteints de troubles mentaux relèvent généralement du ministère de l'Enseignement. Après cela, différents systèmes interviennent et, encore plus qu'auparavant, le niveau du soutien proposé à ces jeunes dépendra de leur propre capacité à exprimer leurs besoins et à trouver eux-mêmes les services et structures disponibles. En outre, de nombreux pays définissent les handicaps des adultes en termes de capacité de travail réduite et non plus en termes de besoins éducatifs comme c'est le cas pour les handicaps ou les problèmes de santé des enfants et des adolescents. Ce changement de définition implique non seulement de reprendre à zéro des démarches administratives qui peuvent prendre du temps et de l'énergie, mais il suppose également que de nombreux jeunes adultes n'ont plus droit aux aides qui leur étaient apportées pendant l'enfance et l'adolescence.

Cette rupture des services se produit alors que de nombreux jeunes souffrant de troubles mentaux ont particulièrement besoin de soutien et d'assistance pour surmonter les nombreux obstacles auxquels ils se heurtent lorsqu'ils entrent dans l'âge adulte. Les problèmes d'ordre social auxquels ces jeunes sont confrontés sont souvent passés sous silence, les familles n'ayant pas toujours les moyens de les aider financièrement pendant cette période de transition. Par ailleurs, les jeunes atteints de troubles mentaux ont souvent des difficultés à développer leur sens de l'autonomie, à établir des relations matures avec leurs parents et les autres adultes et à entretenir des relations étroites avec leurs amis (Osgood *et al.*, 2005). Le risque de grossesses non désirées ou de délinquance, de consommation de stupéfiants ou de chômage est également plus élevé (voir plus haut). Au-delà d'un accès ininterrompu aux services de santé compétents, certains de ces jeunes adultes peuvent nécessiter l'attention continue d'une personne chargée de les aider à finir leurs études secondaires ou à poursuivre des études supérieures, à trouver un emploi et à vivre une vie indépendante.

Le système de santé

Malgré la forte prévalence des troubles mentaux pendant l'adolescence, le recours aux services de santé mentale se réduit considérablement lors du passage à l'âge adulte. Aux États-Unis par exemple, Pottick *et al.* (2007) montrent que ce recours passe de 34 % chez les 16-17 ans à 18 % seulement chez les 18-19 ans, la baisse la plus importante concernant les services de consultations externes, autrement dit ceux qui concernent sans doute davantage les jeunes atteints de troubles mentaux modérés. Non seulement c'est à cet âge intermédiaire que l'offre de services est la plus faible (Bailey et Dolan, 2004), mais ces jeunes se heurtent également à des obstacles importants pour obtenir les aides adaptées lorsqu'ils quittent le système de santé des enfants (Davis, 2003). Les services de santé pendant le passage à l'âge adulte des jeunes diagnostiqués comme ayant un problème de

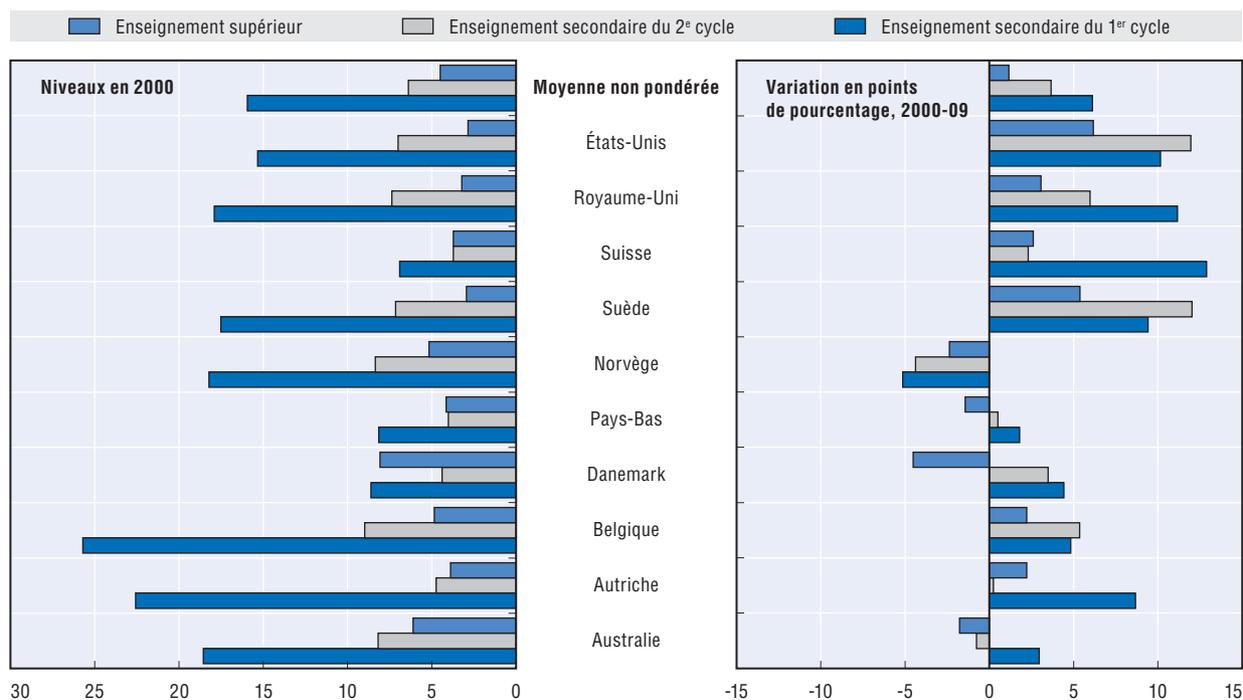
santé mentale et/ou des troubles psychologiques graves sont morcelés et désorganisés dans de nombreux pays. Les règles d'admission changent selon l'âge et le diagnostic, et les programmes pâtissent de modes de financement et de principes différents.

L'enseignement supérieur

Dans une économie de plus en plus axée sur le savoir, il est essentiel de favoriser l'accès des jeunes atteints de troubles mentaux aux études supérieures, afin qu'ils aient plus de débouchés et des revenus plus élevés. Ainsi, le taux de chômage des jeunes qui n'ont pas fini leurs études secondaires est en général bien plus élevé et s'aggrave encore depuis dix ans (graphique 5.9). Les résultats scolaires inférieurs des jeunes souffrant de troubles mentaux sont donc extrêmement préoccupants. Néanmoins, il ne suffit pas d'améliorer l'accès de ces jeunes à l'université puisqu'ils sont plus susceptibles que les autres d'abandonner leurs études, malgré leurs capacités intellectuelles et leur potentiel (Newman *et al.*, 2009).

Graphique 5.9. **Les jeunes diplômés de l'enseignement supérieur réussissent nettement mieux sur le marché du travail**

Taux de chômage des jeunes de 15 à 29 ans en 2000 et évolution (en points de pourcentage) de ce taux entre 2000 et 2009, par niveau d'études



Source : OCDE (2011), *Regards sur l'éducation : Les indicateurs de l'OCDE*.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932568891>

Les études supérieures entraînent de nouvelles angoisses, associées par exemple au fait de quitter la maison et le lycée pour un cadre moins structuré, un travail autonome, des examens et des pressions financières et sociales. Bien que le stress ne soit pas véritablement en soi une cause de troubles mentaux, il peut accentuer les symptômes d'ordre psychologique ou exacerber des troubles déjà présents. Les étudiants ne sont pas toujours conscients de leurs problèmes de santé mentale et risquent tout simplement d'abandonner leurs études à cause de résultats médiocres. Et même lorsqu'ils en sont conscients, la piètre estime qu'ils ont d'eux-mêmes et les préjugés peuvent les empêcher de demander de l'aide.

Des difficultés de taille se dressent face à l'accès et à la continuité des aides et des soins aux étudiants souffrant de troubles mentaux (Grant, 2002). Les services de santé mentale fournis dans le cadre de l'université comprennent généralement des services médicaux, des programmes de promotion de la santé mentale, des services de soutien et des conseils professionnels. Certaines universités proposent également en interne des traitements psychiatriques. Pourtant, les étudiants en difficulté, et notamment la grande majorité qui présente des troubles mineurs et modérés, ne se tournent pas nécessairement vers les services officiels mais cherchent d'abord des aides plus familières, comme des amis, tuteurs ou parents (Grant, 2002). Il faut largement diffuser les informations relatives à la santé mentale afin de sensibiliser les étudiants et le personnel universitaire et améliorer ainsi une détection précoce. Un conseiller spécialisé dans la santé mentale, auprès de qui les étudiants et le personnel peuvent obtenir des renseignements, peut également favoriser une action rapide et, si nécessaire, l'aiguillage vers des services spécialisés (voir par exemple Royal College of Psychiatrists, 2003).

Le marché du travail

Dans tous les pays de l'OCDE, les jeunes peuvent obtenir une aide à la recherche d'emploi dans le cadre du service public de l'emploi (SPE). La transition des études à un emploi stable étant difficile pour de nombreux jeunes (et pas uniquement pour ceux qui ont des problèmes de santé mentale), les jeunes chômeurs constituent en général l'un des groupes cibles des programmes actifs du marché du travail (PAMT), notamment l'aide à la recherche d'emploi, l'orientation professionnelle, les stages et les formations, organisés par le SPE (OCDE, 2010b).

L'une des difficultés majeures associées à ces PAMT tient au fait que les jeunes les plus désavantagés, dont les jeunes atteints de troubles mentaux font partie, sont difficiles à atteindre. Seuls les plus motivés se rendent généralement d'eux-mêmes au SPE pour participer à ces programmes, mais de nombreux autres ne cherchent pas de travail ou, s'ils en cherchent un, ne sont pas incités à s'inscrire auprès du SPE. Dans la plupart des pays de l'OCDE, les jeunes qui quittent l'école et ceux qui n'ont pas suffisamment d'expérience professionnelle n'ont pas droit aux indemnités de chômage, alors que l'accès aux mesures en faveur de l'emploi se limite souvent aux allocataires (OCDE, 2010b), ce qui fait que les PAMT n'atteignent pas nécessairement ceux qui en ont le plus besoin. S'ils s'y inscrivent, la question est de savoir s'ils doivent ou non parler de leur état de santé mentale, de sorte que les agents du SPE puissent les aider au mieux, ce qui pose également la question de savoir si le SPE dispose des moyens nécessaires pour identifier les troubles mentaux et les besoins correspondants (voir chapitre 4).

Atteindre les jeunes ayant des problèmes de santé mentale représente donc un problème difficile à résoudre. Pourtant, il est capital de s'y prendre tôt pour empêcher ces jeunes de glisser dans le chômage de longue durée et l'inactivité, qui supposent non seulement une très grande détresse chez les personnes touchées, mais aussi un coût persistant pour la société. Cet aspect est d'autant plus important que la première expérience professionnelle est déterminante pour la suite de la carrière de ces jeunes.

Certains pays ont récemment renforcé leurs programmes destinés aux groupes désavantagés. Par exemple, la collaboration plus étroite instaurée en 2009 en Angleterre entre *Connexions Services* – chargé des services d'orientation et d'aide pour tous les jeunes de 13 à 19 ans – et *Jobcentre Plus* – SPE chargé des demandeurs d'emploi à partir de 18 ans – empêche les jeunes vulnérables de perdre tout lien avec le marché du travail (OCDE, 2010b).

Les centres d'orientation pour la jeunesse au Danemark et l'organisme norvégien en charge du travail et de la protection sociale ont l'obligation de prendre contact avec les jeunes de moins de 25 ans (24 ans en Norvège) qui sont déscolarisés et sans emploi. Dans ces deux pays, les structures coopèrent étroitement avec les autorités chargées du marché du travail et avec celles chargées de l'enseignement afin d'aider ces jeunes à reprendre leurs études ou à trouver un emploi (Duell *et al.*, 2009 ; et OCDE, 2010c).

Autre problème : les PAMT classiques ont peu de chances de réussir auprès des jeunes atteints de troubles mentaux, qui cumulent en général plusieurs facteurs de risques sociaux (niveau d'études faible, consommation de stupéfiants, pauvreté, par exemple). Même si de nombreux pays de l'OCDE ont mis au point des PAMT intensifs pour les jeunes désavantagés, y compris pour ceux atteints de troubles mentaux, ils sont rares à aller au-delà des mesures d'activation classiques que sont l'aide à la recherche d'emploi, l'orientation professionnelle, les stages ou les formations. La recherche montre que les services et les aides destinés aux personnes souffrant de troubles mentaux doivent inclure non seulement des mesures de formation/d'activation, mais aussi un encadrement étroit, une aide à l'emploi et au revenu, des services de santé, une aide au transport et au logement. Le plus dur est souvent de garder son emploi, c'est pourquoi la personne doit être accompagnée même après avoir trouvé un emploi.

Dans les pays où des programmes intensifs sont proposés, ils se limitent souvent à un petit nombre de personnes souffrant de déficiences graves, et les jeunes atteints de troubles modérés n'y ont pas forcément droit, alors qu'ils ont également besoin d'aide. Ainsi en Autriche, un encadrement en cours d'emploi est proposé aux jeunes handicapés à 50 % au moins, tandis qu'aux États-Unis et en Suède, des programmes d'aide à l'emploi renforcés sont proposés aux personnes qui perçoivent une pension d'invalidité. L'Australie a de son côté amélioré la collaboration inter-organismes pour tous les demandeurs d'emploi, qui utilisent désormais un service unique (*Centrelink*), qui fait le lien entre les services de l'emploi et les services sociaux, mais aussi les services de santé et du logement.

Hausse du nombre de jeunes adultes bénéficiaires d'une pension d'invalidité

Les jeunes adultes souffrant de troubles mentaux qui ne parviennent pas à entrer sur le marché du travail sont de plus en plus nombreux à finir par toucher une pension d'invalidité. En fonction de la réglementation nationale, cette évolution peut se produire très tôt dans la vie, souvent autour de 18 ans aux États-Unis, aux Pays-Bas et en Suède, parfois avec des règles d'admissibilité particulières et des critères spéciaux pour déterminer le niveau de la pension (tableau 5.5). Ces jeunes gens n'ont en général jamais travaillé ou alors très peu, et bien que le montant de la pension qu'ils perçoivent soit souvent forfaitaire et proche du niveau du salaire minimum dans plusieurs pays, cela peut constituer à court terme un frein considérable à la recherche d'emploi compte tenu des possibilités d'emploi et de revenu apparemment limitées qui s'offrent à ces jeunes. À plus long terme, le risque est de ne pouvoir compter toute sa vie que sur un revenu faible.

Le taux d'allocataires d'une pension d'invalidité chez les 20-34 ans, qui est en moyenne de 2 % dans l'OCDE (près de 4 % aux Pays-Bas et au Royaume-Uni), est en progression dans la plupart des pays depuis dix ans (OCDE, 2010a). Dans un certain nombre de pays, cette hausse a été particulièrement rapide chez les moins de 25 ans et, parmi eux, elle est nettement plus élevée chez les demandeurs qui invoquent des troubles mentaux. Le taux de progression annuel atteint environ 10 % par an dans certains pays, et même plus de 20 % en Suède ; ce n'est qu'aux Pays-Bas que la part des demandes en raison de troubles

Tableau 5.5. **Dans de nombreux pays, les jeunes peuvent obtenir une pension d'invalidité à un très jeune âge**

Conditions d'admission à la pension d'invalidité et montants versés aux jeunes allocataires

	Age	Conditions d'admission	Montant des versements
Australie	16	Pour être éligible, l'allocataire doit être affecté de cécité permanente, ou d'une déficience physique ou mentale d'au moins 20 points (non 20 %) de déficience – conformément à la table – et se trouver dans l'incapacité de travailler pendant au moins 15 heures hebdomadaires, ou dans l'incapacité de suivre une nouvelle formation pour un travail quel qu'il soit, au cours des deux prochaines années. Il doit avoir le statut de résident depuis au moins dix années cumulées.	Célibataire de moins de 18 ans vivant seul : jusqu'à 498.70 AUD tous les 15 jours ; 322.70 AUD s'il vit chez ses parents. Célibataire de 18 à 20 ans vivant seul : jusqu'à 498.70 AUD tous les 15 jours ; 365.80 AUD s'il vit chez ses parents. Ces taux tiennent compte du supplément d'invalidité versé aux jeunes (<i>Youth Disability Supplement</i>) d'un montant de 110 AUD par quinzaine.
Autriche		Incapacité de travail de 50 %. Les conditions d'admission pour les jeunes sont identiques à celles applicables aux adultes. Si les conditions sont remplies, les jeunes et les jeunes adultes perçoivent une pension, mais lorsqu'ils atteignent l'âge légal, la pension augmente.	En fonction de la durée d'affiliation et des revenus, comme pour la pension de retraite, mais avec un taux d'acquisition du droit à pension inférieur.
Belgique		Incapacité de travail d'au moins 66 %. Durée d'affiliation minimum pour obtenir la pension : six mois, dont 120 jours de travail.	65 % des revenus perdus (montant plafonné) si l'allocataire a des personnes à charge, 53 % s'il est célibataire sans personne à charge, 40 % qu'il vit avec quelqu'un sans personne à charge.
Danemark	18	Incapacité de travail permanente empêchant la personne d'assurer sa subsistance. Résident pendant au moins trois ans depuis l'âge de 15 ans.	Selon la durée de séjour dans le pays entre 15 et 65 ans. Si les revenus ne dépassent pas un certain niveau, 95 420 DKK par an pour les personnes vivant seules et 166 104 DKK pour les personnes mariées ou vivant en cohabitation. Pension selon le degré d'incapacité.
États-Unis	18 ^a	Incapacité d'exercer une activité rémunérée substantielle à cause d'un handicap dont la durée devrait dépasser au moins un an ou entraîner la mort. Assuré : un trimestre de couverture pour chaque année à partir de 21 ans jusqu'à l'année où le handicap est apparu. Au maximum : 40 trimestres de couverture. Vingt trimestres de couverture dans les dix ans précédant l'année où le handicap est apparu. Conditions moins strictes pour les jeunes : minimum de 6 trimestres de couverture si le handicap est apparu avant l'âge de 24 ans.	En fonction des revenus couverts, montants correspondants aux moyennes sur la période concernée après 1950 (ou à partir de 21 ans) et indexés sur l'inflation par les salaires, jusqu'à l'apparition du handicap, en excluant jusqu'à cinq années de revenus les plus bas.
Norvège	Pension de base : 16 ans Pension d'invalidité : 18 ans	Pension d'invalidité : trois ans d'assurance précédant immédiatement l'invalidité. Si cette condition n'est pas remplie, la personne handicapée peut obtenir le droit à pension un an après avoir été assurée pour la dernière fois, sous réserve qu'elle ne soit pas sortie du système d'assurance plus de cinq ans au total après l'âge de 16 ans. Les jeunes handicapés qui avaient moins de 26 ans et étaient affiliés au système d'assurance national lorsqu'ils sont devenus handicapés sont exemptés de la condition des trois ans.	Les durées d'affiliation et points de retraite futurs stipulés compenseront les durées d'affiliation et de revenu insuffisantes pour les personnes devenues handicapées à un stade précoce.
Pays-Bas	18	Wajong : 25 % d'incapacité. Personnes incapables de travailler à l'âge de 17 ans ou qui sont devenues handicapées depuis cette date et qui ont suivi des études pendant au moins 6 mois au cours de l'année précédant immédiatement cette date.	Handicap complet et permanent : 75 % du salaire minimum des jeunes. Lorsque le bénéficiaire peut travailler : jusqu'à 27 ans, il perçoit une pension qui complète ses revenus jusqu'à 100 % du salaire minimum des jeunes (à mesure que les revenus augmentent, la pension baisse). Le revenu minimum (salaire + pension) correspond à 75 % du salaire minimum des jeunes. S'il gagne moins que sa capacité de gain restante, le revenu total sera inférieur, puisque le montant de la pension reste inchangé, mais que le salaire est inférieur. Le niveau du salaire minimum des jeunes dépend de l'âge.
Royaume-Uni	16	Doit passer une phase d'évaluation de 13 semaines et satisfaire au moins l'une des conditions suivantes : 1) être assuré ou être âgé de moins de 20 ans (ou 25 dans certains cas) ; 2) avoir un faible revenu.	Montant en fonction des revenus de l'assuré, de sa capacité de travailler, de son âge et de son état civil. Pas de versements si l'épargne dépasse 16 000 GBP ou si le conjoint de l'assuré travaille plus de 24 heures par semaine.
Suède	18	Perte de capacité de travail évaluée à 25 % au moins et obligation d'être assuré au moment où le handicap a commencé. La pension d'invalidité se compose d'une garantie et d'une pension liée au revenu. La première exige au moins 3 ans d'affiliation et dépend du lieu de résidence. La seconde exige au moins un an de revenu en Suède au cours d'une période spécifique.	Pension universelle de base : 90 % du montant de base réduit de 2 % si le handicap est total, 72.5 % si le bénéficiaire est marié. La pension liée au revenu dépend des gains et de la durée d'affiliation.
Suisse	18	40 % d'incapacité pour obtenir un quart du montant de la pension, 50 % pour la moitié de la pension, 60 % pour les trois quarts de la pension et 70 % pour une pension complète.	La pension ordinaire garantit le niveau de subsistance (au maximum, deux fois le salaire minimum) ; pension complète avec contributions continues. Pension extraordinaire : 133.3 % du salaire minimum.

Note : Les prestations d'invalidité versées aux enfants ne sont pas prises en compte dans ce tableau.

a) Un examen médical détermine si les jeunes bénéficiaires répondent aux critères fixés pour les adultes lorsqu'ils atteignent l'âge de 18 ans.

Source : Compilation de l'OCDE à partir du questionnaire sur les politiques de santé mentale.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932569290>

mentaux a récemment enregistré un net recul (graphique 5.10, partie B). La progression plus rapide du pourcentage d'allocataires chez les jeunes souffrant de troubles mentaux s'explique par une hausse progressive, dans tous les pays, de la proportion des demandes de pension justifiées par des troubles mentaux : hausse annuelle comprise entre 0.5 et 1.0 point dans la plupart des pays, mais de 1.8 et 3.2 points en Suède et en Autriche (voir partie B). À l'heure actuelle, les deux tiers environ de toutes les demandes nouvelles de pension d'invalidité invoquent comme cause principale des problèmes de santé mentale, et jusqu'à 80 % en Suède, ce qui représente un pourcentage bien plus élevé que celui de l'ensemble de la population en âge de travailler (voir chapitre 4).

Accorder une pension d'invalidité à des jeunes souffrant de troubles mentaux risque de les enfermer définitivement dans l'inactivité et la pauvreté. Comme indiqué dans OCDE (2010a), la probabilité de retour à l'emploi est extrêmement faible une fois que la pension est accordée. Pourtant, les problèmes de santé mentale sont généralement fluctuants, et, avec le bon traitement, les services et les aides nécessaires, les jeunes concernés peuvent aller mieux. Pour éviter une dépendance de long terme à l'égard des prestations sociales, il est donc important de ne pas accorder de pension d'invalidité trop tôt dans la vie.

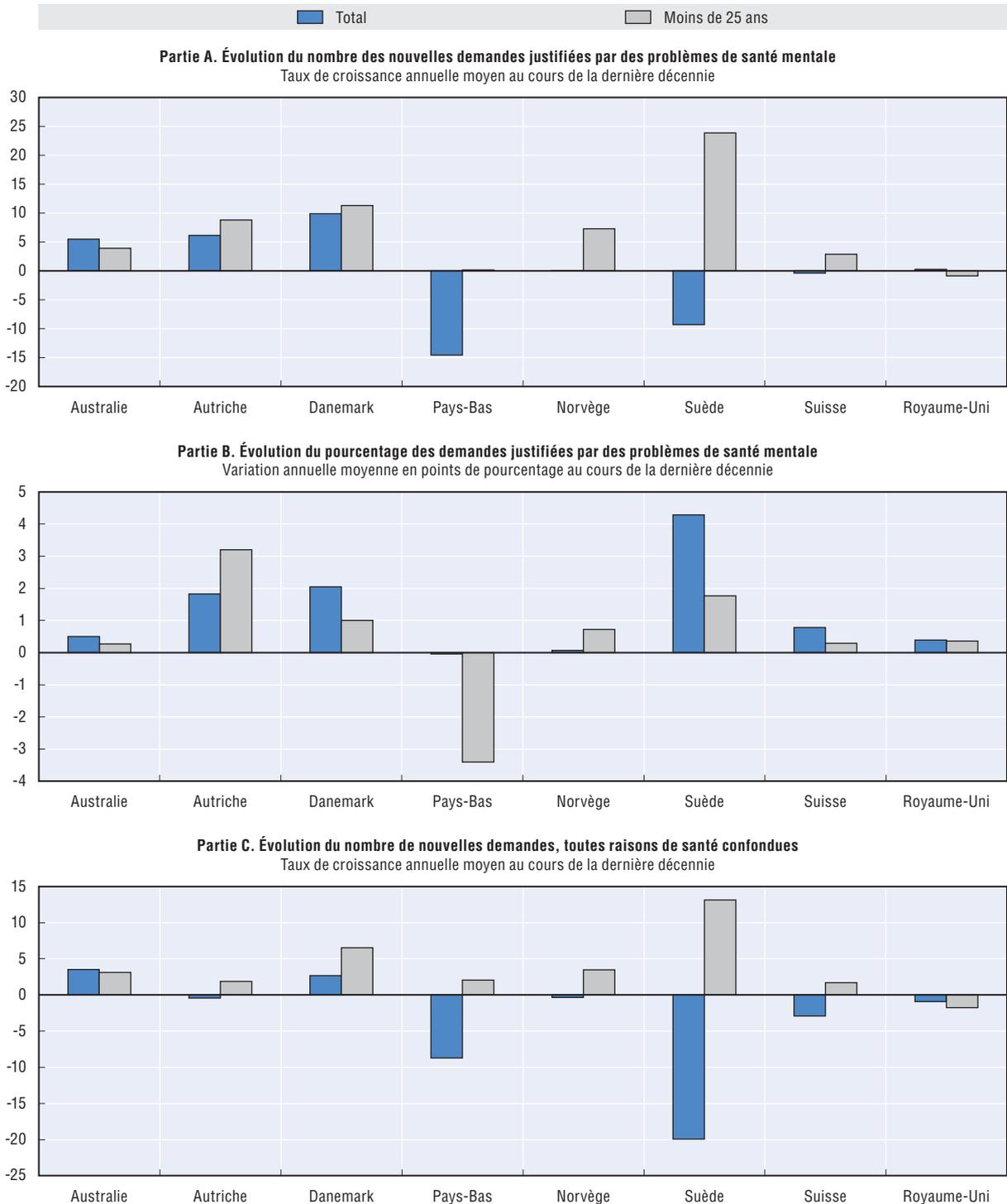
Cette tendance explique en partie pourquoi de nombreux pays resserrent l'accès à une pension d'invalidité permanente. Des versements temporaires et plus souples, assortis de réévaluations régulières, seraient particulièrement indiqués pour les jeunes allocataires. D'ailleurs, les jeunes (OCDE, 2006) et les personnes atteintes de troubles mentaux (chapitre 4) se voient accorder une pension temporaire plus fréquemment. Toutefois, jusqu'à présent, cela n'a quasiment eu aucun impact dans la pratique en raison de réévaluations insuffisantes et de la conversion à plus ou moins long terme de la majorité des pensions temporaires en pensions permanentes.

Une autre solution consisterait à remplacer la pension d'invalidité pour les jeunes par une formule plus active. Le Danemark a récemment étudié cette possibilité, tandis que la Suède a adopté un changement de ce type il y a quelques années, lorsque le système de pension d'invalidité a été remplacé par un régime d'indemnisation d'activité pour les 18-29 ans. Cependant, le graphique 5.10 donne à penser que ce changement a entraîné une hausse et non un recul du nombre des allocataires, ce qui pourrait indiquer que la pension d'invalidité, considérée comme moins passive et moins susceptible d'enfermer l'allocataire dans la pauvreté et l'inactivité, est plus facile à obtenir. Le risque est que ces versements se transforment simplement en pension de long terme à l'âge de 30 ans.

Dans la mesure où les jeunes qui demandent une pension d'invalidité manquent généralement d'expérience professionnelle et ont en moyenne un niveau d'études inférieur, des mesures intensives de réinsertion, assorties d'une obligation de participation, sont fondamentales pour les aider à entrer sur le marché du travail. Les réformes récentes du régime spécial d'invalidité pour les jeunes aux Pays-Bas (*Wajong*) vont dans cette direction. L'objectif est de mieux utiliser le potentiel de travail des demandeurs. Le régime est désormais divisé en deux phases : on impose aux 18-27 ans un « plan de participation », qui consiste à faire des études ou à travailler avec une bourse d'études ou un salaire, tout en bénéficiant d'une aide intensive à la recherche d'emploi et d'un encadrement professionnel, et ce n'est qu'à l'âge de 27 ans que le degré de handicap (degré de perte de la capacité de gain par rapport au salaire minimum) est établi au moyen d'une évaluation finale. L'incidence de cette dernière réforme doit encore être étudiée ; la chute rapide des demandeurs de tous âges, notamment le groupe des 18-24 ans, ne résulte pas

Graphique 5.10. Les demandes de pension d'invalidité chez les jeunes atteints d'un trouble mental augmentent dans de nombreux pays

Nouveaux demandeurs de pension d'invalidité souffrant d'un problème de santé mentale parmi les jeunes de moins de 25 ans et les personnes d'âge actif : évolution en chiffres et en pourcentage



Note : L'évolution concerne les périodes suivantes : Australie 2004-10 ; Autriche 2005-09 ; Danemark 1999-2009 ; Norvège 1992-2007 ; Pays-Bas 2002-09 ; Royaume-Uni 1999-2010 ; Suède 2003-10 ; et Suisse 1995-2009.

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

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932568910>

de ce changement mais d'une réforme globale portant sur l'ensemble des demandeurs (OCDE, 2008). En outre, le nombre de jeunes de 18 et 19 ans demandant à bénéficier du régime spécial *Wajong* est en augmentation rapide depuis une dizaine d'années et n'a pas encore commencé à se stabiliser ni à reculer.

5.5. Conclusion : aider les jeunes qui sortent de l'école à réussir leur passage à la vie active

L'enfance et l'adolescence sont des périodes cruciales pour la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles qui lui sont associés. Les données épidémiologiques dont on dispose indiquent que chez trois quarts des personnes concernées, les troubles mentaux sont apparus avant 25 ans, et pour un quart d'entre eux, avant l'âge de 8 ans. En conséquence, la prévalence des troubles mentaux chez les enfants est très élevée. La plupart d'entre eux présentent des troubles mineurs ou modérés et peuvent espérer avoir une vie productive. Toutefois, ces problèmes peuvent nuire à leur scolarité et donc peser sur leur vie sociale et leur carrière une fois adultes.

L'école occupe une place stratégique pour protéger la santé mentale des jeunes et leur enseigner des mécanismes d'adaptation. Pour être efficaces, les actions menées doivent être pluridisciplinaires et réunir les services scolaires d'aide psychologique, les services psychiatriques de l'enfance et les travailleurs sociaux. L'implication des parents et des soignants, ainsi que leur soutien, sont également essentiels. Toutefois, les services de soutien à l'école ne sont généralement pas suffisants pour répondre aux besoins des jeunes, et sont mal coordonnés avec le système de santé et les autres services publics.

Comme pour d'autres étapes de la vie, l'une des grandes difficultés consiste à identifier les jeunes qui ont besoin d'aide. Un système de détection des problèmes de santé mentale pourrait contribuer à un recensement précoce des groupes vulnérables et, sous réserve de lui adjoindre des actions préventives, réduire l'ampleur des problèmes futurs. Les systèmes de détection sont toutefois souvent imprécis et peuvent être coûteux, et il faut faire attention à ne pas stigmatiser ou discriminer des groupes déjà désavantagés.

Parallèlement, les jeunes dont les besoins ne sont pas pris en compte risquent de voir leurs problèmes s'aggraver et d'abandonner l'école prématurément. Les abandons sont encore très fréquents dans la plupart des pays de l'OCDE, puisqu'ils concernent environ 15 % du groupe d'âge des 20-24 ans. La majorité des pays ont mis en place des programmes visant à réduire autant que possible les abandons ou à proposer aux jeunes ayant quitté l'école de reprendre leurs études ou de suivre une formation. Toutefois, on s'intéresse peu aux problèmes de santé mentale comme cause possible de l'abandon scolaire, et on ne dispose d'aucune donnée sur le pourcentage des jeunes ayant abandonné l'école qui souffrent de troubles mentaux. Des enquêtes menées dans les pays européens donnent à penser que la proportion de jeunes atteints de troubles mentaux graves et arrêtant leurs études à temps plein avant l'âge de 15 ans tourne autour de 26 %, contre 20 % pour ceux atteints de troubles modérés et 14 % pour les jeunes qui n'en ont pas. Cet aspect est capital au regard des compétences toujours plus étendues aujourd'hui exigées sur le marché du travail. Un accompagnement souple et personnalisé sera nécessaire pour encourager certains de ces jeunes à poursuivre leurs études et à réussir à s'insérer durablement sur le marché du travail.

Ces jeunes sont aujourd'hui trop, et souvent de plus en plus, nombreux à rejoindre très tôt dans la vie le système de pension d'invalidité. Le pourcentage des 20-34 ans dans les dix pays étudiés qui perçoivent une pension d'invalidité représente environ 2 % de la population, contre 1.6 % il y a de cela dix ans, sans qu'il soit démontré que les troubles mentaux sont en augmentation chez les jeunes. Dans trois sur quatre de ces cas, la cause invoquée pour toucher une pension concerne des troubles mentaux. Il n'est pas judicieux d'accorder une pension d'invalidité à un stade aussi précoce, dans la mesure où : a) avec les services et les soutiens appropriés, la plupart des troubles mentaux apparus dans l'enfance et à l'adolescence peuvent grandement s'atténuer ; et b) il n'y a quasiment jamais de retour à l'emploi une fois que la pension est accordée.

Notes

1. L'Enquête HBSC est une étude scientifique internationale menée en collaboration avec le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Elle est ciblée sur les enfants scolarisés de 11, 13 et 15 ans et repose sur des questionnaires remplis par les élèves en classe. L'enquête est réalisée auprès d'un échantillon représentatif au niveau national d'environ 1 500 enfants de chaque âge dans chaque pays participant. Pour estimer les plaintes subjectives à propos de la santé, l'étude HBSC utilise une liste de contrôle des symptômes classiques et pose aux enfants la question suivante : « Au cours des six derniers mois, combien de fois avez-vous eu les symptômes suivants : mal à la tête, mal au dos, fatigue, irritabilité ou mauvaise humeur, nervosité, difficultés à trouver le sommeil, vertige ? » Les réponses possibles étaient : « pratiquement tous les jours », « plus d'une fois par semaine », « pratiquement toutes les semaines », « pratiquement tous les mois », « rarement » et « jamais » (Currie et al., 2008).
2. L'échelle de richesse familiale est fondée sur une note générale concernant quatre éléments (la famille possède-t-elle une(des) voiture(s), un(des) ordinateur(s), l'enfant a-t-il sa propre chambre et combien de jours de congés la famille prend-elle ?) et est utilisée comme indicateur indirect du revenu du ménage (Currie et al., 2008).
3. Voir le chapitre 1 pour plus de détails sur la méthode utilisée pour recenser les personnes atteintes de troubles mentaux.
4. Au Royaume-Uni par exemple, 35 % des enfants présentant un trouble psychologique, 52 % de ceux ayant des problèmes de comportement et 71 % des enfants souffrant d'hyperkinésie suivent des programmes pédagogiques spéciaux (Green et al., 2005).
5. Le pourcentage d'enfants scolarisés dans des écoles spéciales (tous types de handicaps, pas uniquement les troubles mentaux) oscille entre 0.5 et 3 % dans la plupart des pays d'Europe de l'ouest (données extraites de www.european-agency.org/). L'avantage majeur de ces écoles réside en général dans un taux d'encadrement bien plus élevé.
6. Les jeunes sortis prématurément du système scolaire sont définis comme les jeunes âgés de 20 à 24 ans qui ne sont pas scolarisés (y compris dans le cadre de formations en alternance, considérées comme l'équivalent du deuxième cycle de l'enseignement secondaire) et qui ne possèdent pas de diplôme de fin d'études secondaires.
7. Le chiffre élevé de la Norvège s'explique en partie par les interruptions plus fréquentes des études secondaires du deuxième cycle et par les inscriptions plus nombreuses dans les écoles de la deuxième chance pour obtenir son diplôme.
8. Ces observations sont tirées des enquêtes longitudinales *Youth in Focus (YIF)* pour l'Australie et *National Longitudinal Survey of Youth 1997 (NLSY97)* pour les États-Unis. L'Enquête australienne, YIF, est une enquête longitudinale visant à étudier les relations intergénérationnelles et le passage à l'âge adulte. Le premier cycle, qui a eu lieu en 2006, concernait 4 079 jeunes de 18 ans et leurs parents, choisis au hasard dans les registres administratifs de Centrelink, guichet unique chargé du versement de la quasi-totalité des prestations publiques et couvrant quelque 85 % des jeunes en Australie. Environ 41 % de l'échantillon du cycle 1 ont été interrogés à nouveau pendant le cycle 2 (2008-09). Les statistiques ont été transmises par Robert Breunig. L'Enquête américaine, NLSY97, avait pour objet d'étudier le passage de l'école à la vie active et à l'âge adulte. Elle se compose d'un échantillon national représentatif de jeunes nés entre 1980 et 1984. Le premier cycle a été mené en 1997 et se composait de 8 984 jeunes et leurs parents. Les données présentées dans ce chapitre sont extraites des cycles 6 et 8 et portent sur la période 2002/03 et 2004/05.

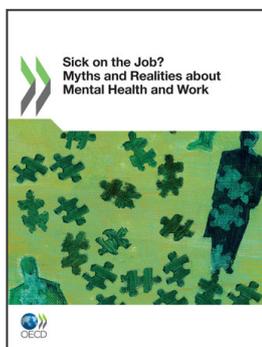
9. Voir le chapitre 3 (note 11) pour une définition des actions cognitives/comportementales.
10. Les études longitudinales utilisées sont *Youth in Focus* (YIF) pour l'Australie, *National Longitudinal Survey of Youth 1997* (NLSY97) pour les États-Unis (voir note 6 ci-dessus) et *Young HUNT* pour la Norvège. Cette dernière est une enquête longitudinale couvrant la totalité des jeunes (environ 9 000) du comté de Nord-Trøndelag nés entre 1976 et 1982 (sauf 1980). Les statistiques ont été fournies par Steinar Krokstad.
11. Newman et al. (2009) utilisent l'étude *National Longitudinal Transition Study-2* (NLTS2) pour analyser les résultats des jeunes souffrant de divers handicaps à l'issue de leurs études secondaires. NLTS2 est une étude représentative à l'échelle nationale portant sur plus de 11 000 jeunes souffrant de handicaps, âgés de 13 à 16 ans en décembre 2000 et bénéficiant de services d'enseignement spécifiques à partir de la septième année d'études ou après.
12. Burchardt (2005) utilise l'étude de 1970 *British Cohort Study* (9 000 observations à l'âge de 26 ans en 1996 – 56 % de l'échantillon d'origine) afin d'analyser les résultats en termes d'emploi des jeunes souffrant de différents types de handicap.

Références

- Albers, C., T. Glover et T. Kratochwill (2007), « Where Are We and Where Do We Go Now? Universal Screening for Enhanced Educational and Mental Health Outcomes », *Journal of School Psychology*, vol. 45, pp. 257-263.
- Anderson, J. et C. Lowen (2010), « Connecting Youth with Health Services », *Canadian Family Physician*, vol. 56, pp.778-784.
- Bailey, S. et M. Dolan (2004), *Adolescent Forensic Psychiatry*, Arnold, Londres.
- Belfer, M. (2008), « Child and Adolescent Mental Disorders: The Magnitude of the Problem across the Globe », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 49, n° 3, pp. 226-236.
- Burchardt, T. (2005), *The Education and Employment of Disabled Young People: Frustrated Ambition*, The Policy Press, Bristol.
- Chevalier, A. et L. Feinstein (2006), « Sheepskin or Prozac: The Causal Effect of Education on Mental Health », *IZA Discussion Paper*, n° 2231, Bonn.
- Coie, J., N. Watt, S. West, J. Hawkins, J. Asarnow, H. Markman, S. Ramey, M. Shure et B. Long (1993), « The Science of Prevention: A Conceptual Framework and some Directions for a National Research Program », *American Psychologist*, vol. 48, n° 10, pp. 1013 – 1022.
- Conti, G., J. Heckman et S. Urzua (2010), « The Education-Health Gradient », *American Economic Review: Papers and Proceedings*, vol. 100, pp. 234-238.
- Currie, C., S. Gabhainn, E. Godeau, C. Roberts, R. Smith, D. Currie, W. Picket, M. Richter, A. Morgan et V. Barnekow (2008), « Inequalities in Young People's Health. Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC): International Report from the 2005/2006 Survey », *Health Policy for Children and Adolescents*, n° 5, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.
- Davis, M. (2003), « Addressing the Needs of Youth in Transition to Adulthood », *Administration and Policy in Mental Health*, vol. 30, n° 6, pp. 495-509.
- Domitrovitch, C., K. Weare, M. Elias, M. Greenberg et R. Weissberg (2005), « Enhancing Resilience and Reducing Risk Behaviour in Schools », in C. Hosman, E. Jané-Llopis et S. Saxena (dir. pub.), *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options*, Oxford University Press, Oxford.
- Duell, N., S. Singh et P. Tergeist (2009), « Activation Policies in Norway », *Documents de travail de l'OCDE sur les politiques sociales, l'emploi et les migrations*, n° 78, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/226388712174>.
- Essex, M., H. Kraemer, M. Slattery, L. Burk, T. Boyce, H. Woodward et D. Kupfer (2009), « Screening for Childhood Mental Health Problems: Outcomes and Early Identification », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 50, n° 5, pp. 562-570.
- Feeney-Kettler, K., T. Kratochwill, A. Kaiser, M.L. Hemmeter et R. Kettler (2010), « Screening Young Children's Risk for Mental Health Problems: A Review of Four Measures », *Assessment of Effective Intervention*, vol. 35, n° 4, pp. 218-230.

- Goulding, S., V. Chien et M. Compton (2010), « Prevalence and Correlates of School Drop-Out Prior to Initial Treatment of Nonaffective Psychosis: Further Evidence Suggesting a Need for Supported Education », *Schizophrenia Research*, vol. 116, pp. 228-233.
- Grant, A. (2002), « Identifying Students' Concerns: Taking a Whole Institutional Approach », in N. Stanley et J. Manthorpe (dir. pub.), *Student Mental Health Needs: Problems and Responses*, Jessica Kingsley, Londres.
- Gray, P. (2002), *Disability Discrimination in Education. A Review Undertaken on Behalf of the Disability Rights Commission*, Disability Rights Commission, Londres.
- Green, H., A. McGinnity, H. Meltzer, T. Ford et R. Goodman (2005), *Mental Health of Children and Young People in Great Britain*, Office for National Statistics, Royaume-Uni.
- Hacker, K., E. Myagmarjav, V. Harris, S. Franco Suglia, D. Weidner et D. Link (2006), « Mental Health Screening in Pediatric Practice: Factors Related to Positive Screens and the Contribution of Parental/Personal Concern », *Pediatrics*, vol. 188, n° 5, pp. 1896-1906.
- Ingram, R. et J. Price (2000), *Handbook of Vulnerability to Psychopathology: Risk Across the Lifespan*, Guilford, New York.
- Kelly, C., A. Jorm et A. Wright (2007), « Improving Mental Health Literacy as a Strategy to Facilitate Early Intervention for Mental Disorders », *Medical Journal of Australia*, vol. 187, n° 7 (supplément), pp. S26-S30.
- Kessler, R., P. Berglund, O. Demler, R. Jin, K. Merikangas et E. Walters (2005), « Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication », *Archives of General Psychiatry*, n° 62, pp. 593-603.
- Newman, L., M. Wagner, R. Cameto et A.M. Knokey (2009), « The Post-High School Outcomes of Youth with Disabilities up to 4 Years after High School. A Report from the National Longitudinal Transition Study-2 (NLTS2) (NCSE 2009-3017) », SRI International, Menlo Park, Californie.
- OCDE (2006), *Maladie, invalidité et travail : Surmonter les obstacles – vol. 1 : Norvège, Pologne et Suisse*, Éditions OCDE, Paris, www.oecd.org/els/invalidite.
- OCDE (2007), *Élèves présentant des déficiences, des difficultés et des désavantages sociaux – Statistiques et indicateurs*, Éditions OCDE, Paris.
- OCDE (2008), *Maladie, invalidité et travail : Surmonter les obstacles – vol. 3 : Danemark, Finlande, Irlande et Pays-Bas*, Éditions OCDE, Paris, www.oecd.org/els/invalidite.
- OCDE (2010a), *Maladie, invalidité et travail : Surmonter les obstacles – Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris, www.oecd.org/els/invalidite.
- OCDE (2010b), *Des débuts qui comptent ! Des emplois pour les jeunes*, Éditions OCDE, Paris, www.oecd.org/emploi/jeunes.
- OCDE (2010c), *Des emplois pour les jeunes : Danemark*, Éditions OCDE, Paris, www.oecd.org/emploi/jeunes.
- Office statistique de Suède (2007), *Theme Education: Young People without Completed Upper Secondary Education*, ministère de la Population et de la Protection sociale, n° 4 (en suédois).
- OMS (2004), *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- OMS (2005), *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- OMS (2008), *La cohésion sociale pour le bien-être mental des adolescents*, Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.
- Organisme national suédois en charge de l'enseignement (2007), *Why Did You Drop Out?*, Stockholm.
- Osgood, D., E. Foster, C. Flanagan et G. Ruth (2005), *On Your Own Without a Net: The Transition to Adulthood for Vulnerable Populations*, University of Chicago Press, Chicago, Illinois.
- Platel, V., A. Fisher, S. Hetrick et P. McGorry (2007), « Mental Health of Young People: A Global Public-Health Challenge », *The Lancet*, vol. 369, pp. 1302-1313.
- Pottick, K., S. Bilder, A. Vander Stoep, L. Warner et M. Alvarez (2007), « US Patterns of Mental Health Service Utilization for Transition-Age Youth and Young Adults », *Journal of Behavioral Health Services and Research*, vol. 35, n° 4, pp. 373-389.
- Rickwood, D., F. Deane et C. Wilson (2007), « When and How Do Young People Seek Professional Help for Mental Health Problems? », *Medical Journal of Australia*, vol. 187, n° 7 (supplément), pp. S35-S39.

- Royal College of Psychiatrists (2003), « The Mental Health Status of Students in Higher Education, Council Report CR112 », Londres, janvier.
- Stephan, S., M. Weist, S. Kataoka, S. Adelsheim et C. Mills (2007), « Transformation of Children's Mental Health Services: The Role of School Mental Health », *Psychiatric Services*, vol. 58, pp. 1330-1338.
- Weist, M., M. Rubin, E. Moore, S. Adelsheim et G. Wrobel (2007), « Mental Health Screening in Schools », *Journal of School Health*, vol. 77, n° 2, pp. 53-58.
- Wyckoff, L., S. Cooney, D. Djakovic et W. McClanahan (2008), « Disconnected Young People in New York City: Crisis and Opportunity », JobsFirst NYC, septembre.
- Zachrisson, H., K. Rödje et A. Mykletun (2006), « Utilization of Health Services in Relation to Mental Health Problems in Adolescents: A Population Based Survey », *BMC Public Health*, vol. 6, n° 34.



Extrait de :

Sick on the Job?

Myths and Realities about Mental Health and Work

Accéder à cette publication :

<https://doi.org/10.1787/9789264124523-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2012), « Systèmes d'enseignement et passage à la vie active », dans *Sick on the Job? : Myths and Realities about Mental Health and Work*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264124561-8-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.