

## CONSEIL

Réunion du Conseil au niveau des Ministres, 5-6 octobre 2021

**RAPPORT SUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA RECOMMANDATION DE  
L'OCDE SUR UNE POLITIQUE INTÉGRÉE DE LA SANTÉ MENTALE, DES  
COMPÉTENCES ET DE L'EMPLOI**

JT03481632

## *Table des matières*

<b>1. Contexte .....</b>	<b>3</b>
1.1. L'importance d'une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi .....	3
1.2. Quand, comment et qui : trois clés pour une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi.....	5
<b>2. Méthodologie.....</b>	<b>9</b>
<b>3. Processus .....</b>	<b>10</b>
<b>4. Diffusion et utilisation de la Recommandation .....</b>	<b>10</b>
4.1. La Recommandation pourrait être davantage utilisée pour guider l'élaboration de politiques.....	14
4.2. Mettre au point des outils pour renforcer la diffusion et l'utilisation de la Recommandation.....	18
4.3. Liste sélective d'activités de diffusion du Secrétariat .....	18
<b>5. Mise en œuvre de la Recommandation .....</b>	<b>20</b>
5.1. Plans pour la santé mentale : accorder une importance stratégique à l'intégration .....	20
5.2. Sensibiliser et lutter contre la stigmatisation : les campagnes demeurent très répandues dans tous les pays adhérents .....	25
5.3. Intégration des politiques de santé mentale au niveau opérationnel dans les quatre domaines thématiques.....	31
<b>6. Résumé et conclusions.....</b>	<b>61</b>
6.1. Principales conclusions sur la mise en œuvre de la Recommandation .....	61
6.2. Principales conclusions sur la diffusion et l'utilisation de la Recommandation.....	68
6.3. Pertinence continue de la Recommandation .....	68
6.4. Prochaines étapes .....	73
<b>Références .....</b>	<b>75</b>

### **Note terminologique**

Dans le domaine de la santé mentale, il est très important d'utiliser les bons termes, et ce pour deux raisons au moins : rester en phase avec l'évolution rapide des termes employés, dans la lignée des efforts permanents qu'il convient de déployer pour sensibiliser le public et lutter contre la stigmatisation et la discrimination ; et déterminer clairement les groupes de population dont il est question. Autant que possible, il convient aujourd'hui d'utiliser un langage centré sur la personne, fondé sur les atouts et orienté vers le rétablissement. Ces principes importants transparaissent dans le rapport. On s'est également efforcé d'utiliser un langage de portée générale et couvrant les troubles mentaux quel que soit leur degré de gravité, qu'il s'agisse de pathologies ayant des conséquences importantes et durables sur les individus et leur vie quotidienne, comme de maladies très répandues dans la population mais qui ne nécessitent pas forcément de traitement spécialisé. Compte tenu des éléments qui précèdent et afin de ne pas employer un vocabulaire risquant de cataloguer les individus selon une étiquette ou un diagnostic donné, ce rapport privilégie l'usage des expressions « troubles mentaux » et « troubles de la santé mentale », tandis qu'il évite les termes « maladie mentale » et « problèmes mentaux ». Le terme « souffrance psychique » est employé à l'occasion dans ce rapport comme un terme plus général pour désigner toute personne étant en mauvaise santé mentale, sans souffrir nécessairement de troubles mentaux cliniquement significatifs.

## 1. Contexte

### 1.1. L'importance d'une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi

1. Notre santé mentale influe sur notre façon de penser, nos ressentis, nos comportements et nos rapports humains au quotidien et une bonne santé mentale est le fondement d'une vie épanouissante et productive. Pour autant, une personne d'âge actif sur cinq présente un trouble mental et la moitié d'entre nous traversera une période de mauvaise santé mentale à un moment ou un autre. L'absence de trouble de la santé mentale à un moment donné n'exclut pas que l'on soit concerné plus tard, ou qu'un parent, un ami ou collègue de travail soit touché.

2. La santé mentale est déterminante tout au long de la vie, du plus jeune âge à la vieillesse. Chez les enfants, les adolescents et les jeunes, les troubles mentaux peuvent retentir sur leurs études et leur devenir professionnel. Chez les adultes d'âge actif, ils portent atteinte à la qualité du travail et parfois, une mauvaise santé mentale peut aboutir à un congé maladie de longue durée, au chômage et à la sortie du marché du travail. Chez les personnes âgées, une mauvaise santé mentale conditionne la participation à la société et va de pair avec la solitude. Dans les pays de l'OCDE, la probabilité de redoublement scolaire est de 35 % supérieure pour les élèves présentant des souffrances psychiques, tandis que celle d'occuper un emploi est de 20 % inférieure pour les personnes d'âge actif par rapport à leurs homologues en bonne santé mentale.

3. La probabilité de bénéficier de prestations est également supérieure d'environ 50 % chez les personnes souffrant de troubles mentaux. Les études menées de longue date par l'OCDE, à commencer par la publication *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi* (OCDE, 2012<sup>[1]</sup>), ont invariablement trouvé des preuves tangibles de la nécessité de redoubler d'efforts pour améliorer l'insertion des personnes atteintes de troubles mentaux dans le système éducatif, au travail et plus généralement, dans la société.

4. On observe par ailleurs une stigmatisation généralisée persistante autour des troubles mentaux, et les personnes en étant atteintes sont souvent considérées comme incapables de travailler, d'apprendre ou de vivre avec les autres membres de la société, ce qui aboutit à leur exclusion. Promouvoir la santé mentale dans tous les compartiments de la société, notamment dans les systèmes de santé, les dispositifs d'accompagnement des jeunes, les politiques de l'emploi et les systèmes de protection sociale demeure donc d'une importance cruciale pour faire germer une culture de l'acceptation des problèmes de santé mentale. Cette culture aiderait à corriger certains des mythes qui entourent encore la santé mentale et à instaurer un environnement accueillant pour les personnes en recherche de soutien et de traitement.

5. À partir de ce constat, l'OCDE a effectué des examens par pays qui ont abouti à la publication du rapport *Santé mentale et insertion professionnelle : De la théorie à la pratique* (OCDE, 2015<sup>[2]</sup>), lancé lors du Forum politique à haut niveau sur la santé mentale et l'emploi accueilli par les Pays-Bas en mars 2015. À cette occasion, les ministres et représentants officiels présents ont demandé à l'OCDE de définir des principes d'action axés plus particulièrement sur l'élaboration et la diffusion de politiques intégrées des compétences, de la santé mentale et de l'emploi. Ces travaux ont abouti en décembre 2015 à l'adoption par le Conseil de l'OCDE de la Recommandation sur une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi [[OECD/LEGAL/0420](#)] (ci-après la « Recommandation »), sur proposition du Comité de l'emploi, du travail et des affaires sociales (ELSA) et du Comité de la santé (HC), en consultation avec le Comité des politiques d'éducation [[C\(2015\)173](#) & [C\(2015\)173/CORR1](#)]. Ce rapport a pour objet

d'évaluer la mise en œuvre de cette Recommandation parmi les Adhérents cinq ans après son adoption, ainsi qu'il est préconisé dans le texte de la recommandation (8c).

### **Encadré 1.1. L'importance d'une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi**

La Recommandation et les travaux de l'OCDE consacrés à l'intégration des politiques de la santé mentale, des compétences et de l'emploi sont en phase avec l'évolution du cadre international d'élaboration des politiques publiques. Ainsi en 2013, l'Union européenne a lancé une action conjointe en matière de santé mentale et de bien-être, visant à mettre en place un cadre d'action pour élaborer des politiques de santé mentale au niveau européen inspiré des travaux menés précédemment au titre du pacte européen pour la santé mentale et le bien-être. Cette action conjointe aborde cinq domaines d'intervention, parmi lesquels la promotion de la santé mentale à l'école et au travail, et dans toutes les politiques publiques.

Peu après, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié, en 2014, un rapport sur les déterminants sociaux de la santé mentale, qui défendait l'idée que tous les secteurs comme l'éducation, la protection sociale et le logement devaient se mobiliser activement et travailler de concert pour promouvoir la santé mentale (OMS et Calouste Gulbenkian Foundation, 2014<sup>[3]</sup>). Y était développée la nécessité pour les pays de traiter la question des déterminants sociaux de la santé, qui était soulevée dans le Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 de l'OMS. Les travaux de l'Union européenne comme ceux de l'OMS s'inscrivent donc dans le droit fil de l'importance qu'attache l'OCDE à l'intégration des politiques et à la nécessité de regarder au-delà du système de santé pour évaluer dans quelle mesure les pays abordent correctement l'enjeu de la santé mentale dans leur action publique.

Par ailleurs, parallèlement à la Recommandation, la santé mentale est devenue une composante essentielle des Objectifs de développement durable (ODD) de 2015, renforçant ainsi le message selon lequel la santé mentale est d'une importance cruciale pour le développement global de nos sociétés. La cible 3.4 des ODD appelle les pays à réduire le taux de mortalité prématurée non seulement par la prévention et le traitement des maladies non transmissibles, mais aussi par la promotion de la santé mentale et du bien-être. Tout aussi important, des réformes dans les politiques de santé mentale seront fondamentales pour atteindre nombre d'autres ODD relatifs à l'emploi, à l'éducation et aux inégalités. Ce rapport contribue donc à l'élargir le concept de santé mentale, comme l'imaginent les ODD, en attirant l'attention sur son importance pour parvenir à de bons résultats dans l'éducation, l'emploi et la société.

S'inspirant des ODD, la publication *The Lancet Commission on Global Mental Health* a précisé, en 2018, les imbrications entre santé mentale et d'autres dimensions, relevant que « tous les pays peuvent être vus comme des pays en développement s'agissant de santé mentale » (Patel et al., 2018<sup>[4]</sup>). En adoptant une approche échelonnée de l'élaboration d'une politique pleinement intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi, ce rapport dote les pays d'un cadre pour aller plus loin dans leurs réformes des politiques de santé mentale en utilisant la Recommandation comme base et dans leurs aspirations à devenir des nations développées en la matière.

## 1.2. Quand, comment et qui : trois clés pour une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi

6. Le rapport *Santé mentale et insertion professionnelle* concluait que pour élaborer une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi, les pays doivent tenir compte de trois facteurs : **quand** intervenir ou accompagner, **comment** intervenir ou accompagner, et **qui** doit intervenir. Il avançait que les interventions sont souvent trop tardives, que ce ne sont pas les bons services qui interviennent, laissant de côté des parties prenantes essentielles, et que chacun a tendance à travailler de son côté, négligeant la nature synergique des défis posés par une politique de la santé mentale. C'est ce qui transparaît dans la Recommandation, qui préconise un recentrage de ces trois aspects d'une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et du travail, à savoir le calendrier (« quand ») et les modalités (« quoi » ou « comment ») de l'intervention des pouvoirs publics, ainsi que les acteurs nécessaires à la réforme des politiques (« qui »). Ces trois éléments imbriqués, qui sous-tendent la Recommandation, demeureront cruciaux.

### 1.2.1. La question du quand : l'importance d'une action précoce et d'un traitement en temps utile

7. La Recommandation préconise de dépister, d'intervenir et de soutenir tôt les personnes souffrant de troubles mentaux dans tous les systèmes et toutes les politiques. La prise en compte des politiques dédiées aux jeunes et des politiques de l'emploi parmi les axes thématiques de la Recommandation témoigne de cette importance même d'intervenir rapidement, puisque c'est souvent au travail, à l'école ou à l'université que se manifestent les symptômes de troubles de la santé mentale. Par ailleurs, il ressort des données que les mesures visant à lutter contre les troubles mentaux sont beaucoup plus efficaces si elles sont mises en place lorsque les élèves vont à l'école plutôt qu'une fois qu'ils ont cessé de la fréquenter. De même, il est beaucoup plus efficace d'aider les travailleurs à rester dans l'emploi que de les aider à retrouver un emploi après une période de chômage ou une absence pour maladie, et cela vaut également pour les personnes souffrant de troubles mentaux.

8. Les recommandations (2c) et (2d) visent à améliorer les délais d'intervention pour les enfants et les jeunes en préconisant un accès rapide à un soutien coordonné et non stigmatisant pour ce groupe, ainsi qu'un investissement accru dans la prévention de l'abandon scolaire. S'agissant du milieu professionnel, la recommandation (3a) encourage l'évaluation et la prévention des risques psychosociaux au travail, tandis que les recommandations (3d) et (3e) préconisent des mesures pour encourager le retour au travail et prévenir les congés de maladie de longue durée.

9. Lorsqu'une personne souffrant de troubles mentaux quitte le marché du travail, et que les services et les prestations sociales interviennent, c'est souvent trop tard, ce qui creuse le fossé avec le marché du travail et augmente le risque d'aggravation des troubles mentaux. C'est pourquoi la recommandation (4d) préconise d'intégrer la prise en charge des troubles mentaux dans les services publics de l'emploi. Une prise en charge précoce et efficace peut également contribuer à réduire les prestations d'invalidité évitables, comme le préconise la recommandation (4a).

10. Un autre défi est l'absence d'action précoce dans le système de santé pour aider les individus à renouer avec l'école ou avec le travail. Même lorsqu'un individu a d'abord consulté un spécialiste de la santé mentale, ou a évoqué ses problèmes de santé mentale avec son médecin généraliste, dans de nombreux pays adhérents, il doit ensuite attendre longtemps avant de pouvoir recevoir les soins, la prise en charge et le soutien dont il a besoin, et lorsqu'un tel soutien est fourni, il se peut qu'il ne soit pas axé sur l'éducation ou

l'emploi. C'est pourquoi la recommandation (1b) préconise de favoriser l'accès en temps utile à un traitement efficace des troubles mentaux dans les établissements de soins primaires et les centres de santé de proximité.

### ***1.2.2. La question du quoi et du comment : prendre en compte les imbrications entre la santé mentale et le travail, l'éducation et le système de protection sociale***

11. La Recommandation reconnaît l'importance d'une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi pour mieux encadrer les individus souffrant de troubles mentaux et promouvoir une meilleure santé mentale de la population générale. Ainsi part-elle du principe qu'une action est nécessaire dans divers domaines politiques, y compris la santé, les jeunes, l'emploi et les politiques sociales. Pour autant, comme le rapport *Santé mentale et insertion professionnelle* l'a noté, bien trop souvent, les politiques de santé mentale sont mises en œuvre de façon cloisonnée, relevant exclusivement du secteur de la santé et n'étant que rarement citées dans d'autres domaines comme l'emploi et l'éducation.

12. Pour que l'approche préconisée soit planifiée et déployée, il faut que l'intégration devienne la priorité des décideurs dans chacun des axes thématiques. Dans le système de soins de santé mentale, il faut s'attacher davantage à la dimension de l'emploi, la Recommandation (1c) en appelant à ce que les résultats au regard de cette dimension soient introduits en tant qu'indicateur de mesure des performances. La Recommandation (1e) incite les professionnels de santé à s'attaquer à certaines questions qui se posent au travail et à l'école, comme l'absentéisme pour maladie ou autre, qui est souvent étroitement lié à des troubles mentaux. S'agissant des systèmes de soutien aux jeunes, la recommandation (2c) souligne la nécessité de mettre en place des structures d'accompagnement appropriées, qui assurent le lien entre, d'une part, les services d'action locale, les services dédiés aux jeunes et les établissements d'enseignement – de l'accueil de la petite enfance à l'enseignement supérieur – et, d'autre part, les services de prise en charge médicale et d'accompagnement psychologique, qui peuvent être principalement proposés dans le système de santé.

13. L'importance des politiques intégrées de santé mentale au travail et dans les systèmes de protection sociale est soulignée dans la Recommandation. La vie professionnelle a un impact profond sur la santé mentale et un travail intéressant est souvent un facteur important de guérison en cas de trouble mental. C'est pourquoi la Recommandation préconise de renforcer l'application et la promotion de l'évaluation des risques psychosociaux au travail avec le soutien des services de médecine du travail (3a) et encourage les employeurs à prévenir l'utilisation abusive des congés de maladie en facilitant le dialogue non seulement entre les salariés, les employeurs et leurs représentants, mais aussi entre les médecins et les professionnels de la santé mentale au sein du système de santé. La Recommandation préconise en outre d'intégrer la prise en charge des troubles mentaux dans les services de l'emploi, en proposant aux personnes atteintes de troubles mentaux légers à modérés une aide psychologique fondée sur des données probantes, associée au suivi de leur insertion professionnelle (4d).

### ***1.2.3. La question du « qui » : le rôle des acteurs de première ligne dans la détection des troubles mentaux et l'accès à un soutien***

14. La Recommandation se fait l'écho de la principale conclusion du rapport *Santé mentale et insertion professionnelle*, à savoir que l'on ne peut progresser vers une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi si la mission consistant à soutenir les personnes ayant des problèmes de santé mentale est confiée aux seuls

personnels et établissements spécialisés dans les soins de santé mentale. Elle invite donc les Adhérents à tirer parti du rôle clé que jouent les acteurs de première ligne dans l'ensemble de la société – en particulier, mais pas seulement, les enseignants, les responsables hiérarchiques, les médecins généralistes et les agents du service public de l'emploi – pour détecter les troubles de santé mentale et atténuer leur impact sur les élèves, les travailleurs, les patients et les demandeurs d'emploi. Il s'agit à la fois de former les acteurs de première ligne existants et de veiller à la présence, dans les écoles, les universités, les lieux de travail et le système de protection sociale, d'individus possédant une connaissance et une expérience appropriées des troubles mentaux. L'importance du renforcement des compétences est en outre étroitement liée au délai d'intervention (« quand »). En effet, en l'absence d'acteurs de première ligne adéquatement formés, de possibles signes de troubles mentaux risquent de passer inaperçus. C'est ainsi que les interventions et les mesures d'accompagnement peuvent être retardées.

15. S'agissant des systèmes de santé, la Recommandation préconise d'enrichir les compétences en santé mentale des personnes travaillant dans le secteur des soins primaires, notamment les médecins généralistes, les médecins du travail, le personnel infirmier et les médecins de famille (1b). Elle met ainsi en évidence l'importance du rôle de régulation de l'accès aux services spécialisés (médecine psychiatrique, etc.) joué par ces professionnels au sein du système de santé. Parallèlement, dans le cadre des systèmes de soutien aux jeunes, la Recommandation incite les Adhérents non seulement à sensibiliser les professionnels de l'éducation et les familles des élèves aux troubles mentaux dont peuvent souffrir les jeunes, mais aussi à garantir à tous les établissements éducatifs une offre suffisante de professionnels rompus aux adaptations psychologiques et comportementales indispensables à l'apprentissage (2b).

16. La Recommandation fait aussi explicitement référence à l'importance des compétences en matière de santé mentale des acteurs de première ligne dans le milieu professionnel et dans les systèmes de protection sociale. Dans le milieu professionnel, le renforcement des compétences est un élément important des politiques plus générales de lutte contre la stigmatisation au travail et la Recommandation incite les Adhérents à promouvoir l'élaboration de lignes directrices à l'intention des responsables opérationnels, des professionnels des ressources humaines et des représentants des travailleurs pour stimuler une meilleure réponse aux troubles mentaux des travailleurs (3c, 3d). Il est également indispensable d'investir dans les compétences en santé mentale et dans la formation des agents, des travailleurs sociaux et des conseillers d'orientation professionnelle chargés de l'administration des services de l'emploi et des prestations sociales (4c).

### Encadré 1.2. Qu'entend-on par « compétences en santé mentale » ?

L'expression « compétences en santé mentale », employée tout au long de ce rapport, désigne la nécessité de former les acteurs de première ligne opérant dans le système de santé, sur les lieux de travail, dans les établissements éducatifs, les services pour l'emploi, et au-delà. Le terme d'acception générale « compétences » est employé pour traduire la nécessité, pour les acteurs de première ligne, non seulement de comprendre la santé mentale en tant que sujet, mais également de connaître les mesures qu'il y a peut-être lieu de prendre alors.

En conséquence, les compétences en santé mentale peuvent être globalement comprises comme étant composées de trois éléments :

- **Compréhension du sujet de la santé mentale** - les acteurs de première ligne doivent être formés pour comprendre ce qu'est la santé mentale, comment communiquer sur le sujet ou en parler en évitant toute stigmatisation, et apprendre à reconnaître les changements comportementaux qui peuvent être des signes de troubles mentaux potentiels. Les acteurs de première ligne peuvent acquérir cet aspect des compétences en santé mentale grâce à des campagnes publiques de sensibilisation.
- **Compréhension des imbrications entre la santé mentale et d'autres dimensions** - les acteurs de première ligne doivent être formés pour comprendre comment des facteurs plus généraux comme l'environnement professionnel et scolaire, ainsi que la situation personnelle et familiale, peuvent influencer sur la santé mentale et comment leur action, en tant qu'intervenants de première ligne, est donc vitale dans le soutien à la santé mentale de la population générale.
- **Capacité à prendre rapidement des mesures appropriées** - les acteurs de première ligne doivent connaître les options à leur disposition pour accompagner une personne présentant une souffrance psychique ou des symptômes de troubles mentaux potentiels et ensuite, avoir la capacité et les compétences nécessaires pour prendre rapidement des mesures appropriées. Les acteurs de première ligne ne peuvent acquérir cet aspect des compétences en santé mentale que par la formation.

La nature exacte et le niveau de compétences en santé mentale requis varieront en fonction du poste, de même que les options disponibles en termes de mesures à prendre et d'interventions. Prenons un exemple : on attendra d'un médecin généraliste qu'il soit capable de faire la distinction entre un épisode de souffrance psychique et des troubles mentaux au-delà du seuil des critères diagnostiques, et qu'il fasse appel à ses compétences pour décider s'il peut y avoir un intérêt à adresser la personne à un spécialiste. À titre de comparaison, on attendra d'un employeur qu'il utilise ses compétences pour identifier des symptômes potentiels de souffrance psychique ou de troubles mentaux qui peuvent être décelés au travers de changements de comportement au travail, comme une baisse soudaine de productivité, des absences injustifiées ou des retards répétés au travail. S'il est peu probable qu'un employeur puisse adresser directement un salarié à un spécialiste de santé mentale, il pourra néanmoins prendre des mesures, notamment faire régulièrement le point ou demander aux cadres de l'entreprise des solutions possibles pour accompagner le salarié.



## 2. Méthodologie

17. Depuis l'adoption de la Recommandation, l'OCDE a poursuivi ses travaux sur une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi, en suivant l'évolution de l'action publique dans ce domaine. Le reste de cette section explique la méthode employée par le Secrétariat pour sa première analyse de la mise en œuvre et de la diffusion de la Recommandation à l'échelle de l'OCDE, à savoir une combinaison de questionnaires pour suivre l'évolution des politiques et d'indicateurs comparatifs de la politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi (ci-après les « Indicateurs comparatifs »), présentés en Annex B de [DELSA/ELSA\(2020\)5/REV2](#) et [DELSA/HEA\(2020\)10/REV2](#)], pour observer les progrès réels dans l'amélioration des résultats sociaux, éducatifs et sur le marché du travail des individus souffrant de troubles mentaux.

18. Pour évaluer la mise en œuvre de la Recommandation dans les pays adhérents, le Secrétariat a utilisé un questionnaire destiné à recueillir des informations sur l'expérience acquise (ci-après le « questionnaire sur les politiques publiques »), transmis en août 2019 à 36 Adhérents ainsi qu'à deux pays alors activement engagés dans un processus d'adhésion (Colombie et Costa Rica). Les réponses de 30 pays (ci-après « les Répondants ») ont été reçues<sup>1</sup>. Le questionnaire sur les politiques publiques demandait aux Adhérents de décrire les évolutions significatives dans les politiques introduites depuis janvier 2015 qui sont en conformité avec la Recommandation dans chacun des quatre domaines thématiques couverts : la santé, les jeunes, l'emploi et la protection sociale. Les réponses au questionnaire livrent une grande partie des éléments probants utilisés pour préparer le chapitre 5. consacré à la mise en œuvre de la Recommandation.

19. Un autre questionnaire (ci-après le « questionnaire de suivi ») a été transmis aux Adhérents en mai 2020 pour analyser leur travail de diffusion de la Recommandation. Il s'agissait par ailleurs d'obtenir un éclairage sur le degré de prise de conscience de la Recommandation parmi les parties prenantes, mais aussi sur leur perception de son utilité et de sa pertinence. Le questionnaire de suivi renfermait également une rubrique supplémentaire, demandant des informations sur les mesures prises par les Adhérents pour venir en aide aux personnes atteintes de troubles mentaux pendant la crise du COVID-19. Au total, 26 Adhérents ont répondu au questionnaire de suivi<sup>2</sup>.

20. Pour cerner les démarches, les expériences et les conclusions des parties prenantes non gouvernementales concernées par la politique de santé mentale, le Secrétariat a préparé un autre questionnaire, en ligne (ci-après le « questionnaire aux parties prenantes non gouvernementales »). Les Adhérents ont été invités à transmettre ce questionnaire aux parties prenantes non gouvernementales concernées, c'est-à-dire aux organisations ou institutions jouant un rôle important dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique

---

<sup>1</sup> Parmi les répondants, 21 ont répondu à l'ensemble des questions (Australie, Autriche, Canada, Colombie, Costa Rica, Danemark, Espagne, Estonie, États-Unis, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Japon, Lettonie, Lituanie, Nouvelle-Zélande, Norvège, Pays-Bas, Pologne, République tchèque, Royaume-Uni, Suède, Suisse) et neuf autres ont envoyé des réponses partielles (Belgique, Corée, Espagne, États-Unis, Grèce, Italie, Japon, Mexique, Turquie).

<sup>2</sup> 26 pays ont répondu à l'ensemble des questions du questionnaire de suivi ou envoyé des réponses partielles (Australie, Autriche, Belgique, Canada, Colombie, Corée, Costa Rica, Danemark, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Japon, Lettonie, Lituanie, Mexique, Nouvelle-Zélande, Norvège, Pologne, République tchèque, Suède, Suisse, Turquie).

intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi. Seules huit parties prenantes non gouvernementales de quatre pays adhérents y ont répondu<sup>3</sup>.

### 3. Processus

21. Une première version du projet de rapport a été remise au Comité ELSA en avril 2020 [[DELSA/ELSA\(2020\)5](#)]. Ce projet de rapport, appelé « projet de rapport intermédiaire », présentait les premières conclusions sur les évolutions des politiques intégrées de la santé mentale, des compétences et de l'emploi, et invitait les Adhérents à formuler leurs commentaires. Le projet de rapport intermédiaire a ensuite été actualisé pour rendre compte des commentaires formulés et de la poursuite des travaux en cours, avant d'être transmis au Comité de la santé en juin 2020 aux fins de nouveaux commentaires [[DELSA/HEA\(2020\)10](#)]. En raison de la pandémie de COVID-19, qui a limité les possibilités de se réunir physiquement, les deux comités ont fait parvenir leurs commentaires selon la procédure écrite. Au total, 11 Adhérents ont apporté des commentaires à l'une ou l'autre des deux versions du projet de rapport intermédiaire.

22. À partir du projet de rapport intermédiaire, un projet de rapport intégral sur la mise en œuvre de la Recommandation a été préparé par le Secrétariat et remis au Comité ELSA [[DELSA/ELSA\(2020\)5/REV1](#)] et au Comité EDPC en octobre 2020 [[DELSA/ELSA\(2020\)5/REV1](#)], puis au Comité de la santé en novembre 2020 [[DELSA/HEA\(2020\)10/REV1](#)]. Les principales conclusions du projet de rapport relatives à la mise en œuvre et à la diffusion de la Recommandation ont été examinées lors de la 137<sup>e</sup> session du Comité ELSA en octobre 2020, au cours de laquelle les Adhérents ont examiné jusqu'à quel point le projet de rapport rendait compte des évolutions pertinentes des politiques publiques et ont salué le document. Le projet de rapport a également été présenté brièvement lors de la 28<sup>e</sup> session du Comité EDPC en novembre 2020, et les délégués en ont pris note.

23. Enfin, le Secrétariat a invité les trois comités à adresser par écrit leurs commentaires sur le projet de rapport, invitation à laquelle 17 pays ont répondu entre octobre 2020 et janvier 2021, ainsi que la Commission syndicale consultative auprès de l'OCDE (TUAC). Les commentaires des Adhérents ont été pris en compte dans les révisions ultérieures de janvier à mars 2021. La version finale du projet de rapport a été partagée avec ELSAC [[DELSA/ELSA\(2020\)5/REV2](#)] et HC [[DELSA/HEA\(2020\)10/REV2](#)] en mars 2021 et approuvée selon la procédure écrite le 9 avril 2021.

24. Le Conseil est invité à en prendre note et procéder à la déclassification du Rapport, à la suite de quoi un lien du Rapport sera ajouté sur la page web dédiée à la Recommandation sur le [Recueil en ligne des instruments juridiques de l'OCDE](#).

### 4. Diffusion et utilisation de la Recommandation

25. La Recommandation invite le Secrétaire général et les Adhérents à veiller à sa diffusion. Les efforts de diffusion et les mesures prises dans ce sens jusqu'à présent, bien que concrets, pourraient être renforcés, notamment en ce qui concerne la mobilisation des parties prenantes non gouvernementales. Les Adhérents souhaiteront éventuellement que le Secrétariat développe des outils destinés à renforcer la diffusion de la Recommandation.

---

<sup>3</sup> Des réponses au questionnaire aux parties prenantes non gouvernementales ont été reçues de l'Autriche, du Canada, de l'Irlande et de la Norvège.

26. L'un des principaux moyens de diffusion utilisés par le Secrétariat a été la préparation d'un examen par pays de la Nouvelle-Zélande, publié en décembre 2018 et intitulé *Mental Health and Work: New Zealand*, lequel montrait l'utilité de la Recommandation en tant que cadre pour inspirer les meilleures pratiques en matière de politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi dans les pays adhérents. D'autres examens par pays seraient utiles pour démontrer de manière concrète comment les principes de la Recommandation peuvent être utilisés pour progresser dans le sens d'une politique et d'une offre de services intégrées.

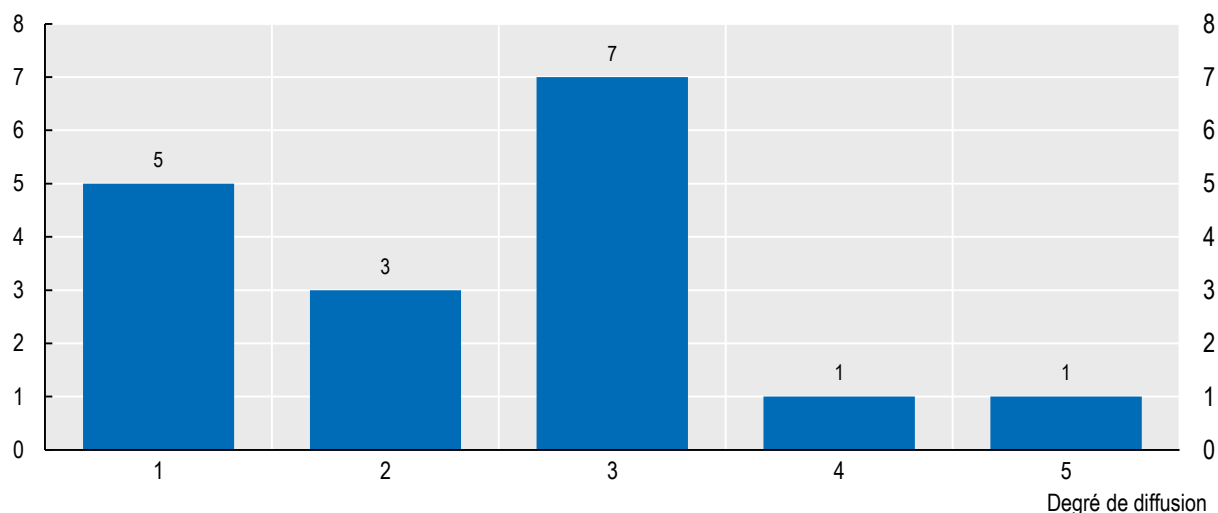
27. La Recommandation a également été diffusée par le biais d'événements phares organisés par l'OCDE. Notons en particulier la Réunion ministérielle de l'OCDE sur l'emploi et le travail et le Forum sur l'avenir du travail (Paris, janvier 2016), à l'occasion desquels les ministres se sont félicités de la Recommandation et ont reconnu que les synergies entre les politiques de la santé, de l'éducation, de l'emploi et les politiques sociales joueront un rôle déterminant dans l'amélioration des possibilités d'emploi des personnes atteintes de troubles mentaux (OCDE, 2016<sup>[5]</sup>). L'OCDE, en association avec l'Organisation mondiale de la Santé, a en outre concouru à l'organisation du premier Sommet ministériel mondial sur la santé mentale, le 8 octobre 2018. À cette occasion, elle a aussi préparé une brochure résumant les principaux messages de la Recommandation distribuée aux participants. Cette brochure peut désormais être téléchargée. Le Secrétariat continuera de promouvoir la Recommandation lors d'événements organisés par l'OCDE.

28. Le Secrétariat a également promu et diffusé la Recommandation lors d'événements à plus petite échelle, dont des lancements et des réunions d'experts, et y a également fait référence dans les publications de l'OCDE sur les politiques sociales et les politiques de la santé et de l'emploi. Entre autres publications faisant référence à la Recommandation, citons *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle* (2018<sup>[6]</sup>) et *Des emplois de qualité pour tous dans un monde du travail en mutation* (2019<sup>[7]</sup>). L'4.3 dresse la liste des activités de diffusion menées jusqu'à présent par le Secrétariat.

29. Dans le questionnaire de suivi, les Adhérents étaient invités à évaluer le rayon de diffusion de la Recommandation dans leur pays sur une échelle de 1 à 5, 5 signifiant que les pouvoirs publics estiment que toutes les administrations, toutes les parties prenantes et le public en général ont été informés au sujet de la Recommandation. Les résultats font apparaître d'importantes différences de degré d'effort de diffusion entre les Répondants au questionnaire de suivi, illustrées par le Graphique A.4.1. Seuls deux Répondants au questionnaire de suivi (la Colombie et l'Estonie) se sont attribués une note de 4 ou 5, la moyenne de l'ensemble des Répondants étant de 2.4.

### Graphique A.4.1. Degré de diffusion de la Recommandation évalué par les Répondants au questionnaire de suivi

Échelle de 1 à 5, 5 signifiant que toutes les administrations, toutes les parties prenantes et le public en général ont été informés au sujet de la Recommandation.



Note : 8 des 26 Répondants au questionnaire de suivi n'ont pas répondu à la question sur le degré de diffusion et un pays a fourni une réponse ambiguë. Le degré de diffusion indiqué est basé sur l'auto-évaluation des 17 autres Répondants.

Source : questionnaire de suivi de l'OCDE sur la Recommandation du Conseil sur une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi (2020<sup>[8]</sup>).

30. Peu de Répondants diffusent des informations sur la Recommandation sur leurs sites web. Dans les réponses au questionnaire, seuls deux Répondants indiquent qu'une traduction de la Recommandation est disponible et quatre seulement font savoir que le texte de la Recommandation est publié sur un site web de l'État<sup>4</sup>. Une traduction non officielle en espagnol a été préparée par le Pérou – qui ne fait pas partie des Adhérents à la Recommandation – et peut être consultée sur le site web du gouvernement. Cela permet de penser que les pays non membres qui ne sont pas actuellement adhérents à la Recommandation pourraient également souhaiter le devenir ou être davantage informés à son sujet. D'autres traductions de la Recommandation pourraient promouvoir son utilisation au niveau opérationnel. Le Secrétariat envisagera par conséquent d'organiser la traduction de la Recommandation dans d'autres langues en externe et d'intégrer ces traductions non officielles sur la page web de la Recommandation qui figure dans le Recueil en ligne des instruments juridiques de l'OCDE.

31. Les Adhérents ont également été invités à évaluer le degré de prise de conscience de la Recommandation parmi certaines parties prenantes concernées – responsables et organismes publics, secteur non gouvernemental, secteur de la recherche, services publics de l'emploi, secteur de la santé et professionnels de santé, délégués patronaux et secteur

<sup>4</sup> Les quatre Répondants ayant indiqué que la Recommandation avait été publiée sur leur site web étaient le Costa Rica, la France, la Lituanie et la Nouvelle-Zélande. En Nouvelle-Zélande, une réponse officielle du gouvernement à l'examen par pays a été publiée sur le [site web](#) du ministère de la Santé. Le Japon et la France étaient les seuls Adhérents à indiquer que la Recommandation avait été traduite. Une version officielle en français était déjà préparée par le Secrétariat, et aucune traduction en japonais n'était disponible en ligne.

éducatif. Les moyens de diffusion de la Recommandation au secteur non gouvernemental sont abordés en détail dans l'Encadré 4.1. Les réponses à cette question révèlent une importante marge d'amélioration de la connaissance de la Recommandation dans tous les domaines, six Répondants seulement ayant indiqué que toutes les parties prenantes étaient parfaitement au courant de la Recommandation<sup>5</sup>. D'après le questionnaire de suivi, le manque de familiarité avec la Recommandation semble plus particulièrement criant dans le secteur non gouvernemental, les services publics de l'emploi, parmi les délégués patronaux et dans le secteur éducatif.

---

<sup>5</sup> Il s'agissait des responsables et des organismes publics en Australie, Estonie, France, Nouvelle-Zélande et République tchèque, du secteur de la santé en Hongrie, et de toutes les parties prenantes en Colombie. Seule la Colombie a fait savoir que le degré de prise de conscience était « élevé » dans le secteur non gouvernemental, dans ceux de la recherche et de l'éducation, dans les services publics de l'emploi et parmi les délégués patronaux.

#### **Encadré 4.1 Diffusion de la Recommandation dans le secteur non gouvernementaux**

Les réponses au questionnaire de suivi font apparaître clairement une relative méconnaissance de la Recommandation en dehors des organismes publics et la nécessité d'un travail de diffusion plus poussé auprès des parties prenantes non gouvernementaux de la part du Secrétariat et des Adhérents. Le questionnaire destiné aux parties prenantes non gouvernementaux, remis par le Secrétariat aux Adhérents pour distribution aux intéressés, n'a reçu que huit réponses. L'une d'entre elles était particulièrement révélatrice en ce qu'un répondant déclarait n'avoir jamais entendu parler de l'invitation jusqu'à l'invitation par le gouvernement à participer à l'enquête. Les exemples d'utilisation explicite de la Recommandation par des parties prenantes non gouvernementaux semblent rares, voire inexistantes. Ce constat s'inscrit a contrario des retours d'un certain nombre de ces parties prenantes présentes à des ateliers et séminaires qui, après avoir été informées sur la Recommandation, ont apprécié son utilité pour leur travail quotidien, mais aussi pour faire avancer les connaissances, les procédures et les politiques.

L'importance des parties prenantes non gouvernementaux au regard de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques de santé mentale est évidente dans tous les pays adhérents. De plus en plus, les ONG non seulement sensibilisent à la santé mentale et déstigmatisent ainsi le sujet, mais elles sont également souvent engagées par les États pour assurer des services intégrés de santé mentale. En Nouvelle-Zélande, le rapport d'enquête gouvernementale sur la santé mentale et l'addiction *He Ara Oranga*, par exemple, reconnaît non seulement que le pays « [s'appuie] déjà lourdement sur les ONG », mais aussi qu'il « prévoit l'accentuation de cette dépendance ». Une plus grande diffusion de la Recommandation – de la part du Secrétariat et des Adhérents – est indispensable pour mettre en place des politiques plus intégrées de la santé mentale, des compétences et de l'emploi.

À cette fin, le Secrétariat s'attachera à diffuser la Recommandation par l'intermédiaire de Business at OECD et de la Commission syndicale consultative auprès de l'OCDE (TUAC), compte tenu du rôle officiel de ces institutions en tant qu'organes consultatifs de l'Organisation. Le Secrétariat cherchera en outre à collaborer avec les réseaux d'organisations non gouvernementales en visant plus particulièrement les parties prenantes recensées parmi les moins au fait de la Recommandation. Étant donné le rôle important des ONG, les Adhérents sont également vivement encouragés à informer toutes les parties prenantes concernées au sujet de la Recommandation.

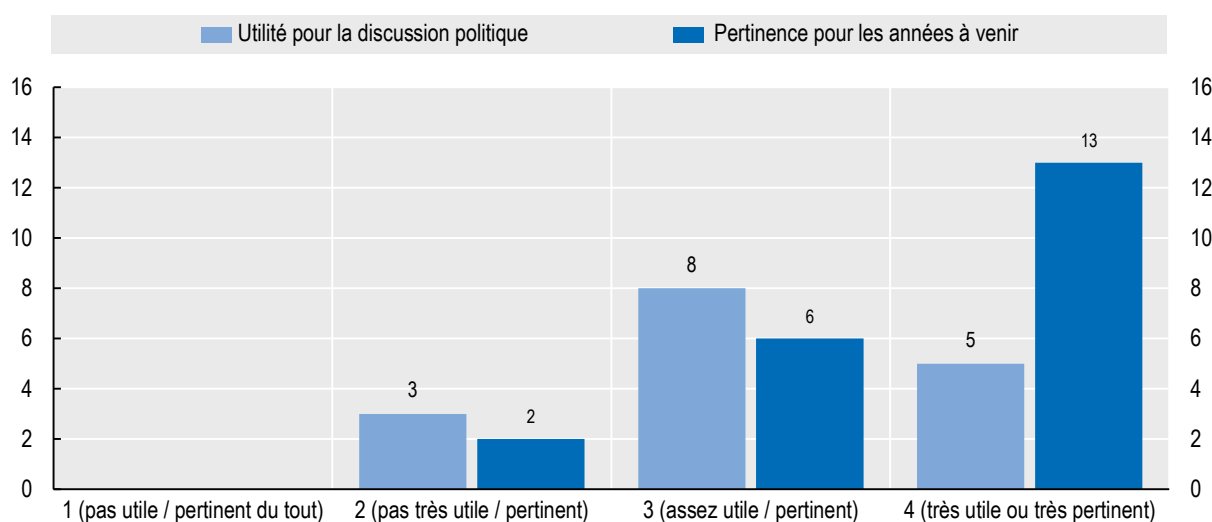
#### **4.1. La Recommandation pourrait être davantage utilisée pour guider l'élaboration de politiques**

32. Le questionnaire de suivi interrogeait les Adhérents sur l'utilité de la Recommandation jusqu'à présent, dans le contexte des discussions sur l'action publique et de la réforme des systèmes et politiques. Une majorité des réponses déclaraient que la Recommandation avait jusqu'à présent été « assez utile » ou « très utile » dans les discussions sur l'action publique, comme l'illustre le Graphique A.4.2. La Recommandation était considérée comme encore plus utile pour guider les politiques dans les années à venir, la majorité des réponses indiquant qu'elle serait « très pertinente ».

33. Plusieurs des Répondants au questionnaire de suivi ont été incapables de préciser le degré d'utilité de la Recommandation pour faire progresser la réforme des politiques

publiques ni son degré de pertinence pour les années à venir. Quelques Répondants ont explicitement mentionné qu'ils étaient « incapables » (sans préciser pourquoi) de répondre aux questions sur la pertinence ou l'utilité, tandis qu'un Répondant a explicitement fait savoir qu'il était « difficile d'indiquer si la Recommandation de l'OCDE [avait été] utilisée ». Le Secrétariat s'appuiera sur les résultats de cette consultation pour dialoguer avec les Adhérents au sujet de la pertinence de la Recommandation et les informer du soutien qui peut leur être apporté dans leur travail de conception et de mise en œuvre des réformes des politiques de la santé mentale.

**Graphique A.4.2. Degré d'utilité de la Recommandation évalué par les Répondants au questionnaire de suivi et pertinence de la Recommandation pour les années à venir**



Note : 10 des 26 Répondants au questionnaire de suivi n'ont pas répondu à la question sur l'utilité ou ont donné une réponse ambiguë, 5 n'ont pas répondu à la question sur la pertinence pour les années à venir. Le degré de diffusion indiqué est basé sur l'auto-évaluation des Répondants au questionnaire de suivi qui ont répondu à la question sur l'utilité jusqu'à présent ou sur la pertinence pour les années à venir.

Source : questionnaire de suivi de l'OCDE sur la Recommandation du Conseil sur une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi (2020<sup>[8]</sup>).

34. Un certain nombre de Répondants au questionnaire de suivi ont pu donner des exemples spécifiques de l'utilité de la Recommandation en tant que référence pour la réforme des politiques. En Nouvelle-Zélande, la Recommandation et l'examen par pays ont été utilisés en même temps que l'*Enquête gouvernementale sur la santé mentale et l'addiction* pour guider d'autres réformes de la politique de la santé mentale au sens large. L'exemple de la Nouvelle-Zélande illustre également l'utilité des examens par pays pour appliquer les principes directeurs de la Recommandation en tenant compte de la situation nationale, comme le décrit l'Encadré 4.2. Ces examens par pays peuvent servir de véhicule pour traduire la Recommandation en mesures concrètes qui combleraient l'écart apparent entre l'utilité et la pertinence de la Recommandation.

35. Dans le cas des quelques Répondants au questionnaire de suivi ayant fait savoir que la Recommandation avait été « très utile », les faits nouveaux ont tendance à correspondre étroitement à la Recommandation, même si aucune référence spécifique n'y est faite. Le meilleur exemple est celui de la Stratégie nationale pour la santé mentale en Colombie, qui suit de près les grands principes de la Recommandation. De même, l'Estonie a fait savoir que la Recommandation est utilisée dans la préparation du Livre vert sur la santé mentale. La Recommandation est par ailleurs explicitement mentionnée en Australie, où un rapport

sur les politiques en faveur de la santé mentale des vétérans fait siens les principes directeurs de la Recommandation (Department of Veterans' Affairs, 2019<sup>[9]</sup>) et en Écosse (Royaume-Uni), où la Recommandation est citée dans un rapport de la Taskforce on Children and Young People's Mental Health (2018<sup>[10]</sup>). La Recommandation a peut-être été utilisée par d'autres Adhérents pour guider les mesures prises, mais le Secrétariat n'a pas été informé de ces exemples dans les réponses au questionnaire de suivi.

36. La Recommandation contribue également aux mesures prises par le biais d'autres organisations intergouvernementales. À l'occasion de la manifestation de niveau ministériel *Out of the Shadows: Making Mental Health a Global Priority*, en avril 2016, le Groupe de la Banque mondiale s'est engagé à utiliser la Recommandation pour « faire en sorte que les pays tiennent leur engagement à développer des approches intersectorielles plus intégrées en matière de politique de la santé mentale » (Groupe de la Banque mondiale et Organisation mondiale de la santé, 2016<sup>[11]</sup>).



#### **Encadré 4.2. La Recommandation et l'évolution des politiques en Nouvelle-Zélande**

En mars 2017, les ministères néo-zélandais de la Santé et du Développement social chargent l'OCDE de préparer un examen par pays qui évalue l'approche adoptée par la Nouvelle-Zélande face aux défis posés par les politiques de la santé et de l'emploi. Publié en décembre 2018, le rapport *Mental Health and work: New Zealand* est le premier à examiner les politiques par rapport à la Recommandation. Il aborde par le prisme de la santé mentale le passage des études au travail, les politiques et pratiques d'emploi, les services de recherche d'emploi, les congés maladie de longue durée et la capacité du système de santé.

Parallèlement à ce rapport de l'OCDE, la Nouvelle-Zélande entreprend elle-même une enquête sur la santé mentale et l'addiction (*Government Inquiry into Mental Health and Addiction*), avec consultation publique à grande échelle. Pendant cette consultation, l'OCDE présente ses conclusions préliminaires au comité d'enquête. En novembre 2018, la publication du rapport d'enquête [He Ara Oranga: Report of the Government Inquiry into Mental Health and Addiction](#), révèle un grand nombre d'enjeux semblables à ceux mis en lumière dans le rapport de l'OCDE. En mai 2019, le gouvernement néo-zélandais adresse sa [réponse officielle](#) aux recommandations du rapport *He Ara Oranga*. Elle contient une réponse au rapport de l'OCDE *Mental Health and Work*, le but étant que les recommandations de l'Organisation éclairent également l'évolution des politiques. Dans la réponse, le gouvernement accepte ou accepte « en principe » 18 des 20 recommandations formulées par l'OCDE et observe que la direction générale du rapport est en cohérence avec les conclusions de l'enquête (Ministère de la Santé, 2019<sub>[12]</sub>).

La santé mentale et l'addiction font partie des priorités du gouvernement actuel. En 2019, le « budget du bien-être » prévoyait un engagement record de 1.9 milliard NZD sur quatre ans dans un bouquet d'initiatives interministérielles visant à améliorer les actions en faveur du bien-être mental des Néo-Zélandais (New Zealand Treasury, 2019<sub>[13]</sub>). Les domaines de financement correspondent étroitement aux grands principes de la Recommandation. Par exemple, le Budget 2019 affecte 455 millions NZD sur quatre ans à un nouveau programme dont l'objectif est d'élargir le choix de services spécialisés dans la santé mentale et l'addiction, ainsi que l'accès à ces services pour les personnes atteintes de troubles légers à modérés. Le programme, qui comporte des volets de financement réservés aux services *kaupapa Māori* destinés aux jeunes et aux familles du Pacifique, cible 325 000 personnes à l'horizon 2023/2024. Le Budget affecte des fonds à l'élargissement des services de santé en milieu scolaire pour 5 600 élèves du secondaire supplémentaires, en adéquation avec la Recommandation qui préconise de promouvoir un accès rapide à un soutien coordonné non stigmatisant pour les enfants et les jeunes atteints de troubles mentaux. Le ministère du Développement social a également reçu des fonds destinés à l'élargissement du dispositif de « placement et soutien individuel », au renforcement de l'accès aux services téléphoniques et en ligne d'accompagnement de la santé mentale pour les individus bénéficiaires de prestations sociales, et à l'enrichissement des compétences en matière de santé mentale des personnels chargés de l'administration du système de protection sociale.

## 4.2. Mettre au point des outils pour renforcer la diffusion et l'utilisation de la Recommandation

37. Dans le questionnaire de suivi, les Adhérents étaient invités à choisir parmi plusieurs mesures possibles qu'ils souhaiteraient voir l'OCDE prendre pour renforcer la diffusion de la Recommandation et aider les Adhérents à la mettre en œuvre. Sachant qu'environ un tiers des Répondants au questionnaire de suivi (9 sur 26) n'ont choisi aucune des mesures proposées, les résultats sont les suivants :

- Organisation d'ateliers au niveau national ou international (9 Répondants)
- Préparation de brochures et d'outils de diffusion (7 Répondants)
- Élaboration d'indicateurs adéquats (13 Répondants)
- Mise en place d'un groupe d'experts informel (8 Répondants)

38. Le Secrétariat déterminera si ces activités sont réalisables en appui de la diffusion et de la mise en œuvre de la Recommandation. Des ateliers de niveau national ou international pourraient aider les Adhérents à mettre en œuvre et diffuser la Recommandation, et plusieurs Adhérents ont formulé des commentaires écrits supplémentaires dans lesquels ils expriment leur souhait de participer à de tels ateliers pour promouvoir l'apprentissage mutuel entre pays et adapter la mise en application de la Recommandation à la situation spécifique des pays. Les réponses des Adhérents témoignent également de leur intérêt pour la mise en place d'un groupe d'experts ; par conséquent, le Secrétariat déterminera si cette activité est réalisable et, si tel est le cas, examinera comment ce groupe pourrait être mis en place en pratique sans faire double emploi avec les groupes d'experts et groupes de travail existants.

39. Le Secrétariat envisagera par ailleurs d'ajouter d'autres brochures à celle préparée en 2018, qui résumait la Recommandation. Ces brochures supplémentaires pourraient, par exemple, présenter des outils pratiques pour la mise en œuvre d'une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi au niveau opérationnel dans chacun des quatre axes thématiques, ou guider les Adhérents sur l'utilisation de la Recommandation pour orienter la politique de la santé mentale pendant et après la crise du COVID-19. Le Secrétariat pourra également intégrer dans ces brochures les travaux en cours sur les conséquences de la crise du COVID-19 pour une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi.

40. Le Secrétariat a d'ores et déjà élaboré une série d'indicateurs décrivant les résultats sur les plans sanitaire, éducatif, social et professionnel des personnes souffrant de troubles mentaux, dont on trouvera la liste (accompagnés de précisions sur leur mesure et leur définition) dans les Indicateurs comparatifs. Ces indicateurs seront régulièrement tenus à jour et auront une double finalité : ils permettront aux Adhérents de mesurer les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la Recommandation et serviront d'outils pour faciliter la diffusion de la Recommandation.

## 4.3. Liste sélective d'activités de diffusion du Secrétariat

41. Quelques exemples des activités de promotion et de diffusion de la Recommandation réalisées par le Secrétariat :

- Septembre 2015 : le Secrétariat présente la Recommandation et les travaux en cours sur une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi à l'occasion du lancement de l'« Alliance européenne pour la santé mentale dans toutes les politiques ».

- Janvier 2016, France (Paris) : le Secrétariat présente la Recommandation à la Réunion ministérielle de l'OCDE sur l'emploi et le travail et au Forum sur l'avenir du travail. Elle est bien accueillie et reconnue dans la déclaration ministérielle.
- Avril 2016, États-Unis (Washington) : le Secrétariat présente la Recommandation à l'occasion de la rencontre ministérielle Out of the Shadows: Making Mental Health a Global Development Priority organisée par l'Organisation mondiale de la Santé et le Groupe de la Banque mondiale. Le Groupe de la Banque mondiale s'engage à utiliser la Recommandation pour « faire en sorte que les pays tiennent leur engagement à développer des approches intersectorielles plus intégrées en matière de politique de la santé mentale ».
- Octobre 2016, Fédération de Russie (Moscou) : le Secrétariat présente la Recommandation et ses grands principes à la Conférence internationale sur la santé mentale au travail.
- Février 2017, Norvège (Oslo) : le Secrétariat est invité par la présidence norvégienne du Conseil nordique à présenter les conclusions de la Recommandation au Sommet des pays nordiques sur la santé mentale.
- Avril 2016, Pays-Bas (Amsterdam) : le Secrétariat présente la Recommandation et les grands principes d'action en faveur de la santé mentale des jeunes à la Conférence européenne des jeunes, organisée par le Conseil national néerlandais des jeunes sous l'égide de la présidence néerlandaise du Conseil de l'Union européenne.
- Octobre 2018, Royaume-Uni (Londres) : le Secrétariat co-organise le Sommet ministériel mondial sur la santé mentale avec le gouvernement britannique et l'Organisation mondiale de la santé, et présente à cette occasion la Recommandation et ses plus récentes conclusions sur les imbrications entre santé mentale, travail et productivité.
- Décembre 2018, Nouvelle-Zélande : le Secrétariat lance l'examen par pays Mental Health and Work: New Zealand.
- Septembre 2019, Pays-Bas (Amsterdam) : premier symposium de l'Amsterdam Satellite of Cochrane Work.
- Octobre 2019, Belgique (Bruxelles) : le Secrétariat présente la Recommandation et ses travaux en cours sur les politiques intégrées de la santé mentale et du travail à l'occasion d'un séminaire sur le thème de l'avenir du travail et de la santé mentale, organisé par l'European Alliance for Mental Health.
- Novembre 2019, Suisse (Genève) : le Secrétariat présente la Recommandation et les travaux en cours de l'OCDE sur la santé mentale et le travail à un forum consacré à l'élaboration de lignes directrices mondiales sur la santé mentale au travail, à l'invitation de l'Organisation mondiale de la Santé.
- Septembre 2020, France (Paris) : le Secrétariat présente la Recommandation et les principales conclusions de son rapport sur la mise en œuvre au deuxième atelier de l'OCDE sur l'analyse comparative des performances en santé mentale.

## 5. Mise en œuvre de la Recommandation

42. Ce chapitre porte sur la mise en œuvre de la Recommandation depuis son adoption. Il s'articule en trois parties :

- La première partie s'intéresse à l'évolution de la conception qu'ont les Adhérents de l'importance stratégique de l'intégration de la politique de santé mentale, en se penchant sur leurs plans et stratégies pour la santé mentale. Elle n'aborde pas les services d'aide aux personnes souffrant de troubles mentaux au niveau opérationnel, qui sont le sujet de la troisième partie.
- La deuxième partie porte sur les actions de sensibilisation aux questions de santé mentale et la lutte contre la stigmatisation qui va souvent de pair avec les troubles mentaux. Cette partie est séparée de la troisième étant donné que la sensibilisation est une activité transversale et la pierre angulaire de la mise en œuvre d'une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi au niveau opérationnel.
- La troisième partie, qui est aussi la plus grande de ce chapitre, récapitule les évolutions intervenues au niveau opérationnel au cours des cinq dernières années dans les quatre axes thématiques couverts par la Recommandation : politique de la santé, politique de la jeunesse, politique du travail et politique de protection sociale. Cette section du rapport ressemble de près à la partie centrale du rapport.

### 5.1. Plans pour la santé mentale : accorder une importance stratégique à l'intégration

43. Cinq ans après l'adoption de la Recommandation, l'importance d'une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi est largement acceptée dans la plupart des pays adhérents. Ce constat ressort plus particulièrement des approches de plus en plus intersectorielles et interministérielles qui sont décrites dans les plans ou stratégies nationaux de santé mentale. Il ressortait des réponses au questionnaire sur les politiques publiques pour l'analyse comparative des performances en santé mentale préparé par l'OCDE que 19 des 26 Répondants déclaraient disposer de programmes, plans ou stratégies nationaux développant des approches interministérielles de la gouvernance de la santé mentale (OCDE, 2021<sup>[14]</sup>). Le présent rapport atteste lui aussi des progrès en cours dans ce domaine.

44. On constate des différences prononcées d'approche et de degré d'intégration des axes thématiques (systèmes de santé, dispositifs d'aide aux jeunes, politiques de l'emploi et systèmes de protection sociale) dans les plans et stratégies nationaux de santé mentale. La plupart de ces plans et stratégies sont cantonnés au système de santé, mais plusieurs Adhérents ont récemment dressé des plans spécifiques pour la santé mentale des enfants et des jeunes. Par comparaison, les politiques de l'emploi et les systèmes de protection sociale ne sont intégrés dans les plans nationaux de santé mentale que de façon occasionnelle. Cela signifie que des pans importants de la politique gouvernementale, qui pourraient avoir un réel impact sur la santé mentale, ne sont pas pris en considération. Par conséquent, les Adhérents continuent de considérer la santé mentale d'abord et avant tout comme un sujet qui concerne le système de santé, même si l'accent est placé de plus en plus sur les systèmes de soutien aux jeunes et les systèmes d'éducation. En revanche, les politiques de l'emploi et les systèmes de protection sociale occupent de moins en moins de place dans les plans de santé mentale.

45. Cette partie du chapitre analyse le développement des plans nationaux de santé mentale, qui posent le socle d'une mutation systémique vers une approche plus intégrée englobant différents organismes publics. En l'absence d'approche intégrée dans un plan national de santé mentale, les quelques éventuelles bonnes pratiques de services intégrés favorables à la santé mentale seront probablement des cas isolés qui ne traduisent pas une tendance générale. Ce n'est qu'en conjuguant des services intégrés au niveau opérationnel et la priorisation de politiques intégrées au niveau décisionnel (démontrée par les plans ou les stratégies) que les Adhérents parviendront à des politiques intégrées de la santé mentale, des compétences et de l'emploi.

### ***5.1.1. De nombreux Adhérents ont récemment commencé à mettre l'accent sur l'intégration dans leurs plans et stratégies nationaux de santé mentale***

46. Un nombre important d'Adhérents ont inclus les volets éducation, emploi et protection sociale dans leurs stratégies ou plans nationaux de santé mentale pour la première fois dans les cinq dernières années. Si nombre d'entre eux n'ont pas pour autant fixé des cibles ou objectifs clairs, leurs derniers plans en date attestent d'un attachement manifeste à une approche interministérielle, preuve de progrès considérables par rapport aux précédents plans presque entièrement axés sur le système de santé.

47. La Colombie offre l'exemple d'un pays adhérent qui a accompli des progrès importants dans son tout dernier plan national de santé mentale. Après avoir tout d'abord reconnu l'importance de s'attaquer aux aspects socio-économiques de la santé mentale en 2013, ce pays a mis en place une nouvelle Politique nationale de la santé mentale en 2018 voulant que les politiques publiques assurent l'insertion des personnes souffrant de troubles mentaux dans le milieu scolaire, le milieu social et le milieu professionnel. La stratégie de promotion de ce plan, publiée en 2020, définit des domaines précis de responsabilité pour un large éventail de ministères.

48. En Pologne, le Programme national de protection de la santé mentale pour la période 2017-2022 prévoit que la politique de santé mentale soit mise en œuvre par divers ministères – santé, sécurité sociale, famille, éducation, travail et d'autres encore – et définit un objectif qualitatif précis pour améliorer l'aide à l'emploi fournie aux chômeurs souffrant de troubles mentaux. Les plans et stratégies nationaux de santé mentale de la République tchèque mettent eux aussi de plus en plus l'accent sur les volets emploi et protection sociale de la politique de santé mentale. Le dernier plan en date (2020) comprend un objectif de réduction du chômage chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves de 5 % à l'horizon 2024.

49. Ces récents exemples montrent que, à n'importe quel stade du processus de réforme de la politique de la santé mentale d'un Adhérent, il est possible de mettre en place des plans et stratégies nationaux qui mettent en relief l'importance de l'éducation, de l'emploi et de la protection sociale. Pour les Adhérents dans cette catégorie, la difficulté réside dans le passage de la stratégie à l'action et, de surcroît, dans la définition d'indicateurs et d'objectifs clairs pour évaluer la progression de l'intégration des volets éducation, emploi et protection sociale des politiques de la santé mentale.

### ***5.1.2. Les jeunes en tant que groupe cible des stratégies nationales et territoriales de santé mentale***

50. L'élaboration de nouveaux plans de santé mentale axés spécifiquement sur les enfants et les jeunes atteste de l'importance accordée par les Adhérents à ce groupe démographique. Dans les réponses au Questionnaire sur les politiques publiques pour l'analyse comparative des performances en santé mentale, 27 Répondants ont indiqué avoir

des stratégies nationales ou territoriales de santé mentale pour les enfants ou les jeunes (OCDE, 2021<sup>[14]</sup>). Cela représente une évolution marquée en vingt ans, car aucun pays ne possédait ce type de plan au début du siècle (Shatkin et Belfer, 2004<sup>[15]</sup>). Les approches sont peut-être différentes d'un Adhérent à l'autre, mais un grand nombre de stratégies et plans notables de santé mentale des enfants et des jeunes, mis en place récemment, pourraient guider d'autres Adhérents ayant à cœur d'inscrire ce domaine d'action publique au nombre de leurs priorités.

51. En Irlande et au Royaume-Uni, par exemple, des rapports sur la santé mentale des enfants et des jeunes, récemment publiés par des équipes spéciales, sont devenus des plans nationaux de santé mentale de fait. En Angleterre (Royaume-Uni), en 2015, l'équipe spéciale a préparé la publication *Future in Mind*, laquelle adresse des recommandations claires aux pouvoirs publics pour combler les déficits en matière de santé mentale des enfants et des jeunes. Les principaux thèmes, dont l'intervention précoce, les services à bas seuil d'accessibilité et le développement des moyens humains, sont tous en phase avec la Recommandation. *Future in Mind* a débouché sur une initiative nationale du ministère de la Santé et de NHS England. Une équipe spéciale a également été constituée récemment en Écosse (Royaume-Uni), et ses recommandations ont été publiées en 2019. De même, en Irlande, les recommandations du rapport de l'équipe spéciale publié en 2017 reconnaissent l'importance de renforcer les services de santé mentale tant dans les écoles que dans les établissements d'enseignement supérieur, y compris au moment du passage de l'école à l'université, que la Recommandation place parmi les principales améliorations nécessaires dans les politiques de santé mentale.

52. Si la France et la Nouvelle-Zélande ont adopté une autre approche en plaçant la santé mentale dans le cadre plus général du bien-être, ces deux pays ont eux aussi manifestement priorisé la santé mentale des enfants et des jeunes. Le président français a demandé que soit préparé un *Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes*. Lancé en 2016, ce plan comprend des actions concrètes en vue d'un dépistage plus précoce et d'un traitement plus rapide pour les individus atteints de troubles mentaux par le renforcement des dispositifs d'accompagnement psychologique dans les établissements d'enseignement supérieur, comme le préconise la Recommandation. La Nouvelle-Zélande a lancé sa toute première stratégie pour le bien-être des enfants et des jeunes en 2019, pilotée par le Département du Premier ministre et du Conseil des ministres, qui place l'amélioration du soutien aux enfants et aux jeunes pour promouvoir le bien-être mental parmi trois priorités. Il est bon de noter que dans ces deux pays adhérents, l'initiative n'est pas partie du système de santé mais du président et du Département du Premier ministre et du Conseil des ministres, ce qui indique que, de plus en plus, ce sont les hauts responsables de l'État qui font de la santé mentale des enfants et des jeunes une priorité.

53. Au Canada, où la stratégie de santé mentale est largement définie par les provinces et les territoires, des plans innovants pour la santé mentale des enfants et des jeunes ont également vu le jour récemment. Le Cadre pour la prestation des services intégrés aux enfants au Nouveau-Brunswick en 2015, par exemple, définit une vision pour des services de santé mentale plus intégrés, ainsi que des principes directeurs sur la mise en œuvre de ce type de pratiques, qui ressemblent étroitement à la Recommandation. Dans quelques autres pays adhérents, des plans de santé mentale des enfants et des jeunes sont en cours d'élaboration. Par exemple, en août 2019, le gouvernement australien a annoncé qu'il développerait sa toute première stratégie nationale de santé mentale des enfants. C'est la Commission nationale de la santé mentale (National Mental Health Commission) qui sera chargée de sa mise en œuvre.

### ***5.1.3. Quelques Adhérents intègrent pleinement les volets emploi et protection sociale dans les plans nationaux de santé mentale***

54. Bien que quelques Adhérents se soient dotés de plans nationaux de santé mentale qui prennent en compte les volets emploi et protection sociale de la politique de santé mentale, la majorité de ces plans manquent de clarté quant aux moyens de mesurer les progrès. Si certains, par exemple, insistent sur l'importance de soutenir l'emploi des personnes atteintes de troubles mentaux, ces références ne sont souvent que très brèves ou de simples principes plutôt que des cibles mesurables.

55. L'Angleterre (Royaume-Uni) se distingue par les progrès significatifs des cinq dernières années en matière d'intégration totale des volets emploi et protection sociale des politiques de santé mentale dans ses stratégies. Son approche repose principalement sur la fixation d'objectifs en termes d'élargissement de l'accès à des services intégrés. Par exemple, le gouvernement a accepté toutes les recommandations du bilan Five Year Forward View for Mental Health 2016 réalisé par l'équipe spéciale indépendante sur la santé mentale auprès du NHS en Angleterre, qui préconisait explicitement une meilleure intégration de l'emploi et du système de protection sociale dans la politique de santé mentale. L'un des objectifs est d'accroître de 29 000 personnes chaque année jusqu'en 2020/2021 le nombre de bénéficiaires d'une aide pour trouver ou conserver un emploi, parmi les personnes souffrant de troubles mentaux, en étoffant les deux programmes suivants : Increasing Access to Psychological Therapies initiative (IAPT) et Individualised Placement and Support (IPS) (2016<sub>[16]</sub>).

### ***5.1.4. Des obstacles d'ordre structurel continuent de s'opposer au passage des plans nationaux de santé mentale à des actions concrètes***

56. Malgré la rhétorique et la volonté généralisées d'une politique plus intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi qui transparaissent dans les plans nationaux de santé mentale, la mise en œuvre réussie de cette intégration reste l'exception, et non la norme. Ce constat est le *leit motiv* de ce rapport et sera examiné plus en détail dans les quatre parties thématiques de la Section 5.3. Il témoigne en partie des obstacles d'ordre structurel qui rendent la collaboration au niveau opérationnel de plusieurs ministères, organismes et départements de l'administration publique coûteuse ou difficile. Il s'agit là d'obstacles particulièrement importants à la lutte contre les troubles de la santé mentale, dans la mesure où ce thème ne s'inscrit pas aisément dans la structure organisationnelle existante des administrations et de la société civile.

57. Il ressort du questionnaire sur les politiques publiques que les pays qui y ont répondu sont conscients de ces défis structurels et des difficultés qu'ils posent pour mettre en œuvre une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi. Par exemple, l'Irlande a organisé trois projets pionniers pour expérimenter et contribuer à mettre au point de nouveaux modèles de travail plus efficace à l'échelle de l'ensemble de l'administration dans le cadre de son Civil Service Renewal Plan. L'un des projets pionniers porte spécifiquement sur la politique en faveur de la santé mentale des jeunes, dont les conclusions ont été publiées en 2017. L'Irlande est en train de mettre sur pied une équipe pionnière chargée de la santé mentale des jeunes afin de mettre ces résultats en pratique.

58. La Suède a pris des mesures similaires, le gouvernement ayant chargé en 2015 un coordonnateur national d'examiner l'état de la politique de la santé mentale et de formuler des recommandations structurelles pour améliorer la coordination de la politique de la santé mentale à plusieurs niveaux, notamment entre les ministères et organismes publics, les municipalités et le secteur de la santé. À partir des résultats de l'enquête du coordinateur

(Ministère suédois de la Santé et des Affaires sociales, 2019<sub>[17]</sub>), il a été demandé à 24 organismes publics d'élaborer conjointement une nouvelle stratégie pour guider la politique de santé mentale et de prévention du suicide. Cette stratégie sera présentée en 2023.

59. Pour sa part, le Royaume-Uni a établi en 2015 la Work and Health Unit (WHU), entité placée sous la double tutelle du ministère du Travail et des Retraites et du ministère de la Santé et de la Protection sociale, qui vise à aborder la santé selon une approche systémique comprenant des mesures spécifiques pour la santé mentale. Pour combattre la compartimentation, qui limite les possibilités d'adopter une approche intégrée des politiques de la santé et de l'emploi, la WHU a réalisé en 2019 un rapport dans lequel elle formule des propositions destinées aux autorités publiques et aux employeurs sur les moyens de mieux aider les travailleurs à gérer les problèmes de santé – y compris de santé mentale – au travail (HM Government, 2019<sub>[18]</sub>). Ces propositions ont été diffusées en ligne dans le cadre d'une consultation publique, dont les résultats seront publiés prochainement.

60. Par ailleurs, les investissements consacrés à la politique de la santé mentale demeurent insuffisants dans les pays adhérents malgré une volonté politique de plus en plus affirmée de s'attaquer aux problèmes de santé mentale. Bien que les comparaisons entre pays soient rendues difficiles par des problèmes de méthodologie, il ressort des réponses au questionnaire sur les politiques publiques pour l'analyse comparative des performances en santé mentale préparé par l'OCDE que dans les pays adhérents pour lesquels des données sont disponibles, la part des dépenses consacrées à la santé mentale dans les dépenses totales de santé est restée globalement inchangée entre 2009 et 2019 (OCDE, 2021<sub>[14]</sub>).<sup>6</sup>

61. Compte tenu du déficit persistant d'investissements consacrés à la santé mentale et des obstacles à l'intégration des politiques de santé mentale, les incitations financières peuvent jouer un rôle déterminant pour ce qui est d'encourager les parties prenantes à établir des services de santé mentale plus cohérents et intégrés. Pour créer ces incitations financières, il est essentiel de commencer par affecter des budgets à la santé mentale dans des ministères autres que celui de la Santé. Les réponses au questionnaire sur les politiques publiques pour l'analyse comparative des performances en santé mentale préparé par l'OCDE indiquent que seuls quelques pays allouent des budgets spécifiques pour la santé mentale à des ministères autres que celui de la Santé et qu'un grand nombre de Répondants ont du mal à déterminer si un budget spécifique pour la santé mentale est en place (OCDE, 2021<sub>[14]</sub>). C'est donc là un domaine dans lequel les Adhérents peuvent accomplir des progrès considérables au cours des prochaines années.

62. Dans ce contexte, la Nouvelle-Zélande a adopté une approche originale pour créer des incitations financières à l'offre de services de santé mentale plus intégrés par le biais du Budget du bien-être 2019. Au lieu de reposer sur des initiatives mises au point par les ministères et les organismes publics, le budget est basé sur des domaines prioritaires pour la promotion du bien-être qui sont en premier lieu décidés par le Conseil des ministres (New Zealand Treasury, 2019<sub>[13]</sub>). Cette approche a abouti à l'affectation de financements spéciaux, à des niveaux records, à l'initiative Taking Mental Health Seriously. La santé mentale n'était peut-être pas la première priorité de certains organismes publics ou ministères, mais elle faisait partie des cinq domaines prioritaires offrant les meilleures chances d'amélioration du bien-être et de la vie des Néo-Zélandais.

---

<sup>6</sup> Ces pays sont l'Australie, le Canada, la Grèce, l'Irlande, le Japon, la Norvège et la Pologne. La Grèce est le seul pays où la part des dépenses consacrées à la santé mentale dans les dépenses totales de santé a notablement augmenté.



## 5.2. Sensibiliser et lutter contre la stigmatisation : les campagnes demeurent très répandues dans tous les pays adhérents

63. Tout comme les plans et stratégies territoriaux, la sensibilisation du public à la santé mentale est essentielle pour parvenir à une politique pleinement intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi. Le rapport *Santé mentale et insertion professionnelle* note combien la discrimination à l'encontre des personnes souffrant de troubles mentaux reste répandue et que ce fléau crée des obstacles à la fréquentation scolaire et à l'activité professionnelle. Cette section est consacrée à la sensibilisation étant donné que, comme la Recommandation l'indique, l'importance de la sensibilisation aux troubles mentaux et la prise de conscience individuelle de ses propres troubles se retrouvent le long des quatre axes thématiques étudiés (systèmes de santé, dispositifs d'aide aux jeunes, politiques du travail et systèmes de protection sociale).

64. Plus précisément, la prise de conscience et la compréhension des troubles mentaux parmi le grand public sont cruciales du fait que le vécu des individus souffrant de troubles mentaux est fortement influencé par les attitudes de leur entourage, que ce soit leur famille, les autres élèves ou étudiants ou les collègues de travail. La sensibilisation est donc essentielle pour donner suite aux recommandations, en particulier sur la prise de conscience (1a), l'amélioration du climat général à l'école et en crèche préconisée par la recommandation (2a), et la promotion active de la santé mentale au travail visée par la recommandation (3b).

65. La sensibilisation va également de pair avec l'amélioration des compétences des acteurs situés en ligne de front en matière de santé mentale, préconisée par les recommandations (1d) et (4c). La prise de conscience est particulièrement importante pour ceux qui sont régulièrement en contact avec des personnes souffrant de troubles mentaux (enseignants, conseillers ou responsables opérationnels) ; elle est le socle indispensable au renforcement des compétences. C'est pourquoi la recommandation (2b) établit un lien clair entre la sensibilisation et l'amélioration de la capacité des professionnels de l'éducation et des familles des élèves à identifier les signes et symptômes d'une éventuelle souffrance psychique.

66. En l'absence de prise de conscience publique, toutes les autres initiatives visant à promouvoir la santé mentale et à accompagner les personnes atteintes de troubles mentaux sont considérablement moins efficaces. Par exemple, si elles n'en prennent pas individuellement conscience, les personnes actives auront tendance à ignorer leurs troubles mentaux ou leur souffrance psychique et ne chercheront donc probablement pas de soutien. Même si elles ont conscience du besoin de demander de l'aide, elles ne le feront sans doute pas par crainte d'être ostracisées par leurs collègues de travail ou de devoir parler de leur problème à une hiérarchie qui traitera leur besoin de traitement ou de soutien avec dédain. Dans un tel climat, des programmes d'accompagnement des personnes présentant des symptômes de souffrance psychique dans le milieu professionnel pourraient même déboucher sur des conclusions trompeuses si personne n'y fait appel même dans un environnement de travail défavorable à une bonne santé mentale. Le même raisonnement vaut pour les établissements scolaires et d'enseignement supérieur, ainsi que pour les systèmes de protection sociale et les services d'aide sociale.

67. Au cours des cinq dernières années, des campagnes de sensibilisation ont été menées dans un grand nombre de pays adhérents à différents stades de leur politique de santé mentale. Les réponses au questionnaire sur les politiques publiques pour l'analyse comparative des performances en santé mentale de l'OCDE le confirment dans la mesure où 27 Répondants indiquaient avoir au moins un programme national ou régional de lutte contre la stigmatisation ou d'information sur la santé mentale (OCDE, 2021<sub>[14]</sub>). Dans

certaines pays adhérents, où la stigmatisation de la santé mentale est plus forte, la sensibilisation est en train de devenir l'une des grandes priorités de l'action en faveur d'une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi. Dans d'autres, des campagnes de sensibilisation existent depuis plusieurs décennies. Dans de nombreux cas, elles ont entamé une conversation autour de la santé mentale qui continue à ce jour. Dans ces deux grandes catégories, les Adhérents ont trouvé des moyens innovants de sensibiliser encore mieux le grand public et les acteurs de première ligne.

### ***5.2.1. Certains Adhérents attachent une importance nouvelle à la sensibilisation***

68. Quelques Adhérents ont à l'évidence considérablement intensifié leurs campagnes de sensibilisation au cours des cinq dernières années. Pour un grand nombre de ces pays, la sensibilisation va de pair avec une désinstitutionnalisation des soins au profit du soutien aux soins de proximité. La raison en est que les craintes et idées fausses qui circulent autour des « malades mentaux » est un obstacle majeur à l'acceptation des personnes atteintes de troubles mentaux au sein de la collectivité.

69. L'un des exemples les plus parlants des liens négatifs entre stigmatisation et soins institutionnalisés est celui de la Lettonie, où la campagne de lutte contre la stigmatisation *Cilvēks, nevis diagnose* (un être humain, pas un diagnostic) lancée en 2018 vise à expliquer pourquoi la désinstitutionnalisation est nécessaire, mais aussi à encourager le public à soutenir un transfert vers des services sociaux de proximité. Organisée par le ministère de la Protection sociale, la campagne raconte le vécu de personnes souffrant de troubles mentaux dans le but de promouvoir l'empathie et de mettre en avant leurs capacités, plutôt que leurs limites. Elle se propose ainsi de faire comprendre pourquoi la désinstitutionnalisation est nécessaire et d'encourager le public à soutenir un transfert vers des services sociaux de proximité. La campagne de sensibilisation s'est accompagnée de mesures visant à développer les services de proximité pour les personnes souffrant de troubles mentaux. D'après les réponses au questionnaire sur les politiques publiques, 20 % de la population lettone avait entendu parler de la campagne à l'issue de celle-ci.

70. Parallèlement, en Estonie, deux campagnes mettent l'accent sur la conscience de soi et sur la nécessité d'encourager les personnes souffrant de troubles mentaux à s'ouvrir aux autres. La campagne « Je vais bien » lancée par le ministère des Affaires sociales en 2017 s'adressait aux jeunes de 13 à 16 ans au moyen de vidéos les encourageant à demander de l'aide et à parler de leurs inquiétudes. En 2018, l'organisation non gouvernementale estonienne *Peaasjad* (Le mental compte) a organisé une campagne pour favoriser la prise de conscience individuelle de la dépression, avec l'appui du ministère des Affaires sociales. L'objectif était d'encourager les personnes inquiétées par leur santé mentale à se soumettre à un test de dépistage anonyme en ligne qui utilisait une échelle de dépression en dix points (DEPS). En mars 2018, 20 000 individus avaient fait le test et plus de 30 organisations le proposaient en ligne. D'autres Adhérents, dont la République tchèque et la Pologne, ont également mis en place des campagnes de sensibilisation à l'échelon national. L'exemple des campagnes de sensibilisation à la santé mentale en République tchèque est le sujet de l'Encadré 5.1.

71. Un thème récurrent de ces campagnes de sensibilisation est celui du concours financier du Fonds social européen, ainsi que de l'Espace économique européen et de la Norvège, signe que ces Adhérents portent la même attention accrue à la santé mentale que celle constatée en Europe en général. Ce qui ne veut pas pour autant dire que tous les Adhérents dans des situations comparables en Europe mènent des campagnes nationales de sensibilisation à la santé mentale. La Grèce, par exemple, n'a pas mené de campagne nationale depuis sa dernière initiative en 2013. En Slovaquie, bien que le Plan national de santé mentale pour 2018-2028 souligne l'importance de lutter contre la stigmatisation, les

campagnes en place demeurent locales, même si une campagne nationale contre la stigmatisation est prévue.

### ***5.2.2. Un grand nombre d'Adhérents poursuivent leurs activités et campagnes de sensibilisation***

72. Dans un certain nombre de pays adhérents, des programmes de sensibilisation et de lutte contre la stigmatisation en place depuis plusieurs décennies sont poursuivis, voire renforcés dans certains cas. En dépit de la diversité des approches, ces campagnes ont largement tendance à être exécutées par des organisations non gouvernementales, ce qui témoigne de l'importance particulière de ces organisations dans les activités de sensibilisation. Les programmes s'étalent souvent sur toute l'année et les activités sont intensifiées autour de journées particulières de sensibilisation, comme la Journée mondiale de la prévention du suicide, la Semaine de la santé mentale et la Journée mondiale de la santé mentale.

73. En Nouvelle-Zélande, par exemple, le principal programme national de lutte contre la stigmatisation continue d'être Like Minds, Like Mine, établi en 1997 et financé par le ministère de la Santé pour réduire la discrimination à l'encontre des personnes atteintes de troubles mentaux et encourager leur insertion. En 2018, le programme Like Minds, Like Mine a lancé sa campagne la plus récente, « Just Like, Just Listen », qui encourage les individus à demander aux personnes atteintes de troubles mentaux de raconter leur expérience et à les écouter, plutôt que de supposer leurs besoins ou leurs capacités. La responsabilité stratégique du programme incombe au ministère de la Santé, mais les communications sont prises en charge par la Mental Health Foundation of New Zealand, une ONG de premier plan. Un autre exemple de campagne nationale pour la santé mentale bien connue et financée sur fonds publics est celui de Changer les mentalités au Canada. Montée en 2009 par la Commission de la santé mentale du Canada, elle est financée par Santé Canada et fonctionne indépendamment du gouvernement.

74. En France, Psycom est un organisme d'information sur la santé mentale financé par Santé publique France, le ministère de la Santé et les agences régionales de santé. Il fournit aux autorités des informations sur la santé mentale, des outils pour lutter contre la stigmatisation et les discriminations à l'encontre des personnes vivant avec des troubles psychiques, ainsi que des formations. Bien que Psycom existe depuis 1992, son champ d'intervention n'a été étendu de la région parisienne à l'ensemble du territoire national qu'en 2015. L'une de ses activités récentes notables a consisté à cartographier, à la demande de Santé publique France, le nombre croissant de sources d'information sur la santé mentale existant dans le pays. Cette opération a abouti à un rapport, publié en 2020, duquel il ressort que même si l'on dispose d'un corpus croissant d'informations sur la santé mentale, savoir lesquelles de ces informations sont pertinentes et de bonne qualité est de plus en plus difficile (Psycom, 2020<sub>[19]</sub>). Ce constat met en évidence le défi majeur auquel sont confrontés les pays, dans un contexte marqué par la prolifération des activités de sensibilisation et la dispersion et l'étendue croissante des sources d'information.

75. Les activités indépendantes des organisations non gouvernementales peuvent également jouer un rôle majeur et rencontrer un large écho. Par exemple, en Angleterre (Royaume-Uni), Time to Change est organisée depuis 2007 par Rethink Mental Illness en association avec Mind. La Mental Health Foundation, pour sa part, pilote une campagne à grande échelle sur la santé mentale depuis la création de la Semaine d'action pour la santé mentale en 2001, qui est devenue la Semaine de la santé mentale. D'autres associations de premier plan, comme la Mental Health Foundation et la Royal Foundation of the Duke and Duchess of Cambridge mènent leurs propres campagnes. D'autres Adhérents, comme les

États-Unis et l’Australie comptent eux aussi des associations et des ONG importantes qui sensibilisent sur les questions de santé mentale et ont une influence internationale.

76. Parmi les exemples courants d’initiatives notables récentes d’organisations non gouvernementales depuis l’adoption de la Recommandation, il convient de citer Heads Together, créée en 2016 par la Royal Foundation of The Duke and Duchess of Cambridge. Menée par le duc et la duchesse de Cambridge, elle ambitionne de « transformer la conversation autour de la santé mentale » en étroite collaboration avec les organisations partenaires. Dans le cadre de cette initiative, la campagne Heads Up a été lancée en 2019 en partenariat avec la Football Association (FA). Animée par de grands noms du football s’exprimant au sujet de la santé mentale, elle dédiait la Coupe d’Angleterre 2020 à faire parler de la santé mentale.

77. Qui plus est, depuis 2012, une alliance mondiale contre la stigmatisation (Global Anti-Stigma Alliance) fédère les campagnes bien établies pour favoriser les échanges. La réunion la plus récente a été organisée en 2017 sous l’égide de l’organisation ONE OF US, et financée en partie par l’Autorité danoise de la santé. Des représentants de plus de 10 programmes nationaux de lutte contre la stigmatisation ont participé à cette réunion et y ont échangé les données et les enseignements tirés de leurs programmes respectifs. Il est également à noter que la campagne Time to Change a lancé un programme mondial de sensibilisation à l’étranger en 2018, et qu’elle est régulièrement citée comme un modèle suivi par les organisations non gouvernementales et les gouvernements qui ont récemment mis en œuvre des campagnes de sensibilisation, comme en République tchèque.

### ***5.2.3. De plus en plus d’initiatives de sensibilisation dépassent le cadre du système de santé***

78. Dans les pays adhérents, les campagnes de sensibilisation sont de plus en plus fréquemment ciblées sur les jeunes et les milieux professionnels et soulignent que la lutte contre la stigmatisation de la santé mentale passe par la mobilisation de tous les acteurs de la société. Les enfants et les jeunes sont une cible explicite de la majorité des campagnes nationales, et des réseaux et organisations non gouvernementales se consacrent à la sensibilisation des plus jeunes publics à la santé mentale. Ces activités, conjuguées avec l’inclusion de la santé mentale dans les programmes scolaires, favorisent une prise de conscience et une connaissance accrues des questions de santé mentale, comme nous le verrons dans la section 5.3.2.

79. Bien que les milieux professionnels ne soient pas aussi fréquemment visés par les programmes de sensibilisation, il existe un certain nombre d’initiatives récentes notables qui se proposent d’approfondir la connaissance des liens étroits entre environnement professionnel et santé mentale. C’est une tendance prometteuse. Par exemple, les Pays-Bas ont fait de la sensibilisation au stress lié au travail une priorité de leur politique de santé et de sécurité au travail. Dans ce contexte, une semaine est consacrée au stress professionnel chaque mois de novembre depuis 2014, avec des activités organisées chaque jour de la semaine sur différents thèmes. En 2019, la journée du Masterplan Monday a été dédiée à la fois aux employeurs et aux salariés pour qu’ils élaborent ensemble des techniques de conversation et des plans visant à réduire le stress lié au travail et à améliorer le bien-être au travail.

80. Dans l’intervalle, au Royaume-Uni, le programme écossais *See Me* de lutte contre la stigmatisation et la discrimination en matière de santé mentale a mis en œuvre une campagne très efficace, basée sur des données probantes, qui visait à combattre la stigmatisation sur le lieu de travail. Le programme *See Me* a commandé un sondage et a constaté que pour les employeurs comme pour les salariés, la question de la santé mentale

suscitait de la crainte sur le lieu de travail – ainsi, 48 % des individus ont répondu qu'ils ne parlaient pas à leurs employeurs de leurs problèmes de santé mentale de peur de perdre leur emploi. Sur la base de ces résultats, le programme *See Me* a lancé la campagne *The Power of Okay* en novembre 2015, pour encourager les individus à demander tout simplement « Vous allez bien ? » et à se mettre à la place des employeurs et des salariés confrontés dans leur vie professionnelle quotidienne à de multiples défis en matière de santé mentale.

81. Plus récemment, en octobre 2020, l'Allemagne a lancé l'Offensive de santé mentale, une initiative interministérielle qui encourage des échanges plus ouverts sur les questions de santé mentale dans tous les secteurs de la société, y compris les établissements scolaires et les milieux professionnels. Cette initiative vise également à renseigner les personnes souffrant de troubles mentaux sur les services d'aide auxquels elles peuvent accéder et encourage la collaboration intersectorielle dans l'optique d'améliorer l'accès aux services de santé mentale dans tous les secteurs de la société (Initiative Neue Qualität der Arbeit, 2020<sub>[20]</sub>). L'une de ses caractéristiques notables est qu'elle met explicitement l'accent sur les liens entre la santé mentale et la société en général, comme en témoigne la participation à l'initiative du ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales, du ministère fédéral de la Santé et du ministère fédéral de la Famille, des Personnes âgées, de la Femmes et de la Jeunesse.

### Encadré 5.1. La sensibilisation à la santé mentale en République tchèque

En 2017 et 2018, l'Institut national de la santé mentale (NUDZ) de la République tchèque a lancé la campagne nationale *Na Rovinu*, qui vise à lutter contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles mentaux, particulièrement prononcée en République tchèque. Par exemple, 25 % seulement des personnes interrogées en 2015 indiquaient qu'elles ne verraient pas d'inconvénient à travailler avec une personne atteinte de troubles mentaux.

L'idée fondamentale de *Na Rovinu* est d'encourager l'ensemble des acteurs sociaux – y compris les personnes souffrant de troubles mentaux – à parler simplement ou sincèrement de la santé mentale et d'approfondir les connaissances du public sur ces questions. Les principaux groupes cibles du projet sont les personnes atteintes de troubles mentaux et leurs proches, mais aussi les professions paramédicales, les travailleurs sociaux et les employés des administrations publiques, qui sont amenés à avoir des contacts réguliers avec des personnes souffrant de troubles mentaux.

Le site Web *Na Rovinu* centralise toute une série d'informations sur la santé mentale, telles que, par exemple, des conseils sur la façon de communiquer sur la santé mentale d'une façon non stigmatisante, les droits des personnes atteintes de troubles mentaux et les idées vraies et fausses sur la santé mentale. Des récits de personnes ayant fait l'expérience de troubles mentaux sont diffusés, avec le consentement des intéressés, sur le site Web et dans les médias sociaux dans l'espoir que, peu à peu, la santé mentale s'invite dans les sujets de conversation du quotidien. *Na Rovinu* organise également des manifestations pour éduquer et informer le public sur la santé mentale, notamment sur les questions de santé mentale liées à la crise de la COVID-19, et aligne ses interventions sur d'autres mouvements internationaux tels que la Journée mondiale de la santé mentale.

Le projet *Na Rovinu* est complété par des initiatives de sensibilisation à la santé mentale menées par des organisations non gouvernementales. Citons par exemple *Můj Mindset* (« Mon état d'esprit »), une campagne lancée en 2016 qui a diffusé une série de vidéos dénonçant les préjugés avec le soutien d'organismes publics et de subventions de la Norvège, et *Nevypusť duši* (« Prends soin de ton mental »), un organisme sans but lucratif fondé en 2015 qui organise des ateliers à l'intention des étudiants du pays, en s'inspirant de campagnes de sensibilisation réussies menées au Royaume-Uni.

Sensibiliser le public aux problèmes de santé mentale et lutter contre la stigmatisation qu'ils suscitent demeurera une priorité pour le gouvernement tchèque dans les temps à venir. Dans le Plan national d'action pour la santé mentale 2020-2030, l'un des principaux objectifs assignés au ministère de la Santé est de poursuivre la mise en œuvre de la campagne nationale de lutte contre la stigmatisation en santé mentale. Les organisations non gouvernementales ont été consultées lors de l'élaboration de ce plan d'action.

Source :

NA ROVINU (2020), NA ROVINU, [www.narovinu.net](http://www.narovinu.net)

STOP STIGMATIZACI! KAŽDÝ ČLOVĚK SI ZASLOUŽÍ POROZUMĚNÍ (2020), Můj Mindset [« Mon état d'esprit »], [www.muymindset.cz](http://www.muymindset.cz)

Nevypusť duši: Nebojíme se mluvit o duševním zdraví (2020), Nevypusť duši [« Prends soin de ton mental »], [www.nevypustdusi.cz](http://www.nevypustdusi.cz)

### **5.3. Intégration des politiques de santé mentale au niveau opérationnel dans les quatre domaines thématiques**

#### ***5.3.1. Systèmes de santé : la santé mentale reçoit une importance nouvelle, mais son intégration aux interventions relatives aux compétences et à l'emploi demeure lente***

82. Les systèmes de santé se trouvent souvent confrontés à un double problème du fait du manque de moyens consacrés aux soins de santé mentale et des obstacles structurels à l'intégration de ces soins avec l'aide sociale et l'aide à l'emploi. Plusieurs Adhérents ont néanmoins accompli, sur l'un et l'autre plan, des progrès allant dans le sens préconisé par la Recommandation. L'accroissement des moyens investis pour la prise en charge des troubles psychiques tend à se généraliser, et de nombreux Adhérents ont pris des initiatives ayant pour effet de renforcer la compétence en santé mentale de l'ensemble des intervenants de la santé. Il s'agit là d'une première étape essentielle, qui doit cependant être suivie de changements plus volontaires, au niveau des politiques suivies et à celui des structures en place, pour que les soins de santé mentale s'articulent plus étroitement avec les dispositifs d'accompagnement et les interventions existant dans les domaines social et éducatif comme dans celui de l'emploi. L'importance d'aider les patients à poursuivre, ou à reprendre, leur activité professionnelle ou leur scolarité doit d'autre part être mise en avant et mieux prise en considération au sein du système de soins de santé mentale.

### **Encadré 5.2. Extraits pertinents de la Recommandation concernant les systèmes de santé**

I. RECOMMANDE que [Adhérents] s'attachent à améliorer leurs systèmes de soins pour la santé mentale afin de promouvoir le bien-être mental, de prévenir les troubles mentaux et d'offrir en temps opportun des services appropriés qui reconnaissent les bienfaits d'un travail valorisant pour les personnes souffrant de troubles mentaux. Pour ce faire, les Adhérents devraient, le cas échéant :

a) favoriser le bien-être mental et renforcer la sensibilisation aux troubles mentaux et la prise de conscience individuelle de ses propres troubles en encourageant les activités propices à une bonne santé mentale ainsi que le recours à une aide extérieure en cas d'apparition d'un trouble mental, et en élaborant des stratégies efficaces pour lutter contre la stigmatisation en concertation avec un ensemble de parties prenantes gouvernementales et non gouvernementales ;

b) favoriser l'accès à un traitement efficace des troubles mentaux en temps utile, notamment les troubles mentaux légers à modérés, au niveau des soins tant dans les centres de santé mentale locaux que dans les soins primaires ainsi que par la création de centres de soins pour faciliter l'orientation vers des services spécialisés dans la santé mentale, tout en garantissant l'implication des personnes souffrant de troubles mentaux dans le choix des soins et du traitement à suivre ;

c) renforcer le volet emploi du système de soins pour la santé mentale, en particulier en menant des activités de sensibilisation visant à mettre en lumière l'importance d'un travail de qualité pour le rétablissement, en introduisant des résultats relatifs à l'emploi dans les cadres de qualité et de performance du système de santé, et en favorisant une meilleure coordination avec les services de retour à l'emploi publics et privés ;

d) enrichir les compétences des personnes travaillant dans le secteur des soins primaires, notamment les médecins généralistes, les médecins de famille et les médecins du travail, en matière d'identification et de prise en charge des troubles mentaux, grâce à une meilleure formation aux problèmes de santé mentale dispensée aux professionnels de santé, l'intégration de spécialistes de la santé mentale dans les structures de soins primaires et des pratiques claires d'orientation vers les spécialistes et de consultation de ces derniers ;

e) inciter les médecins généralistes et autres spécialistes de la santé mentale à s'attaquer aux questions d'absentéisme en matière de travail (ou d'école) et de maladie, notamment en utilisant des lignes directrices sur la prise en charge fondées sur des données probantes et qui favorisent le retour au travail (ou à l'école) lorsque c'est possible, et en veillant à ce que les professionnels de santé disposent des ressources nécessaires pour accorder suffisamment de temps aux questions liées au travail.



*Les troubles mentaux sont trop souvent négligés dans le système de santé*

83. *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi* a montré qu'en 2010, seule la moitié des personnes souffrant de troubles mentaux graves, et 30 % environ de celles qui souffraient de troubles légers à modérés, recevaient un traitement (OCDE, 2012<sub>[1]</sub>). En dépit des progrès accomplis pour améliorer l'accès aux traitements, de nombreuses personnes souffrant de troubles de la santé mentale n'ont toujours accès à aucun traitement, et pour les autres, le traitement n'est pas toujours ciblé ou délivré rapidement. Aussi la Recommandation (1b) comporte-t-elle un appel à favoriser l'accès à un traitement efficace des troubles mentaux en temps utile, notamment les troubles mentaux légers à modérés, tant dans les centres de santé mentale locaux que dans les structures de soins primaires, mais aussi par l'orientation de ces patients vers des services spécialisés dans la santé mentale. Elle comprend de plus (1d) un appel à renforcer la compétence en santé mentale des intervenants de première ligne – et en particulier des médecins généralistes – pour que les patients reçoivent un traitement adapté et soient orientés vers les services les plus indiqués.

84. Comme l'OCDE l'a souligné dans *Santé mentale et insertion professionnelle*, les systèmes de soins de ses pays membres méconnaissent souvent les bienfaits d'un travail valorisant ou des études pour les personnes souffrant de troubles de la santé mentale et le rôle clé qui incombe dès lors aux praticiens d'aider ces personnes à reprendre (ou à continuer) le travail ou les cours. D'où la présence, dans la Recommandation, d'un appel à renforcer le volet emploi du système de soins de santé mentale (1c) et les lignes directrices sur la prise en charge à l'usage des professionnels de santé fournissant des indications utiles pour encourager la reprise d'une activité normale (1e).

*La plupart des Adhérents prennent conscience que les systèmes de santé doivent faire une plus large place à la santé mentale*

85. Bien que ce rapport n'ait pas pour objet de couvrir tous les secteurs des services liés à la santé mentale, il ressort des réponses au questionnaire sur les politiques que la plupart des Répondants reconnaissent la nécessité de renforcer les services de santé mentale au sein du système de santé, y compris pour les personnes atteintes de troubles mentaux légers à modérés. Ce point de vue transparaît dans le document stratégique sur l'avenir des services de santé mentale en Angleterre (Royaume-Uni) *Achieving Better Access to Mental Health Services by 2020*, publié à l'automne 2014, où l'on peut lire ce qui suit : « des décennies durant, le système de santé et de soins anglais a pénalisé les services de santé mentale et les usagers de ces services ».

86. D'après les réponses au questionnaire, l'augmentation des capacités et de la portée des services de santé mentale apparaît comme une priorité essentielle dans un certain nombre de pays. L'un des moyens utilisés par les Adhérents pour réaliser cet objectif a consisté à augmenter les effectifs du système de santé mentale. Ainsi la Nouvelle-Zélande applique à l'heure actuelle son plan d'action 2017-21 relatif aux ressources humaines en santé mentale et addictologie (*Mental Health and Addiction Workforce Action Plan for 2017-2021*), tandis qu'au Royaume-Uni, le plan sur les ressources humaines des services de santé mentale, publié en 2017, prévoit le recrutement de 19 000 personnes supplémentaires, d'ici 2020, par le Service national de santé.

87. Les réponses au questionnaire confirment en outre que plusieurs pays continuent de diriger leurs efforts sur le transfert des services de santé mentale du milieu hospitalier vers les services de proximité. Dans ces pays, la réforme des systèmes de santé semble, par conséquent, axée sur le développement des services de santé mentale de proximité. C'est ainsi qu'en Pologne, depuis juillet 2018, les pouvoirs publics ont ouvert, à titre

expérimental, 27 centres de santé mentale capables d'assurer l'accompagnement de quelque trois millions de personnes en tout. La Hongrie de son côté a inauguré six centres de promotion de la santé, en mai 2016, ayant pour mission de recenser les principaux problèmes de santé mentale rencontrés dans des secteurs géographiques donnés et de rassembler et évaluer les bonnes pratiques de prévention et traitement des troubles mentaux. La Grèce et la République tchèque, et d'autres Répondants encore, ont également indiqué avoir pris des mesures pour renforcer les soins de santé mentale à l'échelon local.

### *Les technologies numériques jouent un rôle de plus en plus important*

88. Le rapport *Santé mentale et insertion professionnelle* indiquait aussi que les pays de l'OCDE pouvaient envisager l'utilisation des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) électroniques, et en particulier de celles axées sur le travail, dans le cas des individus souffrant de troubles légers à modérés, compte tenu de leur coût inférieur à celui d'un suivi classique et du fait qu'elles pourraient être mises à la portée d'un vaste public. Depuis l'adoption de la Recommandation, l'éventail de services de santé mentale faisant appel à la technologie s'est rapidement élargi, en grande partie sous l'effet d'un investissement accru de la part du secteur privé. Une étude récente constate que le financement consacré à la technologie au service de la santé mentale à l'échelle mondiale a presque quintuplé en six ans, passant d'environ 156 millions USD en 2014 à 750 millions USD en 2019 (Octopus Group, 2020<sub>[21]</sub>)<sup>7</sup>.

89. En particulier, les outils à base d'application à bas seuil d'exigence, qui proposent des programmes conçus pour renforcer l'autogestion, la pleine conscience et la capacité à faire face aux situations difficiles connaissent un véritable essor. L'une des difficultés rencontrées avec ces applications est de s'assurer qu'elles apportent une aide efficace aux personnes en situation de souffrance psychique (Anthes, 2016<sub>[22]</sub>). La mise en place, en Angleterre (Royaume-Uni), d'une Bibliothèque nationale des applications de services de santé est une initiative prometteuse qui vise à remédier à ce problème potentiel. Fondée en 2017, cette bibliothèque contient un nombre croissant d'applications dont les évaluations ont montré qu'elles étaient « sûres cliniquement et à l'utilisation », et dont beaucoup ont pour but de promouvoir une meilleure santé mentale (NHS, 2020<sub>[23]</sub>).

90. Les investissements dans diverses technologies numériques de la santé, parmi lesquelles les services de télésanté, les programmes en ligne et les outils de soutien à base d'application, semblent venir à point nommé à l'heure de la pandémie de COVID-19, qui a limité les traitements en personne et accru la dépendance des traitements et soutiens à distance. La plupart des Adhérents ont été prompts à mettre en place ou déployer à plus grande échelle des services de télésanté offrant un accompagnement en santé mentale. Le défi est maintenant de convertir ces mesures adoptées dans l'urgence en services numériques de santé mentale bien intégrés et établis. L'un des exemples notables d'approche intégrée visant à améliorer l'accès aux services de santé mentale par le biais des outils numériques est l'initiative finlandaise Mental Health Hub, décrite dans l'encadré 5.3. Un secteur de la santé tourné vers l'avenir et innovant, comme celui voulu par le Cadre de l'OCDE sur les performances en santé mentale, suppose que les Adhérents prennent l'initiative d'exploiter les possibilités du numérique afin d'accélérer l'accès aux services de santé mentale.

---

<sup>7</sup> De 120 millions GBP en 2014 à 580 millions GBP en 2019.

### Encadré 5.3. Le « Pôle de santé mentale » finlandais

En 2019, le centre hospitalier universitaire de Helsinki (HUS) a mis au point un service en ligne à destination des personnes atteintes de troubles mentaux, appelé *Mielenterveystalosta (Pôle de santé mentale)* avec le soutien financier de l'État. Le but était de s'attaquer au cloisonnement des services de santé mentale et de mieux accompagner les habitants des milieux ruraux ; une démarche particulièrement pertinente dans un pays comme la Finlande, à faible densité démographique et population vieillissante. Le *Pôle de santé mentale* ambitionne d'offrir à un plus grand nombre de patients un accès plus rapide et de meilleure qualité aux services de santé mentale. Initialement destinée à servir les communautés locales, l'initiative est devenue un service en ligne national en 2015.

Le *Pôle de santé mentale* est un service gratuit à guichet unique proposant divers services de santé mentale. Des outils d'autoassistance y sont aisément accessibles et aident les personnes en quête d'informations à approfondir leurs connaissances sur la santé mentale et des programmes de thérapie individualisés sont également proposés depuis 2014. Les patients ayant une recommandation médicale des consultations un eCBT guidé par un professionnel sont disponibles gratuitement, les frais médicaux étant pris en charge par l'État. L'éventail des thérapies a été considérablement élargi ces quelques dernières années, avec l'ajout notamment de thérapies en ligne pour la dépression, l'alcoolisme, l'anxiété, le trouble panique, le trouble bipolaire et les troubles de l'alimentation.

L'une des fonctionnalités innovantes du *Pôle de santé mentale* est son « navigateur de symptômes », qui permet aux utilisateurs de recevoir la forme d'accompagnement la plus appropriée en fonction de la gravité et de la nature de leur souffrance psychique. Le *Pôle de santé mentale* comporte même un portail dédié aux professionnels de santé et aux travailleurs sociaux, lequel leur permet de se former à l'accompagnement de la santé mentale et d'accéder à des supports et des outils conçus par le HUS. Les supports sont créés non seulement pour les spécialistes de la santé mentale, mais aussi pour les professionnels, les personnels infirmiers et le secteur associatif. Les chiffres d'utilisation du Pôle par la population générale ont augmenté à grande vitesse. Le nombre mensuel de visiteurs uniques passé d'environ 53 000 à l'automne 2015 à plus de 200 000 au printemps 2019.

Bien que le *Pôle* ne puisse pas remplacer les services en personne, il offre des possibilités prometteuses de transformer le système de santé traditionnel centré sur le médecin. Selon le HUS, les visites virtuelles coûtent environ deux fois moins cher que les visites en personne et, dans le cas des traitements de santé mentale, les psychothérapeutes peuvent traiter trois patients dans le temps autrefois nécessaire pour en voir un seul, ce qui a quasiment éliminé les listes d'attentes. Il est à noter que le *Pôle* n'est possible que grâce à plusieurs décennies d'investissement de la Finlande dans les données de santé. Le HUS utilise un système électronique d'informations sur les patients depuis plus de 25 ans, tandis que le portail *My Kanta* réservé aux patients permet à toute personne munie d'un code personnel d'identité finlandaise d'accéder à son dossier médical.

L'un des avantages du Pôle de santé mentale réside dans l'évolutivité de la technologie employée. Cela a permis au HUS de l'agrandir et de le transformer en un hôpital virtuel national appelé « Village de la santé », où de nombreuses autres disciplines sont venues s'ajouter à la santé mentale. En 2020, le *Village de la santé* compte 32 pôles spécialisés, 115 itinéraires de soins numériques et 5 centres de connaissances virtuels

comptabilisant plus de 540 000 utilisateurs par mois. L'expansion du *Village de la santé* a été financée par le ministère finlandais des Affaires sociales et de la Santé, et rendue possible par la collaboration de partenaires technologiques clés, comme Innofactor et Microsoft.

Sources : Digital Health Village (2020), Helsinki University Hospital, [www.digitalhealthvillage.com/](http://www.digitalhealthvillage.com/) ; What can the UK learn from Finland's approach to mental health? (2017), The Guardian, [www.theguardian.com/healthcare-network/2017/apr/05/what-uk-learn-finland-approach-mental-health-nhs](http://www.theguardian.com/healthcare-network/2017/apr/05/what-uk-learn-finland-approach-mental-health-nhs) ; Virtual Hospital improves patients' healthcare access, dramatically cuts costs (2017), Microsoft, [www.customers.microsoft.com/en-us/story/helsinki-university-hospital-health-office-365](http://www.customers.microsoft.com/en-us/story/helsinki-university-hospital-health-office-365)

### *Développer la compétence en santé mentale des professionnels de santé*

91. Le renforcement de la capacité du système de santé mentale va nécessairement de pair avec le fait que professionnels de santé – et notamment des médecins généralistes – et l'acquisition par ces professionnels ont acquis les connaissances et reçu les formations leur procurant la compétence et la confiance requises non seulement pour diagnostiquer les troubles de santé mentale, mais aussi pour prescrire un traitement aux personnes et/ou les orienter vers un spécialiste lorsqu'il y a lieu. Dans de nombreux cas, même s'ils ont déjà reçu une formation en santé mentale, les intervenants de première ligne ont tout à gagner à continuer de se former dans ce domaine. Au cours des cinq dernières années, de nombreux Adhérents ont pris des mesures visant à renforcer la compétence en santé mentale des professionnels de santé.

92. En République tchèque, par exemple, dans le cadre de la réforme des soins primaires, les généralistes reçoivent actuellement une formation destinée à relever leur niveau de compétence dans tous les domaines, y compris celui de la santé mentale, et les autorités ont fait part de leur intention de créer une compilation de bonnes pratiques et d'édicter des lignes directrices pour aider à poser un diagnostic sûr et rapide des affections psychiques. Autre exemple, la Lettonie, où, en application du nouveau *Plan santé mentale*, approuvé en 2019, les médecins généralistes et le personnel infirmier reçoivent une formation en santé mentale dans le cadre de programmes d'enseignement.

93. À l'avenir, la formation des professionnels de santé essentiels peut s'inscrire dans une logique intégrant la santé mentale et l'emploi. En Australie, un projet de recherche prometteur est en cours à l'université Monash qui doit permettre de mieux comprendre les imbrications qui existent entre santé mentale et emploi. Le but est de définir et mettre à l'essai des directives à suivre, par les médecins généralistes, pour mieux accompagner les personnes confrontées à des problèmes professionnels susceptibles d'avoir des effets délétères sur leur psychisme. Dans un second temps, il s'agira de voir si les directives peuvent être diffusées à l'échelle nationale à l'issue de la phase d'expérimentation.

94. Dans un certain nombre de pays adhérents, le Programme d'action « Comblent les lacunes en santé mentale » de l'Organisation mondiale de la santé a contribué à organiser des premières formations en santé mentale visant les professionnels des soins primaires. Ce programme a joué un rôle particulièrement important dans la région Amérique latine et Caraïbes ces dernières années, puisqu'il a été mis en œuvre dans tous les pays Adhérents de cette région (le Chili, la Colombie et le Mexique), ainsi qu'au Costa Rica. Ainsi, en Colombie, près de 2000 professionnels du secteur de la santé non spécialisés avaient déjà été formés en octobre 2019 dans le cadre de ce Programme, avec le concours de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) alors que le Costa Rica met actuellement en œuvre un projet élaboré par l'OPS pour former des professionnels des soins primaires en santé mentale.

*Des mesures sont prises pour réduire le temps d'attente pour les soins de santé mentale*

95. Les Répondants reconnaissent aussi de plus en plus qu'il est nécessaire d'offrir un accès en temps voulu à des soins spécialisés dans le système de santé, conformément à la recommandation (1b). Le rapport *Santé mentale et insertion professionnelle* note que les individus sont souvent confrontés à de longs délais – même dans les pays de l'OCDE dotés de systèmes de santé très avancés – avant de recevoir des soins appropriés de santé mentale. Au moins dix Adhérents déclarent avoir un délai d'attente cible ou garanti dans au moins un domaine de la santé mentale et un petit nombre d'adhérent ont défini des délais maximum spécifiques pour les enfants et les adolescents (OCDE, 2020<sub>[24]</sub>).<sup>8</sup> Dans un certain nombre de pays adhérents (Finlande, Norvège et Danemark), une proportion grandissante de personnes sont examinées ou prises en charge dans les délais maximums depuis quelques années.

96. Le Royaume-Uni est un exemple d'Adhérent ayant récemment fixé des délais d'attente maximums pour les soins de santé mentale. Depuis 2016, le National Health Service anglais a pour objectif d'assurer une prise en charge dans un délai de six semaines pour 75 % des personnes aiguillées vers le programme *Improving Access to Psychological Therapies*, parmi lesquelles 95 % sont traitées dans un délai de 18 semaines dans le cadre des engagements appelés *Improving access to mental health services by 2020*. Plusieurs autres Adhérents développent actuellement des indicateurs pour mesurer les délais d'attente. Au Canada, par exemple, depuis 2018, l'Institut canadien d'information sur la santé travaille avec les ministres de la Santé aux niveaux fédéral, provincial et territorial pour élaborer des indicateurs permettant de mesurer l'accès aux services de prise en charge des troubles de la santé mentale et des addictions. L'un des six ensembles d'indicateurs concerne directement les délais d'attente pour accéder aux services de soins de santé mentale.

97. Les Adhérents estiment principalement que les longs délais d'attente pour bénéficier de santé mentale sont un problème lié à l'offre de services psychiatrique. Il existe pourtant quelques exemples, moins nombreux, de mesures spéciales sur les délais d'attente visant à accélérer la mise à disposition de traitements. L'un deux est le Danemark, qui a élargi la possibilité de choisir librement son hôpital afin d'ajouter la prise en charge des troubles mentaux à celle des pathologies physiques. Cela signifie que depuis 2015, les citoyens danois peuvent choisir de se rendre dans un nombre limité d'hôpitaux privés au Danemark ainsi qu'à des hôpitaux à l'étranger pour bénéficier de soins de santé mentale si l'hôpital vers lequel ils sont aiguillés n'est pas en mesure de respecter le délai d'attente maximum garanti de 30 jours. Cette situation renforce les incitations financières au niveau du système de santé pour donner accès en temps voulu à une prise en charge des troubles de la santé mentale. Les résultats des régions font l'objet d'un suivi et les données sont rendues publiques, la mise à jour des objectifs nationaux en 2018 ayant indiqué une tendance prometteuse à la réduction des délais d'attente pour les soins psychiatriques des adultes comme des enfants dans toutes les régions du Danemark sur la période 2012-2017. En 2018, 95 % de tous les patients danois étaient vus par un psychiatre ou soumis à un examen de santé mentale dans le délai cible de 30 jours.

---

<sup>8</sup> Ces pays adhérents sont le Danemark, l'Espagne (certaines régions) la Finlande, l'Irlande, la Lituanie, la Nouvelle-Zélande, la Norvège, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède.

*Les initiatives du système de santé pour intégrer les politiques de santé mentale restent limitées*

98. Malgré la nette volonté d'intégrer les systèmes de santé mentale aux aides et interventions prévues dans les champs social, éducatif et professionnel dont font montre de nombreux pays ayant renseigné le formulaire d'enquête, les réponses reçues donnent à penser qu'un grand nombre de Répondants n'ont encore guère pris de dispositions concrètes pour inscrire cette dimension professionnelle et scolaire de la santé mentale dans le système de santé lui-même. Nous avons quelques exemples d'avancées sur ce terrain, mais les choses évoluent de façon plutôt graduelle et c'est encore la lenteur qui caractérise l'application d'une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi.

99. L'une des initiatives d'intégration de l'emploi dans les systèmes de santé les plus notables est le programme *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT) mis en œuvre dans toute l'Angleterre (Royaume-Uni) par le National Health Service. Lancé en 2008, puis élargi, le programme ambitionnait dans un premier temps d'élargir l'accès aux thérapies des personnes souffrant d'anxiété ou de dépression, entre autres troubles de la santé mentale. Dans les premières années, des postes de conseillers pour l'emploi travaillant aux côtés des thérapeutes et dispensant des conseils pratiques aux demandeurs d'emploi, ont été créés (OCDE, 2015<sub>[21]</sub>). Si une cible d'un conseiller pour huit thérapeutes du programme IAPT avait été fixée, il n'empêche que dans la réalité, certains services ne disposaient que d'un seul conseiller pour pas moins de 50 thérapeutes.

100. Pour combler le manque de conseillers pour l'emploi du programme IAPT, à partir de 2017, le *Work and Health Unit* (WHU)<sup>9</sup> a investi 39 millions GBP dans le recrutement. Il s'agissait d'assurer un accompagnement plus intégré de la santé mentale et de l'emploi, qui aide les individus à garder leur emploi, à reprendre leur activité ou à trouver du travail, mais aussi d'avoir effectivement en place un conseiller pour huit thérapeutes (Department for Work and Pensions et Department for Health and Social Care, 2017<sub>[25]</sub>). Un rapport d'évaluation à partir de huit études de cas de la première vague du programme constate que les conseillers pour l'emploi du programme IAPT sont bien accueillis par les parties concernées, à savoir les clients, les thérapeutes et les partenaires de l'employabilité, et que les premiers résultats semblent positifs puisque les clients font état d'un gain de confiance en eux, d'une amélioration de leur santé mentale et de progrès vers leur retour au travail (Loveless, 2019<sub>[26]</sub>).

101. Quelques autres Adhérents se sont inspirés de l'IAPT pour mettre en œuvre des programmes visant à accroître l'accès aux thérapies pour les individus souffrant d'anxiété et de dépression légères à modérées. En Norvège, un programme « *Soins de santé rapides* » a été lancé dans 12 communes en 2012, puis élargi par la suite. De 2013 à 2019, 600 psychologues ont été recrutés dans le pays par le biais d'un programme de bourses pour encourager à travailler dans les communes. Depuis janvier 2020, la loi oblige toutes les communes à offrir des services d'ergothérapie.

102. Dans l'intervalle, en Suède, depuis janvier 2020, la loi fait obligation aux régions de mettre en place, dans le système de santé, des coordonnateurs chargés du retour à l'emploi. La fonction première de ces coordonnateurs sera de favoriser la reprise d'activité professionnelle par un dialogue avec les employeurs, les bureaux de placement et les services publics de l'emploi, et d'accompagner les patients pendant leur congé maladie et la période de réadaptation.

---

<sup>9</sup> Le WHU a été créé en 2015 en tant qu'Unité conjointe du Department for Work and Pensions et du Department of Health and Social Care.

### ***5.3.2. Systèmes de soutien aux jeunes : une priorité pour des interventions mieux intégrées***

103. Sur les quatre axes thématiques de la Recommandation, c'est dans les systèmes de soutien aux jeunes que l'on observe le plus de progrès. Les Adhérents savent que la santé mentale joue un rôle déterminant dans le développement des jeunes, et les mesures prises suivent souvent les étapes proposées dans la Recommandation. Il peut s'agir de mesures touchant directement à la santé mentale comme de mesures apportant un soutien indirect aux jeunes souffrant de troubles psychiques – dans le cas par exemple des dispositifs en faveur des jeunes qui quittent prématurément le système scolaire. Il est de plus en plus largement admis qu'il faut repérer au plus tôt les sujets à problème et leur apporter une aide rapide, comme en témoigne l'attention nouvelle portée à la mise en place de services de santé mentale à bas seuil et non stigmatisants auxquels les jeunes peuvent faire appel facilement.

#### **Encadré 5.4. Extraits pertinents de la Recommandation concernant les systèmes de soutien aux jeunes**

II. RECOMMANDE que les Adhérents s’efforcent d’améliorer les résultats éducatifs et la transition vers un niveau d’enseignement de plus en plus élevé et vers le marché du travail des jeunes souffrant de troubles mentaux. Pour ce faire, les Adhérents devraient, le cas échéant :

- a) surveiller et améliorer le climat général à l’école et en crèche afin de promouvoir l’apprentissage socio-émotionnel, la santé mentale et le bien-être de tous les enfants et élèves au moyen d’interventions à l’échelle de l’ensemble de l’établissement et de la prévention du stress, des brimades et des agressions à l’école, en utilisant des indicateurs adéquats et complets de la santé à l’école et des résultats des élèves ;
- b) sensibiliser les professionnels de l’éducation et les familles des élèves aux troubles mentaux dont peuvent souffrir les jeunes et améliorer leur capacité à identifier les signes, symptômes et problèmes et à orienter les élèves vers les examens et interventions adaptés à leurs besoins, tout en garantissant à tous les établissements éducatifs une offre suffisante de professionnels rompus aux adaptations et aménagements psychologiques et comportementaux requis dans l’environnement pédagogique ;
- c) promouvoir un accès rapide à un soutien coordonné et non stigmatisant pour les enfants et les jeunes souffrant de troubles mentaux ou de problèmes socio-émotionnels en renforçant les liens entre les services de santé primaires et ceux spécialisés dans la santé mentale, et en réduisant les délais d’attente dans le secteur des soins pour la santé mentale et en proposant une structure de soutien facilement accessible et liée aux crèches et écoles, aux établissements supérieurs et aux autres services d’action locale et dédiés aux jeunes, qui dispense une aide complète englobant traitement, conseil, orientation et soutien par des pairs ;
- d) investir dans la prévention de l’abandon scolaire à tous les âges et dans le soutien aux jeunes sortis du système scolaire souffrant de troubles mentaux par le suivi adéquat de ceux qui ont abandonné leurs études ou risquent de le faire, en tenant dûment compte du respect de la vie privée et en vue de reconstruire leurs liens avec le système éducatif et le marché du travail ;
- e) fournir un soutien non stigmatisant au passage de l’école aux études supérieures et au travail pour les élèves souffrant de troubles mentaux (ou pour le retour à l’école de ceux qui ont abandonné leurs études) en améliorant la collaboration et les approches intégrées des établissements scolaires, établissements supérieurs, employeurs, services de retour à l’emploi et du secteur des soins pour la santé mentale.

#### *L’importance de la santé mentale dans l’éducation et les systèmes de soutien aux jeunes*

104. Environ la moitié de tous les troubles mentaux sont établis avant 14 ans, et trois sur quatre avant 24 ans (Kessler et al., 2005<sup>[27]</sup>). Aussi, dans de nombreux cas, les symptômes et les signes de troubles mentaux sont apparents dès un jeune âge, ce qui rend les interventions et le soutien axés sur la santé mentale pendant l’enfance, l’adolescence et la jeunesse d’autant plus importants pour un dépistage rapide des troubles de la santé mentale, comme le reconnaît la recommandation (2c). Si les troubles mentaux sont ignorés pendant l’enfance, l’adolescence et la jeunesse, les symptômes et les pathologies risquent de se détériorer et d’empêcher la personne de mener une vie enrichissante et productive.



105. Les écoles jouent un rôle particulièrement important de promotion de la santé mentale des enfants, des adolescents et des jeunes. C'est pourquoi la recommandation (2a) incite les Adhérents à surveiller et améliorer le climat général à l'école et en crèche afin de promouvoir l'apprentissage socio-émotionnel, la santé mentale et le bien-être au moyen d'interventions à l'échelle de l'ensemble de l'établissement. Qui plus est, le manque d'assiduité à l'école peut souvent être l'un des premiers signes de troubles de la santé mentale et déboucher sur un décrochage. C'est pourquoi la recommandation (2d) préconise d'investir à la fois dans la prévention de l'abandon scolaire à tous les âges et dans le soutien aux jeunes sortis du système scolaire en vue de reconstruire leurs liens avec le système éducatif et le marché du travail.

106. L'enfance, l'adolescence et la jeunesse sont par ailleurs des périodes marquées par d'importantes transitions susceptibles de peser lourdement sur la santé mentale. Entre à peu près 20 et 25 ans, les jeunes doivent s'adapter et passer d'un état entièrement dépendant à celui de citoyens autonomes qui contribuent à la société. Aussi la Recommandation fait-elle porter un accent particulier sur les passages aux études supérieures et au travail, ainsi que sur le besoin d'accompagner les individus souffrant de troubles mentaux tout au long de chacune de ces transitions. C'est ce qui transparait en particulier dans la recommandation (2e).

*L'intervention en temps utile pour empêcher les problèmes de santé mentale est une priorité à l'école*

107. Un grand nombre de Répondants ont tenté d'intervenir en temps plus utile en mettant en place des dispositifs à l'échelle de l'ensemble de l'établissement pour dépister les troubles mentaux chez les élèves, ainsi que les signes de souffrance psychique au-dessous du seuil de diagnostic qui pourraient évoluer en pathologies. En vue d'assurer un dépistage et une prise en charge rapides dans les écoles, ils ont généralement adopté des stratégies de promotion du bien-être mental et de prévention des comportements à risque. Ces stratégies ont en commun de tenter de remédier à l'exacerbation des troubles de la santé mentale en créant des environnements propices à une bonne santé mentale et moins susceptibles d'entraîner le développement de troubles mentaux (ou d'aggraver les troubles existants), et elles sont souvent utilisées en complément les unes des autres.

108. Un exemple de stratégie axée sur la promotion de la santé mentale dans les établissements scolaires est le *Wellbeing Policy Statement and Framework for Practice* de l'Irlande pour 2018-2023. Ce cadre définit non seulement la vision qu'ont les pouvoirs publics du bien-être à l'école, mais il prévoit également que chaque établissement scolaire en Irlande doit mettre en œuvre un processus d'auto-évaluation reposant sur ce cadre et examinant le bien-être dans quatre domaines clés : la culture et l'environnement, le programme d'études, la politique et la planification, ainsi que les relations et les partenariats. L'Australie a également lancé son *Australian Student Wellbeing Framework* en 2018, qui donne aux établissements scolaires des lignes directrices sur la promotion du bien-être des élèves de la 1<sup>ère</sup> à la 12<sup>e</sup> année de scolarité.

109. Un certain nombre d'Adhérents ont adopté une stratégie davantage axée sur la prévention, en mettant l'accent sur les moyens de limiter et de prévenir les comportements à haut risque qui sont souvent associés à des troubles mentaux, comme les brimades, la xénophobie, la consommation d'alcool et de substances, la violence et l'absentéisme. Par exemple, la République tchèque met en œuvre une stratégie nationale pour prévenir les comportements à risque, *National Strategy for Primary Prevention of Risky Behaviour*, laquelle se poursuivra jusqu'en 2027, tandis qu'en Pologne, le ministère de l'Éducation a commandé des recherches sur des programmes efficaces de prévention et de prophylaxie dans les établissements scolaires, dont les résultats ont été rendus publics en 2018.

110. La plupart des Adhérents font également savoir qu'ils ont mis en place des programmes et des stratégies nationaux de lutte contre les brimades à l'école. Un grand nombre d'entre eux mentionnent des mesures et des stratégies récemment mises en œuvre pour lutter contre les brimades à l'école dans leur réponse au questionnaire sur les politiques publiques. Au Danemark, le *Plan d'action 2016 pour la prévention et la lutte contre les brimades* contient les recommandations à l'État, aux administrations locales et autres organisations pour réduire le harcèlement en milieu scolaire et reconnaître l'importance des mesures de lutte contre ce type de comportement pour promouvoir la santé mentale à l'école. En 2018, la Norvège a pour sa part mis en place des médiateurs anti-brimades dans chaque province pour aider les élèves et les parents et pour les conseiller sur la sécurité à l'école. Selon un rapport publié en 2020, s'il est toujours difficile de fournir aux médiateurs eux-mêmes le soutien dont ils ont besoin pour remplir leur mandat et d'assurer un égal accès à l'aide qu'il procure au sein d'une région, ce dispositif a contribué à instaurer un environnement plus sûr pour les enfants dans les garderies et à l'école.

111. La Nouvelle-Zélande a également lancé un programme national d'examen en présence du bien-être mental des élèves du secondaire, afin d'essayer de dépister au plus tôt de possibles troubles de la santé mentale non déclarés ou non diagnostiqués. Ce programme prévoit le déploiement de l'évaluation *HEEADSSS Wellness Checks*, dans le cadre de laquelle les élèves sont directement interrogés au cours de leur 9<sup>e</sup> année de scolarité ; les questions portent sur le foyer (H), l'éducation et l'emploi, l'alimentation et l'exercice (E), les activités (A), la drogue et l'alcool, la dépression et le suicide (D), et la santé sexuelle, la sécurité et les forces personnelles (S). Ces évaluations ont d'abord été mises en œuvre dans le cadre du projet sur la santé mentale des jeunes, *Youth Mental Health Project*, lancé en 2012. Depuis 2019, ils ont été réalisés dans 40 % des établissements secondaires, et de nouveaux déploiements sont prévus.

112. Ces mesures de dépistage précoce à l'école s'accompagnent également dans de nombreux pays de services non stigmatisants, à bas seuil d'accessibilité, en faveur de la santé mentale des jeunes en dehors des établissements scolaires dans de nombreux pays adhérents. On peut citer à titre d'exemple les centres d'orientation à guichet unique *Ohjaamo* en Finlande et les services *headspace* en Australie. En évitant de cataloguer les individus comme malades ou problématiques, ces services encouragent les enfants et les jeunes à demander de l'aide lorsqu'ils montrent les premiers signes de trouble de la santé mentale. Ces initiatives contribuent à faire en sorte que la prise en charge et le soutien soient disponibles à un stade précoce, avant que les individus ne souffrent de troubles mentaux plus graves et avant que le lien avec l'école, la formation en apprentissage ou le travail ne soit rompu.

113. Il faut avant tout veiller à ce que les mesures scolaires et extrascolaires soient suivies par des interventions en temps utile et appropriées lorsqu'une souffrance psychique ou de possibles troubles de la santé mentale sont détectés, y compris, s'il y a lieu, l'aiguillage vers des spécialistes. À ces mesures doit impérativement s'ajouter le renforcement des liens et des transitions entre les systèmes de soutien aux jeunes et le système de santé mentale, qui peuvent aider à assurer un suivi en temps utile. Un exemple prometteur dans ce contexte est celui du *Link Programme* en Angleterre. Comme nous le verrons dans l'encadré 5.5, le programme réunit des professionnels de l'éducation issus du milieu scolaire et des professionnels de la santé mentale issus du système de santé pour renforcer la collaboration. La phase pilote laisse penser que le programme améliore la qualité et la rapidité des orientations de l'école vers le système de santé.

*Les mesures de renforcement des compétences des enseignants et des éducateurs sont répandues*

114. La plupart des Adhérents prennent en charge une forme ou une autre de formation sur la santé mentale pour les enseignants, éducateurs et autres professionnels de l'éducation de première ligne en contact régulier avec les élèves, mais cette formation demeure limitée dans certains pays adhérents. L'importance attribuée à la formation des enseignants transparait également dans les réponses au Questionnaire de l'OCDE sur les politiques publiques pour l'analyse comparative des performances en santé mentale. 19 des 27 Répondants ont indiqué qu'ils dispensent aux enseignants « un peu » ou « beaucoup » de formations sur la santé mentale ; seuls cinq d'entre eux ont déclaré ne fournir aucune formation. Ce chiffre est supérieur aux 16 Répondants indiquant qu'ils forment les conseillers ou le personnel des services d'accompagnement des chômeurs (OCDE, 2021<sup>[14]</sup>).

115. L'Australie continue d'avancer à grands pas dans ce domaine. En novembre 2018, une initiative financée par le gouvernement, *BeYou*, a été lancée pour doter les enseignants des outils nécessaires pour favoriser la santé mentale chez les enfants. Ce service est gratuit et accessible aux éducateurs, aux établissements scolaires et aux services d'apprentissage précoce en Australie, et il intègre des programmes scolaires antérieurs tels que *Kids Matter* et *Minds Matter*. Par exemple, l'initiative *BeYou* prévoit un manuel à l'intention des éducateurs, à la fois pour les services d'apprentissage précoce et pour les établissements du primaire et du secondaire, qui leur donne des lignes directrices sur la façon d'améliorer le bien-être mental des élèves.

116. En Irlande, le *National Education Psychological Service* (NEPS), qui aide les enseignants à promouvoir la santé mentale des élèves des établissements primaires, secondaires et tertiaires, a été encore développé ces dernières années. En 2019, l'Irlande a affecté 19 % du budget total de l'enseignement pour offrir une meilleure éducation et une meilleure qualité de vie aux enfants ayant des besoins particuliers et, dans ce cadre, a recruté des psychologues travaillant pour le NEPS en vue d'aider les élèves avec des besoins éducatifs complexes. Le NEPS aide en outre plus spécifiquement les chefs d'établissement et les enseignants à mettre en place des équipes de soutien des élèves dans les établissements scolaires, notamment en leur affectant l'un de ses psychologues.

117. Dans certains pays adhérents où la formation n'aboutit pas toujours à une compétence en santé mentale en tant que telle, les enseignants sont de plus en plus formés à l'acquisition de compétences socio-émotionnelles essentielles, qui peuvent les aider à développer la résilience mentale et à promouvoir une bonne santé mentale. Au Mexique, par exemple, un programme national comptabilisant plus de deux millions de participants a été mis en place pour encadrer l'apprentissage socio-émotionnel dans les établissements publics d'enseignement secondaire. Une évaluation du programme en 2016 ayant constaté un manque de personnel qualifié ou doté des compétences requises pour enseigner les compétences socio-émotionnelles, les directeurs et les enseignants de plus de 4200 établissements publics d'enseignement secondaire ont participé à des ateliers de formation spéciaux.

118. Parmi les outils les plus utilisés pour former les enseignants et les éducateurs sur la santé mentale, il convient de citer le programme *Mental Health First Aid* (MHFA) et d'autres programmes similaires, qui proposent des formations sur la santé mentale destinées aux non-initiés, fondées sur les faits, pour les aider à reconnaître, à comprendre et à réagir aux signes de troubles mentaux. L'initiative prise en Australie en 2001 a fait tache d'huile, et on compte aujourd'hui des prestataires habilités à fournir des soins de premiers secours en santé mentale dans 27 pays, qui ont formé ensemble plus de trois

millions de personnes dans le monde. La formation MHFA peut être suivie par tout le monde et n'est pas limitée aux établissements scolaires, mais de nombreux Adhérents se sont fixé des cibles d'élargissement de la formation dans les écoles par le biais de ces programmes. Par exemple, au Royaume-Uni, en 2017, le gouvernement a annoncé un plan visant à rendre la formation aux premiers secours en santé mentale disponible dans tous les établissements d'enseignement secondaire d'ici 2020. En mars 2020, cela était le cas dans plus de 2500 établissements.

### **Encadré 5.5. Le Mental Health Services and Schools and Colleges Link Programme – Angleterre (Royaume-Uni)**

Le *Mental Health Services and Schools and Colleges Link Programme* est une initiative lancée en 2015, financée par le ministère de l'Éducation et encadrée par NHS England. Son objectif : promouvoir la compréhension mutuelle et renforcer la communication entre les établissements d'enseignement et les services de santé mentale.

Organisé en deux ateliers d'une journée espacés d'environ six semaines, il réunit professionnels de l'éducation et professionnels de santé autour d'un échange de « connaissances et ressources locales » sous la direction des *Clinical Commissioning Groups* (CCG) chargés de la planification et de l'offre de services de santé mentale dans leurs circonscriptions. Les ateliers suivent un cadre conçu spécialement dans ce but (CASCADE) articulé en sept axes :

- Clarté sur les rôles, les missions et les responsabilités de tous les intervenants dans le domaine de la santé mentale des enfants et des jeunes
- Accord sur un point de contact et une fonction dans les établissements scolaires et dans les services de santé mentale destinés aux enfants et aux jeunes
- Structures en appui d'une planification commune et d'un travail collaboratif
- Communauté d'approche pour mesurer les résultats des jeunes
- Aptitude à continuer d'apprendre et à s'appuyer sur les meilleures pratiques
- Développement de modes de travail intégrés en faveur d'un accès rapide et amélioré aux dispositifs de soutien
- Esprit factuel dans l'approche des interventions

Le *Link Programme* a vu le jour sous forme d'initiative pilote dans 255 écoles entre 2015 et 2016. Une évaluation indépendante de l'initiative pilote a constaté qu'elle avait considérablement renforcé les communications et la collaboration entre les établissements scolaires et les services de santé mentale, amélioré la qualité de l'aiguillage des écoles vers les services spécialisés, et même accru les connaissances et la prise de conscience de la santé mentale parmi le personnel des écoles qui n'avait pas directement participé à l'initiative.

Après le succès de l'initiative pilote, le ministère de l'Éducation a chargé l'organisation non gouvernementale *Anna Freud Centre for Children and Families*, de l'élargir et de la mettre en œuvre dans tout le pays. De 2017 à 2019, plus de 3000 établissements scolaires et professionnels de la santé mentale y ont participé et le programme est en train d'être élargi à tous les établissements scolaires d'Angleterre.

En renforçant les communications et la collaboration entre le système de santé et le système scolaire, le *Link Programme* joue un double rôle, à savoir celui d'améliorer la rapidité d'intervention auprès des enfants et des adolescents souffrant de troubles mentaux par un aiguillage plus efficace (le « quand » et le « quoi ») et celui de sensibiliser aux questions de santé mentale parmi les professionnels de l'éducation (le « qui »).

Source : Link Programme (2020), Anna Freud National Centre for Children and Families, <https://www.annafreud.org/schools-and-colleges/research-and-practice/the-link-programme/>; Mental Health Services and Schools Link Pilots: Evaluation report (2017), Ecorys UK, [https://www.annafreud.org/media/9751/evaluation\\_of\\_the\\_mh\\_services\\_and\\_schools\\_link\\_pilots-rr.pdf](https://www.annafreud.org/media/9751/evaluation_of_the_mh_services_and_schools_link_pilots-rr.pdf)

119. Les États-Unis ont adopté une approche légèrement différente. La Substance Abuse and Mental Health Services Administration octroie des aides à des organismes éducatifs publics et locaux ainsi qu'à des organisations non gouvernementales depuis quelques années pour veiller à ce que les enseignants et les chefs d'établissements soient informés sur les questions de santé mentale et compétents pour aider les élèves en proie à des troubles mentaux. Les principaux dispositifs utilisés à cette fin sont les *Mental Health Awareness Training Grants* (MHAT – Aides à la formation sur la santé mentale) et les *Project Advancing Wellness and Resiliency in Education State Education Agency Grants* (AWARE-SEA – Aides publiques aux projets en faveur du bien-être et de la résilience dans l'éducation). En 2018, les aides disponibles par le biais de ces programmes s'élevaient à un total proche de 59 millions USD, et à 31 millions USD dans le cas d'AWARE-SEA en 2020 (SAMHSA, 2020<sup>[28]</sup>).

*La prévention du décrochage scolaire est une priorité dans quelques pays adhérents*

120. Si l'on regarde les interventions et mesures spécifiques en la matière, on constate que beaucoup de pays adhérents ont progressé dans la prévention du décrochage scolaire et l'apport d'un soutien non stigmatisant. La Recommandation (2d) contient un appel à investir dans la prévention de l'abandon scolaire et dans le soutien aux jeunes décrocheurs souffrant de troubles mentaux. Comme on l'a dit dans *Santé mentale et insertion professionnelle*, les efforts en ce sens sont d'une importance capitale, sachant que le décrochage est plus fréquent chez les jeunes atteints de problèmes psychiques que chez les autres. Les mesures de lutte contre l'abandon scolaire constituent, par conséquent, un ingrédient indispensable d'une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi.

121. La prévention de ce phénomène est une priorité pour la Commission européenne, tous les États membres de l'UE ayant pris, en 2010, l'engagement de faire passer le pourcentage de jeunes en décrochage sous la barre des 10 % d'ici 2020. Si les progrès sont inégaux d'un pays à l'autre, le taux d'abandon scolaire n'a cependant pas cessé de diminuer progressivement dans l'UE-28 et s'établissait à 10.3 % en 2019 (Eurostat, 2021<sup>[29]</sup>). La priorité donnée à la réduction de l'abandon scolaire et à l'obtention d'un diplôme transparait en Hongrie et en Lettonie, pays où de nouvelles politiques en ce sens sont appliquées depuis 2015. La Hongrie met actuellement en œuvre sa « Stratégie à moyen terme contre la sortie du système scolaire sans diplôme » (2014-20). Des systèmes d'alerte précoce et d'accompagnement pédagogique face à l'abandon scolaire ont été mis en place en novembre 2016, qui reposent sur la détection de signes avant-coureurs comme l'absentéisme, les problèmes d'intégration et les mauvais résultats. Ces signes avant-coureurs correspondent précisément aux indicateurs de potentiels troubles de la santé mentale. Une fois les élèves à risque repérés, par leur établissement, un plan individuel est défini pour les aider, selon une démarche coordonnée dans laquelle interviennent des travailleurs sociaux, des psychologues et des agents des services de la protection de l'enfance. En complément de ce dispositif, les enseignants reçoivent une formation pour apprendre à identifier les élèves susceptibles d'abandonner l'école. En Lettonie, le projet PuMPuRS prévoit lui aussi une aide individualisée pour les jeunes qui risquent de décrocher. En août 2019, ce projet – lancé en 2017 avec le concours financier du Fonds social européen – a mobilisé 527 établissements d'enseignement et conduit à la mise en place de plus de 43 695 plans de soutien individualisé.

*L'accompagnement externe à bas seuil d'accessibilité et non stigmatisant s'articule avec les services de santé mentale en place pour les enfants et les jeunes*

122. La Recommandation (2c) comporte un appel en faveur d'un accompagnement non stigmatisant des enfants et des jeunes souffrant de troubles mentaux. Les réponses au questionnaire sur les politiques publiques signalent qu'un certain nombre de dispositifs et de services d'aide en santé mentale bien intégrés, externes – comprendre, extrascolaires – et à bas seuil ont été renforcés ces dernières années. Les services en question sont généralement dispensés par des centres pour la jeunesse et sont indissociables des mesures prises au sein des établissements pour accompagner les élèves présentant des troubles psychiques. Ces centres peuvent contribuer à éviter que les jeunes ne soient catalogués comme malades ou individus à problème et les encourager au contraire à chercher de l'aide dès les premiers signes de désordre psychique, bien avant tout diagnostic médical.

123. L'Australie, avec les centres headspace, nous offre un exemple concret de service à bas seuil qui assurait déjà un accompagnement non stigmatisant aux jeunes de 12 à 25 ans. Au cours de l'exercice 2018-19, près de 100 000 jeunes ont franchi la porte d'un centre headspace et 32 000 encore ont bénéficié d'un service d'écoute en ligne ou téléphonique par l'intermédiaire du portail eheadspace. Le nombre de centres headspace a été porté de 82 en 2015 à 112 en 2019 et un financement supplémentaire de 263.3 millions AUD de 2018-19 à 2024-25 a été annoncé pour permettre de répondre à la forte demande de services psychiatriques (Australian Government Department of Health, 2019<sup>[30]</sup>). Comme nous l'avons vu à la section 5.3.4, depuis 2016, les centres headspace sont utilisés pour l'exécution d'un projet pilote d'accompagnement intégré et individualisé de la santé mentale et de l'emploi des jeunes atteints de troubles mentaux légers à modérés.

124. Autre exemple de service accessible de plain-pied à destination des jeunes, les centres *Ohjaamo*, en Finlande, guichet unique proposant des interventions de médiation dans une démarche intégrée, et notamment un soutien psychosocial. La Finlande a mené dernièrement à son terme un projet consistant à appliquer un modèle national de soutien psychosocial dans les centres *Ohjaamo* pour une détection plus rapide des problèmes de cet ordre. L'État a depuis décidé de continuer de soutenir le projet en 2021 et 2022.

*Aider les jeunes lors de leur entrée dans le monde du travail*

125. D'après les réponses au questionnaire sur les politiques publiques, un certain nombre de pays ont pris des mesures d'accompagnement des jeunes de l'école à l'enseignement supérieur ou de l'école au monde du travail, mais rares sont ceux qui mettent directement l'accent sur la santé mentale. C'est le cas, par exemple, du Danemark où un large accord politique a été conclu en 2017 en vue d'une réforme du financement des universités prévoyant l'octroi d'une compensation financière aux établissements qui accordent, si nécessaire, un délai à certaines catégories d'étudiants – comme les étudiants porteurs de handicap – pour achever leur cursus. Même s'ils ne sont ni les bénéficiaires désignés de ce dispositif, ni expressément visés par celui-ci, ce délai peut souvent permettre, par cette aide, aux étudiants souffrant de troubles mentaux d'obtenir leur diplôme.

126. Le Royaume-Uni, en revanche, adopte des mesures spécifiques pour prendre soin de la santé mentale des jeunes à la charnière entre l'enseignement secondaire et les études supérieures. En 2019, le ministère de l'Éducation a constitué une équipe spéciale chargée d'aider les étudiants à entretenir leur équilibre psychique à leur entrée à l'université. Cette équipe interviendra principalement dans quatre dimensions susceptibles d'avoir une incidence sur cet équilibre à ce moment précis, à savoir : devoir vivre seul, devoir travailler

seul, entretenir des relations saines et soigner son bien-être. Actuellement dans sa phase d'activité initiale, elle s'attache à faire connaître les bonnes pratiques qui existent, comme l'initiative « *Transitions and Know Before You Go* », lancée par l'organisme caritatif britannique *Student Minds*.

127. Aux États-Unis, une initiative intéressante est menée par « *The Learning and Working During the Transition to Adulthood Rehabilitation Research & Training Center* » à la faculté de médecine de l'université du Massachusetts. Ce centre fonctionne principalement au sein du système de santé, mais ses activités sont plus particulièrement axées sur l'accompagnement des jeunes atteints de troubles mentaux au moment du passage des études au travail. Par exemple, il a réalisé des fiches de conseils destinées aux jeunes demandeurs d'emploi atteints de troubles mentaux, sur des sujets pratiques comme « Est-ce que je parle de mes troubles mentaux à ma hiérarchie ? », ainsi qu'une trousse à outils pour les employeurs de jeunes et les médiateurs de santé pairs. L'État américain a largement financé ce centre, par le biais du ministère de la Santé et des Services sociaux, de 2014 à 2019.

### **5.3.3. *Prise en compte des risques psychosociaux en milieu professionnel***

128. La plupart des répondants déclarent avoir mis en œuvre des politiques du travail visant à réduire les risques psychosociaux en milieu professionnel et à créer des environnements de travail plus sains et plus sûrs sur le plan mental. Les Adhérents progressent dans ce domaine, conjuguant réglementation relative à l'évaluation et à la prévention des risques psychosociaux, et directives à l'intention des employeurs et des responsables opérationnels en vue de mettre en place des environnements de travail respectueux de la santé mentale, conformément à la Recommandation. Pourtant, les politiques du travail sont rarement intégrées aux systèmes de soins de santé mentale, aux services de l'emploi ou aux systèmes de protection sociale. Ce manque de coordination est particulièrement visible dans les politiques relatives aux congés maladie de longue durée, qui restent pilotées par le système de protection sociale et les services publics de l'emploi : dans de nombreux pays Adhérents, les employeurs ont peu d'obligations ou d'incitations à encourager le retour au travail.



### **Encadré 5.6. Extraits pertinents de la Recommandation relatifs aux politiques du travail**

III. RECOMMANDE que les Adhérents, en concertation et coopération étroites avec les partenaires sociaux, s'attachent à élaborer et mettre en œuvre des mesures en faveur de la promotion de la santé mentale au travail et du retour au travail. Pour ce faire, les Adhérents devraient, le cas échéant :

- a) encourager et mettre en œuvre l'évaluation et la prévention des risques psychosociaux au travail conformément aux lois applicables en matière de respect de la vie privée et de lutte contre la discrimination, avec le soutien adapté des services de médecine du travail, pour garantir que toutes les entreprises remplissent leurs obligations légales ;
- b) élaborer une stratégie pour s'attaquer à la stigmatisation, à la discrimination et aux contrevérités auxquelles font face de nombreux travailleurs souffrant de troubles mentaux sur leur lieu de travail, en mettant l'accent sur un encadrement de qualité, l'amélioration des compétences des cadres dirigeants et des représentants des travailleurs en matière de gestion des questions de santé mentale, la formation du travailleur par ses pairs et la promotion active de la santé et de la sécurité psychologique au travail ;
- c) renforcer la sensibilisation aux pertes potentielles de productivité du travail causées par les troubles mentaux en élaborant des lignes directrices à l'intention des responsables opérationnels, des professionnels des ressources humaines et des représentants des travailleurs pour stimuler une meilleure réponse aux troubles mentaux des travailleurs, expliquant comment les aider au mieux, notamment par la reconnaissance et l'intervention par les collaborateurs en tant que de besoin, et offrant des conseils sur le bon moment pour rechercher l'appui d'un professionnel, en tenant dûment compte du respect de la vie privée ;
- d) promouvoir la conception de politiques et de processus structurés de retour au travail pour les travailleurs en congé de maladie et leurs employeurs (potentiels ou actuels), notamment en favorisant un retour flexible et progressif au travail en fonction de l'amélioration de l'aptitude au travail, avec les nécessaires aménagements et adaptations du lieu de travail et de l'emploi, et en utilisant ou en expérimentant des services de conseil sur l'aptitude au travail qui tiennent pleinement compte de la santé mentale ;
- e) inciter les employeurs à prévenir et à traiter l'utilisation abusive des congés de maladie en facilitant le dialogue entre les employeurs, les salariés et leurs représentants et les médecins traitants ainsi qu'avec d'autres professionnels de la santé mentale sur l'incidence d'une maladie sur l'aptitude au travail et les bienfaits associés à l'aménagement des conditions de travail, en tenant dûment compte du secret médical.

#### *Importance des politiques visant à promouvoir la santé mentale au travail*

129. Les employeurs peuvent jouer un rôle majeur en aidant leurs salariés à faire face aux pathologies et troubles mentaux et à les prendre en charge. La plupart des individus passent une grande partie de leur temps au travail. Toutefois, on n'a toujours pas conscience de l'impact que la santé mentale peut avoir sur leur activité, ni des pertes de productivité pouvant découler d'une mauvaise santé mentale des salariés. C'est pourquoi le paragraphe (3b) de la Recommandation préconise des stratégies de lutte contre la stigmatisation et la discrimination, tandis que le paragraphe (3c) appelle à soutenir les employeurs dans l'élaboration de lignes directrices visant à aider leurs collègues – responsables

opérationnels, collaborateurs et professionnels des ressources humaines – et les représentants des travailleurs à offrir une aide aux personnes souffrant de troubles mentaux.

130. La Recommandation prend également acte de la nécessité de doter les politiques du travail de plusieurs volets, tant pour prévenir l'aggravation des troubles mentaux que pour favoriser la bonne santé mentale de l'ensemble des travailleurs. Alors que le paragraphe (1b) invite principalement les Adhérents à placer les risques psychosociaux au cœur de la sécurité et de la santé au travail, la Recommandation évoque également l'importance de promouvoir la santé mentale en milieu professionnel, afin d'améliorer l'état psychique de l'ensemble des salariés et travailleurs. Ces politiques revêtent une importance cruciale. En effet, si un travail valorisant peut favoriser une meilleure santé mentale, des emplois de mauvaise qualité, un mauvais encadrement et une forte tension au travail peuvent contribuer au stress sur le lieu de travail et à la dégradation de la santé mentale des salariés.

131. Nombre de personnes d'âge actif souffrant de troubles mentaux se trouvent souvent dans l'incapacité de poursuivre leur activité professionnelle. Elles n'ont alors d'autre choix que de prendre un congé maladie de longue durée et, dans certains cas, perdent leur emploi et deviennent dépendantes des prestations sociales. C'est pourquoi le paragraphe (1d) de la Recommandation invite à promouvoir des plans de retour au travail flexibles ou progressifs tenant pleinement compte de la santé mentale, et le paragraphe (1e) encourage les Adhérents à collaborer avec les employeurs afin de faciliter le dialogue et trouver des aménagements des conditions de travail permettant aux individus souffrant de troubles mentaux de rester dans l'emploi.

*De plus en plus, les risques psychosociaux sont pris en considération dans les politiques relatives à la santé et à la sécurité au travail*

132. De nombreux Adhérents ont accompli d'importants progrès dans l'élaboration de politiques plus exhaustives en matière de prévention des risques psychosociaux, conformément au paragraphe (3a) de la Recommandation, qui insiste sur la nécessité d'encourager et de réglementer l'évaluation et la prévention des risques psychosociaux au travail. Il ressort notamment du rapport *Santé mentale et insertion professionnelle* que la mise en œuvre de ce type de mesures est lente et que les politiques de santé et de sécurité restent essentiellement axées sur les problématiques traditionnelles. Les réponses au questionnaire montrent que la plupart des répondants ont dépassé ce stade : en effet, depuis plusieurs années, de nombreux Adhérents ont mis en place des stratégies, des réglementations et des lignes directrices visant à réduire les risques psychosociaux au travail.

133. De nombreux Adhérents ont modifié leur réglementation relative à la santé et à la sécurité au travail afin de mieux tenir compte des risques psychosociaux. Au Canada, par exemple, l'amendement au Code canadien du travail voté en 2017 explicite la notion selon laquelle la santé et la sécurité au travail englobent, outre les blessures physiques, les maladies et traumatismes psychologiques. Dans le sillage de cet amendement, le Canada a annoncé en 2019 qu'il allait faire en sorte de contraindre les employeurs soumis à la réglementation fédérale à prendre des mesures préventives pour lutter contre le stress au travail. En Espagne, le décret royal 8/2019 a introduit l'enregistrement obligatoire des heures de travail, les employeurs étant ainsi tenus de rendre des comptes en cas d'heures de travail excessives ou d'heures supplémentaires non rémunérées, deux facteurs de risque pour la santé mentale.

134. À titre de comparaison, le Japon fait partie des exemples notables d'Adhérents ayant imposé des obligations plus strictes aux employeurs. Depuis décembre 2015, les

entreprises qui emploient plus de 50 salariés sont tenues de leur proposer un « test de contrôle du stress » au moins une fois par an. En 2018, 80,3 % des employeurs ont proposé ce test de contrôle (MHLW, 2019<sup>[31]</sup>). En fonction des résultats, les employeurs sont tenus de tout mettre en œuvre pour ajuster l'environnement de travail et réduire ainsi le stress psychosocial. Le Japon a également établi des passerelles entre ce test de contrôle du stress et les services de santé. Ainsi, si l'on constate un niveau de stress élevé chez un salarié, celui-ci peut demander à son employeur de consulter un médecin. L'employeur est alors tenu d'organiser un rendez-vous et d'adapter les conditions de travail du salarié concerné en fonction des conclusions du médecin consulté. D'autres pays adhèrent encouragent également le recours à des questionnaires ou des tests pour évaluer les risques psychosociaux au travail, même si la plupart d'entre eux privilégient l'initiative individuelle. Ainsi, en Espagne, l'Institut national de Sécurité et d'Hygiène au Travail (INSHT, rattaché au ministère du Travail, a élaboré un questionnaire, accompagné d'une application d'appoint, appelée FPSICO pour mesurer les risques psychosociaux sur le lieu de travail.

135. De nombreux répondants ont également élaboré des outils pour aider les entreprises à mettre en œuvre l'évaluation et la prévention des risques psychosociaux au travail. En Colombie, par exemple, le ministère du Travail a non seulement élaboré une panoplie d'outils dédiés à l'évaluation des facteurs de risques psychosociaux au travail, mais il a aussi rédigé un guide au service de la promotion, de la prévention et de l'atténuation des risques psychosociaux. Ces instruments ont été adoptés en 2019. Entre-temps, au Japon, un portail Internet intitulé *Kokoro no Mimi* (Oreilles de l'esprit) met à la disposition des employeurs et des dirigeants des lignes directrices et des outils pour préserver la santé mentale des salariés et permettre de réaliser des tests de contrôle du stress. En Espagne, le gouvernement élabore, dans le cadre de sa Stratégie nationale en faveur de la santé et de la sécurité au travail 2015-2020, de nouvelles lignes directrices sur la gestion des risques psychosociaux. Ce type de guide et d'outils peut aider les entreprises et les employeurs à appliquer des mesures conformes à la réglementation sur l'atténuation des risques psychosociaux au travail.

136. Les différences entre les Adhérents se situent au niveau de l'attention portée à la santé mentale au travail. Dans de nombreux pays Adhérents, ces mesures visent principalement à prévenir l'apparition des troubles mentaux. En définissant de manière étroite la politique de santé mentale en milieu professionnel, cette approche préventive risque de ne bénéficier qu'aux personnes présentant des symptômes cliniquement significatifs de troubles mentaux. À titre de comparaison, les Adhérents cherchant à améliorer la santé mentale de l'ensemble des salariés sont nettement moins nombreux.

137. Le Royaume-Uni et le Canada se distinguent comme les deux Adhérents ayant opté pour cette approche plus large de la politique de santé mentale au travail. Au Royaume-Uni, le gouvernement met en application les recommandations de l'étude *Thriving at Work: the Stevenson/Farmer review of mental health and employees* commandée par le Premier ministre et publiée en 2017. Cette étude invitait à mettre l'accent sur la garantie d'environnements de travail respectueux de la santé mentale, plutôt qu'à se contenter de gérer les problèmes de santé mentale quand ils surviennent. Le gouvernement par la suite approuvé l'ensemble des recommandations formulées dans l'étude et a élaboré en étroite coopération avec des organismes caritatifs de premier plan et des employeurs, ainsi que dans le cadre d'une collaboration interorganismes, une série de six normes, auxquelles les employeurs peuvent se conformer pour assurer la santé mentale de leurs salariés, s'accompagnant de conseils de mise en œuvre. Dans le même ordre d'idée, la Norme nationale sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail adoptée au Canada, examinée en détail à l'encadré 5.7, établit des lignes directrices quant à la manière de

favoriser des environnements de travail plus sains et plus sûrs sur le plan psychologique pour l'ensemble des salariés.

### **Encadré 5.7. Norme nationale sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail – Canada**

La Norme nationale sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail du Canada (la Norme), adoptée en 2013, est un ensemble de lignes directrices non contraignantes qui aident les employeurs à établir un « milieu de travail psychologiquement sain et sécuritaire » pour leurs salariés. Cette Norme doit permettre de mieux appréhender la santé et la sécurité au travail en « modifiant la culture de l’environnement de travail afin d’accorder autant de crédit à la santé et la sécurité mentales qu’à la santé et la sécurité physiques ».

Elle est beaucoup plus large que d’autres cadres relatifs à la santé mentale en milieu professionnel, et identifie 13 facteurs d’amélioration de la santé et de la sécurité psychologiques au travail. Par exemple, plutôt que de mettre l’accent uniquement sur des facteurs plus étroits comme la gestion de la charge de travail et l’accès à des conseils, la Norme souligne l’importance de facteurs comme la culture organisationnelle, la possibilité pour les salariés de croître et de se perfectionner, et l’instauration de milieux de travail où les travailleurs développent un sentiment d’appartenance à l’égard de leur travail quotidien.

Bien que cette Norme soit antérieure à la recommandation, le Canada a élaboré ces dernières années des directives et des outils de mise en œuvre pour aider les employeurs à transposer concrètement ces lignes directrices dans l’environnement de travail. L’année 2017, par exemple, a marqué la fin d’un projet d’une durée de trois ans, dans le cadre duquel la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) a examiné comment 40 organisations de tailles diverses, appartenant à différents secteurs et industries, mettaient en œuvre la Norme. Le rapport tiré de ce projet recense un certain nombre de bonnes pratiques, ainsi que des facteurs pouvant faciliter ou gêner la mise en œuvre de la Norme.

Cette Norme s’accompagne également d’un ensemble de vidéos élaborées en 2016 par la CSMC en partenariat avec Santé publique Ottawa, qui visent à faire connaître les 13 facteurs susceptibles d’affecter la santé mentale au travail. Ces vidéos vont au-delà d’une simple action de sensibilisation en offrant une explication approfondie et détaillée des liens entre milieu de travail et santé mentale, chacun des 13 facteurs faisant l’objet d’une vidéo individuelle. Ces vidéos ont été intégrées à la campagne vidéo « temps D’EN parler », conçue par Santé publique Ottawa, qui vise à sensibiliser à l’importance de la santé mentale au sens large.

Selon un sondage réalisé par Ipsos en 2019, bien qu’une toute petite proportion de salariés connaisse la Norme, ceux qui travaillent pour des organisations appliquant cette Norme sont beaucoup moins susceptibles d’affirmer que leur environnement de travail est psychologiquement malsain ou dangereux (5 %) que ceux travaillant pour des organisations ne l’appliquant pas (13 %). En outre, dans les organisations mettant en œuvre la Norme, les salariés ayant présenté des épisodes de dépression ont été arrêtés moins longtemps (7.4 jours par an) que la moyenne des salariés souffrant de ce trouble (12.5 jours par an). Cela démontre que la Norme pourrait déjà contribuer à améliorer la santé mentale des salariés.

Source :

Norme nationale du Canada : Santé et sécurité psychologiques en milieu de travail (2013), Commission de la santé mentale du Canada

Workplaces that are Implementing the National Standard of Canada for Psychological Health and Safety in the Workplace Described by Employees as Psychologically-Safer Environments (2017), Ipsos,

<https://www.ipsos.com/en-ca/news-polls/workplaces-implementing-national-standard-canada-psychological-health-and-safety-workplace>

Case Study Research Project Findings: 2014-17 (2017), Commission de la santé mentale du Canada, [https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2017-03/case\\_study\\_research\\_project\\_findings\\_2017\\_eng.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2017-03/case_study_research_project_findings_2017_eng.pdf)

138. L'une des principales recommandations de l'étude de Stevenson/Farmer porte sur la mise en œuvre de normes relatives aux environnements de travail sains dans la fonction publique (2017<sup>[32]</sup>). On espère que la fonction publique, en tant qu'employeur de premier plan, aura recours à des bonnes pratiques dont les autres employeurs pourront s'inspirer. Depuis la publication de cette étude indépendante, la fonction publique a organisé sa propre conférence sur la santé mentale, qui vise un échange de bonnes pratiques dans le domaine de santé mentale, et leur mise en œuvre dans l'ensemble de la fonction publique. Citons par exemple la décision de l'administration fiscale et douanière du Royaume-Uni (*HM Revenue & Customs*) de doubler le nombre de défenseurs des droits en matière de santé mentale (*Mental Health Advocates*), afin que ses collaborateurs soient plus nombreux à pouvoir bénéficier d'un soutien individualisé.

*Il faut redoubler d'efforts pour favoriser le retour au travail et limiter les congés de maladie évitables*

139. De plus en plus de données tirées d'études menées dans un plusieurs pays adhérents montrent qu'il est plus efficace de conjuguer les mesures sur le lieu de travail et les interventions clinique que de dissocier lieu de travail et traitement clinique pour aider les salariés atteints de troubles de la santé mentale à continuer à travailler ou à reprendre le travail et qu'une aide intégrée peut à la fois prévenir et raccourcir les congés maladies (Nieuwenhuijsen et al., 2020<sup>[33]</sup>). Ces données confirment et confortent les principales préconisations de la Recommandation appelant à favoriser le retour rapide au travail et à limiter les congés de maladie évitables pour les personnes souffrant de troubles mentaux. Malgré tout, bien peu a été fait pour réduire les congés de maladie évitables et, même, lorsqu'il existe des initiatives prometteuses, celles-ci sont généralement axées sur l'ajustement du système de protection sociale, et non sur la prise en charge par les employeurs des troubles mentaux chez leurs salariés en congés de maladie<sup>10</sup>.

140. L'Autriche et le Danemark ont mis en œuvre de nouvelles mesures et réformes de leurs systèmes de protection sociale, qui devraient être suivies de près, en vue de prévenir les congés maladie de longue durée. En Autriche, un nouveau modèle visant à encourager le retour au travail à temps partiel (WIETZ) a été lancé en 2017 ; il s'inscrit dans le droit fil du paragraphe (3d) de la Recommandation, qui préconise de favoriser un retour au travail plus flexible. Dans ce modèle, les travailleurs en congé maladie de longue durée peuvent reprendre le travail à temps partiel et bénéficient d'une garantie de revenu, afin de favoriser leur réinsertion sur le marché du travail. Depuis qu'il a été lancé, plus 7300 personnes ont eu recours au programme WIETZ pour reprendre le travail. Bien que ce programme ne soit pas exclusivement réservé aux personnes souffrant de troubles mentaux, ces derniers sont la principale cause de l'inactivité prolongée des participants.

---

<sup>10</sup> Bien que ces préoccupations relèvent d'une réforme du système de protection sociale, ces mesures visent à remettre au travail les personnes en congé maladie – qui, techniquement, continuent d'occuper un emploi –, et sont donc rattachées à la section de la Recommandation dédiée au milieu professionnel. Par comparaison, les réformes ciblant les personnes sans emploi qui cherchent du travail sont rattachées à la section de la Recommandation dédiée aux prestations sociales et aux services de l'emploi.

141. En 2015, le Danemark a lancé un projet visant à tester un programme de retour à l'emploi baptisé IBBIS. Le programme IBBIS propose un accompagnement global par des conseillers du système de protection sociale et des services de l'emploi et des professionnels de santé, en vue d'aider les personnes souffrant de troubles mentaux légers à modérés (dépression, anxiété ou stress) à retourner au travail après un congé de maladie prolongé (Mental Health Services in the Capital Region of Denmark, 2020<sup>[34]</sup>). Ce programme de retour à l'emploi a encore été mis à jour sous l'appellation IBBIS II et se poursuivra jusqu'en 2022. Il constitue un rare exemple de dispositif d'accompagnement intégré en matière d'emploi et de santé mentale ciblé sur les salariés en congé de maladie et non sur les personnes en recherche d'emploi.

142. Contrairement aux réformes des prestations sociales et des services de l'emploi, les mesures visant à inciter ou obliger les employeurs à prévenir les congés maladie de longue durée sont rarement citées par les répondants au questionnaire. D'où l'idée qu'une tendance préoccupante évoquée dans le rapport *Santé mentale et insertion professionnelle* se poursuit : les employeurs ne sont tenus responsables de la santé mentale de leurs salariés que lorsque ces derniers continuent de travailler. Cela peut également traduire un manque de clarté quant à qui incombe la responsabilité de l'aide au retour au travail – dans nombre de pays Adhérents, après un congé maladie de longue durée, il semble qu'il y ait un vide entre le moment où la responsabilité des employeurs est engagée et celui auquel les services de l'emploi et le système de protection sociale prennent le relais.

143. Il existe peu d'exemples de mesures plus imposant plus vigoureusement aux employeurs à accompagner le retour au travail des salariés en congé maladie ou les y incitant plus fermement, et la plupart d'entre elles ont été prises avant l'adoption de la Recommandation. Aux Pays-Bas, les employeurs ont l'obligation légale de maintenir, pour leurs salariés en congé maladie, un revenu équivalent à 70 % au moins du dernier salaire pendant deux ans (OCDE, 2015<sup>[2]</sup>). Par ailleurs, en 2015, la Norvège, les Pays-Bas et la Suède ont imposé aux employeurs et aux salariés de convenir de plans de retour au travail après huit semaines de congé maladie. Toutefois, ces Adhérents font figure d'exceptions.

144. Dans les réponses au questionnaire, seule la Suède mentionne explicitement les mesures prises pour renforcer le rôle joué par les employeurs dans l'accompagnement vers le retour au travail. Depuis juillet 2018, les employeurs suédois doivent préparer des plans de retour au travail pour les salariés en congé maladie depuis plus de 30 jours suivant l'arrêt de travail qui ne sont pas censés reprendre le travail dans les 60 jours suivant cet arrêt. Les employeurs suédois peuvent désormais demander une aide auprès de l'organisme suédois d'assurance sociale pour financer les coûts induits par une réadaptation au lieu de travail. Ces efforts conjugués devraient encourager les employeurs à s'impliquer davantage dans le retour au travail de leurs salariés en congé maladie.

#### ***5.3.4. Prestations sociales et services de l'emploi : le retour au travail est encouragé mais l'accompagnement individuel reste un véritable défi***

145. Dans l'ensemble des pays Adhérents, la reconnaissance du rôle essentiel du système de protection sociale dans la promotion d'une approche intégrée de la santé mentale reste limitée. Dans les rares cas où les prestations sociales et l'aide au retour à l'emploi comportent un volet dédié à la prise en charge intégrée de la santé et de l'emploi, ce dernier cible généralement les troubles mentaux graves et s'y restreint – soit dans le cadre du volet de la politique d'invalidité dédié à la santé mentale, soit des investissements au titre de l'emploi assisté (*Individual Placement and Support*). Si des efforts ont été consentis ces dernières années pour améliorer les compétences des conseillers et autres interlocuteurs en matière de santé mentale, il semble que la forte prévalence des troubles

mentaux légers à modérés parmi les bénéficiaires de prestations ne soit pas encore pleinement prise en compte dans les politiques publiques en vigueur dans la plupart des pays Adhérents.

### **Encadré 5.8. Extraits pertinents de la Recommandation relatifs aux prestations sociales et aux services de l'emploi**

IV. RECOMMANDE que les Adhérents s'efforcent d'améliorer la réactivité des systèmes de protection sociale et des services de l'emploi face aux besoins des personnes souffrant de troubles mentaux. Pour ce faire, les Adhérents devraient, le cas échéant :

- a) réduire le nombre de demandes évitables de prestations d'invalidité pour troubles mentaux grâce à une meilleure prise en compte de l'aptitude au travail (qui peut être diminuée ou partielle) des demandeurs potentiels, en utilisant des outils et des méthodes appropriés pour évaluer l'aptitude au travail, et grâce à une attention particulière portée à l'identification et la fourniture précoces d'un soutien médical et/ou professionnel en tant que de besoin ;
- b) aider les demandeurs d'emploi souffrant de troubles mentaux à reprendre une activité grâce à des outils d'ouverture adéquats afin de définir un processus de soutien adapté qui facilite l'accès aux services de retour à l'emploi et à la formation ainsi qu'à des services s'occupant des obstacles à l'emploi découlant des troubles mentaux du demandeur d'emploi ;
- c) investir dans les compétences en santé mentale des agents du système de protection sociale en instaurant des formations à l'intention des agents, des travailleurs sociaux et des conseillers d'orientation professionnelle, afin qu'ils comprennent mieux les questions de santé mentale et les effets bénéfiques du travail pour la santé, et en garantissant une coopération adéquate des services de prestations sociales, des bureaux d'aide sociale et des agences pour l'emploi avec des conseillers en psychologie ;
- d) favoriser l'intégration de la prise en charge des troubles mentaux dans l'offre des services de retour à l'emploi en stimulant la coopération entre les services de retour à l'emploi et le secteur de la santé, particulièrement les professionnels de la santé mentale en soins primaires et dans les centres locaux, et en encourageant le développement d'actions de formation professionnelle fondées sur des données probantes et ciblant les demandeurs d'emploi atteints de troubles mentaux légers à modérés, qui combinent l'aide psychologique et le suivi avant et après le placement ou les programmes d'insertion professionnelle.

### *Pourquoi les services de l'emploi et les prestations sociales doivent tenir compte de la santé mentale*

146. Le rapport Santé mentale et insertion professionnelle montre que les troubles mentaux exercent une pression importante sur les régimes de prestations sociales et les services de l'emploi dans les pays de l'OCDE. Ils sont très fréquents non seulement chez les bénéficiaires de pensions d'invalidité, mais aussi chez les bénéficiaires d'allocations de chômage et d'aides sociales. Dans les pays de l'OCDE, entre un tiers et la moitié de tous les bénéficiaires de prestations souffrent de troubles mentaux ; or, plus la durée de versement des prestations sociales est longue, plus la fréquence des troubles mentaux est élevée, ce qui reflète, du moins en partie, les retombées négatives de l'inactivité sur la santé mentale.



147. Les pressions exercées sur les régimes de prestations sociales et les services de l'emploi ne cessent de croître à mesure que la sensibilisation aux troubles mentaux gagne du terrain. Le défi à relever est donc double : il convient non seulement de mieux épauler les personnes atteintes de troubles mentaux au sein du système de protection sociale, mais aussi d'alléger la pression croissante que subit le système, et notamment les prestations d'invalidité. Il est toutefois possible d'y parvenir en améliorant la capacité des régimes de prestations sociales et des services de l'emploi à répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles mentaux, conformément aux dispositions de la Recommandation.

148. Ainsi, le paragraphe (4a) de la Recommandation appelle à une meilleure reconnaissance de la capacité de travail – même si elle est limitée ou partielle – des personnes qui demandent des prestations en raison de leur état de santé mentale, non seulement car cette capacité de travail atténue les pressions subies par le système d'assurance invalidité, mais aussi car elle peut aider les personnes souffrant de troubles mentaux dans la mesure où l'exercice d'un emploi ayant du sens peut être bénéfique pour leur santé mentale.

149. Les paragraphes (4b) et (4c) de la Recommandation préconisent de mener des actions plus spécifiques afin d'améliorer les prestations sociales et les services de l'emploi destinés aux personnes souffrant de troubles mentaux. Ainsi, le paragraphe (4b) propose des mesures spécifiques pour aider les chômeurs à retrouver un emploi, tandis que le paragraphe (4c) appelle à renforcer les compétences des responsables de l'aide à l'emploi et de l'aide sociale (agents, travailleurs sociaux ou conseillers d'orientation professionnelle) en matière de santé mentale.

150. De même, les recommandations relatives au système de protection sociale sont étroitement liées à celles relatives au retour au travail (3d) et à la prévention et à la réduction, si possible, des congés maladie de longue durée, dans la mesure où les périodes d'inactivité prolongées – surtout pour les personnes souffrant de troubles psychiques – peuvent entraîner une déconnexion du marché du travail, avec à la clé une dépendance à l'égard des prestations sociales.

*Les règles et la législation sont en cours de réforme pour encourager et soutenir le retour au travail*

151. Plusieurs répondants ont engagé des réformes de grande ampleur des règles et de la législation dans le domaine des prestations sociales et des services de l'emploi, afin d'inciter les demandeurs d'emploi souffrant de troubles mentaux à reprendre une activité professionnelle. Ainsi, le Canada a modifié, en août 2018, sa réglementation relative aux prestations maladie de l'assurance emploi pour les étendre aux prestations de maternité et de maladie. Cette disposition permet aux prestataires de l'AE de travailler tout en percevant des prestations, offrant ainsi aux mères et aux personnes souffrant d'une maladie ou d'une blessure physique plus de souplesse pour reprendre progressivement le travail. Ces demandeurs peuvent continuer de percevoir 50 % de leurs prestations pour chaque dollar gagné, ou jusqu'à 90 % du salaire hebdomadaire assurable précédent sur lequel est calculé le montant de leurs prestations AE. Même s'il ne concerne pas directement les personnes souffrant de troubles mentaux, cette modification apporte aux demandeurs d'emploi, y compris à ceux atteints de troubles mentaux, une aide financière qui permet de reprendre progressivement le travail à temps plein sans risquer de perdre leurs prestations.

152. En Finlande, le programme sur la capacité de travail lancé il y a peu ajustera les règles encadrant les droits à prestations afin de permettre aux personnes ayant une capacité de travail partielle – notamment celles souffrant de troubles mentaux – de reprendre progressivement le travail tout en conservant une partie de leurs allocations de chômage.

En Lituanie, les prestations liées à l'exercice d'un emploi ont été étendues de manière que les personnes inscrites au chômage depuis au moins six mois puissent continuer de percevoir provisoirement la moitié de leurs allocations après avoir retrouvé du travail. Les réformes menées au Canada, en Finlande et en Lituanie sont prometteuses et s'inscrivent dans la droite ligne des mesures adoptées en Suède et en Norvège, deux pays qui soutiennent déjà le retour progressif au travail selon le rapport *Santé mentale et insertion professionnelle*.

153. Les réponses au questionnaire montrent également que certains répondants ont récemment réformé leurs évaluations de la capacité de travail en s'efforçant désormais de déterminer la capacité de travail – même partielle – des individus plutôt que leur incapacité. Par exemple, en Estonie, le gouvernement a commencé dernièrement à réévaluer les travailleurs qui perçoivent des pensions d'invalidité afin de recenser ceux qui ont une capacité de travail partielle. À l'origine, en 2016, cette mesure avait été lancée sur la base du volontariat, mais depuis 2017, les personnes ayant une capacité de travail partielle sont tenues de s'inscrire au chômage. Surtout, la reconnaissance de leur capacité de travail leur donne accès à des possibilités spécifiques et ciblées d'aide au retour à l'emploi. Les premiers résultats sont prometteurs, car un grand nombre de participants ont choisi des mesures d'aide au retour à l'emploi traditionnellement ciblées sur les chômeurs, comme la formation, le travail à l'essai ou la réadaptation professionnelle (Browne et al., 2018<sup>[35]</sup>). Selon les estimations du ministère des Finances, d'ici à 2022, le nombre de personnes occupant un emploi pourrait augmenter de 19 100 et celui des personnes en recherche active d'emploi de 16 400 sous l'effet de cette réforme.

#### *Les programmes d'accompagnement vers l'emploi doivent être déployés à plus grande échelle*

154. Le rapport *Santé mentale et insertion professionnelle* présentait un certain nombre d'exemples prometteurs d'initiatives conjuguant soutien à l'emploi et prise en charge des troubles mentaux, s'appuyant plus particulièrement sur le modèle IPS (*Individual Placement and Support*), une pratique fondée sur des données probantes qui a démontré son efficacité : selon ce modèle, des équipes pluridisciplinaires en santé mentale, incluant notamment un spécialiste de l'emploi, assurent une prise en charge coordonnée en matière de santé et d'emploi afin d'aider les demandeurs d'emploi à trouver un travail sur le marché ouvert et à le conserver. Les participants à ce type de programme sont généralement des personnes traitées pour des troubles mentaux dans le cadre de services spécialisés dans la santé mentale et les addictions.

155. Les réponses au questionnaire montrent que le modèle IPS a été mis en œuvre plus largement à l'échelle de l'OCDE. Ce déploiement a principalement eu lieu dans le cadre d'essais visant à tester et à évaluer les programmes d'accompagnement vers l'emploi, fondés sur le modèle IPS, des demandeurs d'emploi souffrant de troubles mentaux graves. Le Danemark, l'Irlande, l'Italie, la Nouvelle-Zélande et les Pays-Bas font état d'essais en cours ou récents portant sur des programmes d'accompagnement vers l'emploi de type IPS, tandis que des essais sont prévus prochainement en Finlande. Ces essais et évaluations du modèle IPS d'accompagnement vers l'emploi ont mis en évidence son efficacité dans plusieurs pays Adhérents. Par exemple, en Australie et au Danemark, des études récentes ont montré que les programmes qui ont recours au modèle IPS aboutissent à des résultats positifs sur le front de l'emploi ; par ailleurs, dans d'autres pays Adhérents, comme les États-Unis, des conclusions comparables et solidement étayées avaient déjà été formulées avant la Recommandation. Le modèle IPS s'étant avéré efficace dans plusieurs pays, comme le confirment plusieurs décennies de recherche, les pays adhérents auraient fort à gagner à le lancer ou à le déployer à plus grande échelle au lieu de continuer à s'en tenir au

modèle standard. Néanmoins, les réponses au questionnaire donnent à penser que très peu d'Adhérents ont accéléré les essais sur le modèle IPS et/ou les ont inclus dans les stratégies nationales sur la santé mentale.

156. Les difficultés rencontrées pour déployer à plus grande échelle les programmes d'accompagnement vers l'emploi peuvent signifier qu'en dépit des avantages qu'elle procure aux demandeurs d'emploi qui en bénéficient, cette approche peut être jugée trop gourmande en ressources ou trop ambitieuse pour être mise en œuvre à l'échelle nationale ou régionale, même si elle offre un bon rapport coût-efficacité. Le modèle IPS est rarement cité dans les plans de santé mentale, à quelques exceptions près comme en Angleterre (Royaume-Uni), où le NHS s'est engagé à aider, d'ici 2023-24, 55 000 personnes par an atteintes de troubles mentaux graves à trouver et conserver un emploi. Cela pourrait s'expliquer par le fait que certains des principes fondateurs du modèle IPS, qui sont généralement respectés scrupuleusement, comme l'absence de limite dans le temps pour l'accompagnement, peuvent être difficiles à appliquer à mesure que ces programmes se développent. Par conséquent, des initiatives ont été lancées en vue de mettre au point des versions modifiées moins coûteuses ou plus faciles à mettre en œuvre.

157. Une des réponses aux questionnaires évoque une version modifiée du modèle IPS, le projet TSUNAMI (*Traineeship as a Springboard out of Unemployment for those Affected by Mental Illness*), lancé par l'Italie. Ce projet repose sur un principe clé : il s'agit de placer les participants dans des stages structurés d'une durée de trois à six mois, afin qu'ils puissent acquérir une expérience concrète du travail en entreprise. Comme son nom l'indique, ce projet vise à déterminer si l'expérience acquise au cours de ces stages pourrait ensuite être utilisée pour développer les compétences des participants, et leur servir de tremplin vers un emploi sur le marché du travail ouvert. Il sera indispensable d'évaluer les retombées à long terme de ce projet, dans la mesure où ses effets sur les résultats enregistrés sur le marché du travail ne seront pas visibles immédiatement.

#### *Les programmes d'accompagnement individuel des bénéficiaires de prestations de chômage atteints de troubles mentaux légers à modérés demeurent insuffisants*

158. Le modèle IPS comporte une autre limite : il se concentre généralement exclusivement sur l'aide à la recherche d'emploi des personnes souffrant de troubles mentaux graves. Par conséquent, cette aide individualisée profite principalement aux personnes bénéficiant de prestations d'invalidité en raison de leur état de santé mentale. C'est ce qui ressort également des réponses au questionnaire, de nombreuses réponses interprétant la section relative aux systèmes de protection sociale en se référant exclusivement à la politique d'invalidité. À titre de comparaison, une aide intégrée comparable en matière de santé mentale fait toujours défaut pour les bénéficiaires d'allocations de chômage, dont beaucoup sont susceptibles de souffrir de troubles mentaux légers à modérés, diagnostiqués ou non.

159. Cette approche de l'aide en matière de santé mentale ne tient pas compte du fait que les personnes souffrant de troubles mentaux sont probablement plus nombreuses à toucher des allocations de chômage que des prestations d'invalidité. Comme on le voit dans les Indicateurs comparatifs, dans les pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles, 37 % des bénéficiaires de prestations en situation de détresse mentale touchent des allocations de chômage, et 33 % des prestations d'invalidité. Cette répartition varie d'un Adhérent à l'autre. Au Danemark, en Allemagne, en Espagne et en Autriche, les personnes en situation de détresse mentale sont plus susceptibles de percevoir des allocations de chômage, tandis qu'en Estonie, en Suisse et en Norvège, elles sont plus susceptibles de percevoir des prestations d'invalidité. Néanmoins, dans l'ensemble de la

zone OCDE, les dispositifs et services d'aide en matière de santé mentale doivent être disponibles à tous les échelons du système de protection sociale.

160. Il existe quelques cas exceptionnels d'aide intégrée destinée aux personnes souffrant de troubles mentaux légers à modérés, généralement inspirée du modèle IPS, mais ces dispositifs n'en sont généralement qu'aux stades pilote ou d'essai. En Australie, par exemple, le ministère des Services sociaux a lancé en 2016 un projet pilote visant à donner, chaque année, à quelque 2000 jeunes – souffrant de troubles mentaux légers à modérés – au modèle IPS dans le cadre des services headspace. Selon une évaluation réalisée, ce programme permet d'améliorer le niveau d'éducation et est bénéfique sur le front de l'emploi des jeunes concernés (KPMG, 2019<sup>[36]</sup>). Une analyse des travaux publiés a été menée pour déterminer les éventuels ajustements à effectuer pour renforcer encore l'efficacité des programmes IPS pour les jeunes. Selon une analyse coûts-avantages de cet essai conduite en 2020, si la mise en œuvre du modèle IPS impose des investissements plus importants que le service de l'emploi « JobActive » en place, les gains réalisés en termes de réduction des prestations sociales et d'augmentation du revenu des personnes physiques excèdent de loin ce surcoût. Au vu de son succès à ce jour, le gouvernement australien a annoncé, en octobre 2020, son intention d'étendre le projets pilote à 26 nouveaux sites et de le poursuivre dans les 24 sites déjà en place jusqu'en juin 2024. De même, au Pays de Galles et en Angleterre des projets pilotes IPS ciblant des personnes souffrant de troubles mentaux légers à modérés est actuellement mis en œuvre. Au Pays de Galles, le projet a été lancé en juin 2019 et a ciblé des personnes ayant travaillé pendant un certain temps au cours des 12 derniers mois et qui sont en recherche active d'emploi. Une évaluation de ce projet pilote sera publiée cette année.

161. La prochaine étape consistera à déployer les quelques exemples prometteurs à plus grande échelle afin d'offrir un accès plus large et plus rapide à un traitement. Si les données corroborant l'efficacité de l'IPS sont toujours plus probantes s'agissant des participants à ce programme atteints de troubles mentaux graves, ces exemples montrent que beaucoup de pays adhérents pourraient gagner à étendre l'accès à ce modèle aux personnes souffrant de troubles mentaux légers à modérés. L'absence relative d'exemples prometteurs récents de programmes d'accompagnement individuel des personnes appartenant à cette catégorie au sein du système de protection sociale est également révélatrice d'une tendance préoccupante – à savoir que les services de l'emploi et les régimes de prestations sociales pourraient continuer à se baser sur le principe selon lequel l'accompagnement vers l'emploi n'est nécessaire qu'une fois que les personnes atteintes de troubles mentaux sont « traitées et guéries ». Or une telle approche, si elle demeure répandue, ignore le fait qu'un emploi digne de ce nom est souvent une composante essentielle du traitement et de la guérison.

*Les agents du système de protection sociale sont de plus en plus formés aux questions relatives à la santé mentale, mais les politiques ne doivent pas de limiter aux services aux personnes en situation d'invalidité*

162. Plusieurs répondants – comme l'Australie, la Lettonie, la Lituanie, la Nouvelle-Zélande, la République tchèque et la Suisse – ont adopté des mesures pour former les agents des services de l'emploi et des organismes en charge des prestations sociales aux troubles de la santé mentale. Cependant, comme la plupart des autres politiques de santé mentale dans le système de protection sociale, ces initiatives ciblent principalement les bénéficiaires d'une pension d'invalidité. Contrairement aux établissements scolaires, aux entreprises et aux systèmes de santé, les acteurs en première ligne des systèmes de protection sociale sont généralement plus diversifiés, étant donné que les personnes souffrant de troubles mentaux sont souvent en relation avec différentes parties du système. Les personnes atteintes de troubles mentaux ayant accès à un éventail d'aides au revenu et

de prestations, il est essentiel que les différents acteurs du système de protection sociale – comme les conseillers chargés du versement des allocations de chômage – puissent acquérir des connaissances et des compétences en matière de santé mentale.

163. Par exemple, en Lettonie, un cadre est mis en œuvre pour former les agents des services sociaux locaux qui travaillent avec des adultes souffrant de handicaps liés à des troubles mentaux. D'ici 2023, pas moins de 180 travailleurs sociaux auront ainsi pris part à un programme de formation intensif d'une durée de six mois consacré à l'accompagnement des adultes atteints de handicaps intellectuels et souffrant de troubles mentaux. Dans le même temps, en Australie, le Système national d'assurance invalidité (*National Disability Insurance Scheme*) a mis à la disposition des participants souffrant de handicaps psychosociaux des accompagnateurs en rétablissement psychosocial, à compter de juillet 2020. Le rôle de ces accompagnateurs est d'aider les participants à vivre une vie plus pleine et plus productive, notamment en maintenant le lien avec des services plus généraux, dont l'emploi et l'éducation (NDIS, 2020<sup>[37]</sup>).

## 6. Résumé et conclusions

### 6.1. Principales conclusions sur la mise en œuvre de la Recommandation

164. Ces dernières années, de nombreux Adhérents ont instauré des plans et des stratégies de santé mentale conformes à la Recommandation, mettant l'accent sur les politiques de santé mentale intégrées à celles de l'éducation, de l'emploi, des affaires sociales et de la santé. Toutefois, des progrès restent à faire dans la mise en œuvre de ces plans et l'application de la loi au plan opérationnel, qui est souvent à la traîne.

165. Les avancées sont également extrêmement variables le long des quatre axes thématiques étudiés (systèmes de santé, dispositifs d'aide aux jeunes, politiques du travail et systèmes de protection sociale). La nécessité d'une approche intégrée de l'aide à la jeunesse, qui s'attaque aux troubles mentaux et à leurs conséquences sur la scolarité puis sur l'emploi, est largement reconnue. En revanche, les initiatives visant à établir systématiquement un lien entre les services de santé mentale et les services de l'emploi et à les intégrer dans le système de protection sociale sont plus rares. Les politiques du travail et de la santé se situent quant à elles à une étape intermédiaire de l'intégration.

- Les systèmes de santé accordent de plus en plus de poids à la santé mentale, et dans la plupart des pays Adhérents, on admet de plus en plus la nécessité d'intégrer la prise en charge de la santé mentale dans les interventions visant les jeunes, l'environnement professionnel et l'emploi. Toutefois, ces efforts semblent encore souvent se situer au niveau stratégique, et les exemples de mise en œuvre au plan opérationnel d'une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi dans le système de santé sont encore relativement limités en raison d'obstacles structurels à l'intégration.
- Les politiques et interventions en faveur des jeunes semblent les plus innovantes, avec un accès facilité et souvent rapide, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'école, à des services répondant aux besoins des jeunes (qu'ils souffrent ou non de troubles psychiques) en matière d'aide sociale, de santé, d'éducation et d'emploi. Cela semble refléter la priorité accordée à la santé mentale des enfants et des adolescents dans les pays Adhérents, tant dans les plans stratégiques qu'au niveau opérationnel.
- Les politiques du travail reflètent également la nécessité d'une approche plus intégrée des difficultés auxquelles sont confrontés les travailleurs en matière de

santé mentale et d'emploi. Malgré cela, les politiques du travail mises en œuvre par les gouvernements restent largement axées sur la prévention des risques psychosociaux, négligeant souvent l'importance des autres aspects de la santé mentale au travail. Les services de santé mentale visant les personnes en congé maladie demeurent insuffisants – peut-être en raison d'un manque de clarté quant au moment auquel la responsabilité de ces services est transférée de l'employeur aux services de l'emploi et à la protection sociale.

- Les systèmes de protection sociale – services de l'emploi et prestations sociales – semblent accuser un retard important dans la plupart des pays Adhérents en ce qui concerne l'élaboration et la mise en œuvre d'une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi, en particulier pour les personnes souffrant de troubles mentaux légers à modérés. Ces troubles sont très fréquents parmi les bénéficiaires des prestations et les utilisateurs des services de l'emploi. Dans les cas isolés de services intégrés visant les personnes souffrant de troubles mentaux légers à modérés, l'initiative vient généralement du système de santé. Il est difficile de déterminer ce qui empêche les pouvoirs publics d'investir dans le déploiement à grande échelle de services intégrés de la santé et de l'emploi qui ont fait leurs preuves.

166. L'élaboration des politiques est également inégale au regard des trois éléments essentiels à une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi, à savoir *qui* intervient, *quand* et *comment*. De nombreux Adhérents ont fait des progrès considérables en termes de développement des compétences en santé mentale des acteurs situés en première ligne, comme les enseignants, les cadres dirigeants, les travailleurs sociaux ou les médecins généralistes, ainsi que de leurs connaissances des liens entre la santé mentale, l'éducation et l'emploi (« qui »). Une réorientation vers la prévention et la détermination précoce de l'aide nécessaire et des interventions présentant un bon rapport coût-efficacité à mener en amont sont observées dans certains pays Adhérents et domaines d'action des pouvoirs publics, même si les interventions rapides restent souvent cloisonnées et doivent être davantage intégrées (« quand »). Enfin, la mise en place de politiques intégrées de la santé mentale, des compétences et de l'emploi et les interventions réellement intégrées en matière de santé, d'éducation et d'emploi sont encore rares (« comment » ou « quand »). Cela donne à penser que l'accent mis par la Recommandation sur l'importance de l'intégration demeure pertinent.

167. Des progrès aussi inégaux au regard du *qui*, du *quand* et du *comment* peuvent être problématiques, car l'élaboration d'une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi dépend de l'efficacité vis-à-vis de chacune de ces trois dimensions. Par exemple, les Adhérents peuvent faire d'importants progrès en réduisant les délais d'accès aux traitements de santé mentale, et en fournissant un traitement en temps plus opportun (en cherchant donc à agir sur le « quand »). Toutefois, il est possible de rendre ces progrès encore plus intéressants en veillant à ce que le traitement soit intégré à l'aide à l'emploi lorsque la perte d'emploi est imputable à des troubles mentaux (ce qui permet d'agir sur le « comment »). Même une lente mise en œuvre de politiques et services intégrés opportuns et appropriés – mise en relation du « quand », du « comment » et du « qui » – peut donner lieu à de meilleurs résultats pour les personnes atteintes de troubles mentaux, et donc pour la société, que des progrès relativement rapides dans une seule dimension de l'action publique.

168. Les réponses au questionnaire donnent également à penser que les Adhérents se situent à des étapes très variables de l'intégration des politiques de la santé mentale, des compétences et de l'emploi, et qu'au sein même des pays, les avancées sont plus ou moins

importantes en fonction des domaines thématiques. Sur la base des réponses, on peut déterminer que la plupart des Adhérents ont atteint l'une des quatre étapes suivantes :

- **Étape 1 : Adopter la bonne rhétorique :** à ce stade, les Adhérents ne disposent généralement pas d'un plan national de santé mentale, et même lorsque c'est le cas, ils ne se concentrent pas ou peu sur l'élaboration de services intégrés en matière de santé mentale, d'emploi et de compétences. Généralement, ces Adhérents viennent tout juste de commencer à s'intéresser à la politique de santé mentale, et la stigmatisation des personnes souffrant de troubles mentaux est très fréquente. Les priorités d'action à ce stade portent généralement sur le renforcement des capacités des services de proximité en matière de santé mentale et, dans certains pays Adhérents, sur la sensibilisation du public à la santé mentale.
- **Étape 2 : Établir les bases d'une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi :** à ce stade, les Adhérents disposent de plans nationaux de santé mentale soulignant la nécessité de services intégrés de santé mentale, d'emploi et de compétences, mais ces services de santé mentale ne font l'objet que de tentatives et de mesures restreintes d'intégration au sein et en dehors du système de santé. Les priorités d'action restent généralement axées sur l'expansion des services de proximité en matière de santé mentale et sur la sensibilisation du public, et visent parallèlement à jeter les bases d'une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi.
- **Étape 3 : Généraliser l'intégration des services :** à ce stade, les Adhérents ont établi des plans et des stratégies de santé mentale en vue de la prestation intégrée de services de santé mentale, de compétences et d'emploi. Les essais efficaces et innovants et les mesures de faible envergure visant à fournir des services de santé mentale intégrés sont très répandus, mais souvent, ces essais ne sont pas transposés à plus grande échelle. La sensibilisation du public a généralement atteint un niveau de base, et les Adhérents comptent principalement sur les services de santé mentale de proximité pour venir en aide aux personnes souffrant de troubles mentaux. Les priorités d'action à ce stade diffèrent quelque peu selon les Adhérents, mais ceux qui progressent le plus mettent l'accent sur le renforcement des politiques intégrées de la santé mentale, et sur la résolution des problèmes structurels qui empêchent la coordination interorganisations.
- **Étape 4 : Mettre en pratique des plans intégrés en matière de santé mentale, de compétences et d'emploi :** à ce stade, les Adhérents appliquent des plans intégrés bien conçus en matière de santé mentale, de compétences et d'emploi — même si les progrès varient d'un domaine thématique à l'autre. Les indicateurs de performances dans le domaine de la santé mentale sortant du cadre du système de santé – par exemple les objectifs au regard de l'emploi – sont non seulement de plus en plus développés, mais sont également intégrés dans les plans nationaux de santé mentale. Certains Adhérents parmi les Membres de l'OCDE font figure de pionniers dans la mise en œuvre d'une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi. À ce stade, il faut prioritairement élargir l'accès aux services intégrés de santé mentale, de compétences et d'emploi, et combler les lacunes spécifiques des dispositifs d'aide aux individus atteints de troubles mentaux.

169. Bien que la situation de nombre d'Adhérents ne corresponde pas forcément à une étape précise, notamment parce que leur politique est plus avancée dans un domaine (par ex. politique de la jeunesse) que dans un autre (par ex. politique d'aide sociale), ces étapes peuvent fournir un cadre de référence utile pour déterminer où ils se situent actuellement.

Elles ne sont pas représentatives d'une trajectoire particulière que devrait suivre un pays ou un Adhérent, mais décrivent plutôt les mesures qui semblent être prises par de nombreux Adhérents pour élaborer une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi. Lorsque c'est possible, les Adhérents peuvent et doivent chercher à prendre plusieurs mesures en parallèle en vue d'intégrer et de déployer à plus grande échelle leurs politiques de santé mentale. Par exemple, la quasi-totalité des Adhérents, s'ils ne l'ont pas encore fait, pourraient instaurer un plan visant à mettre en œuvre une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi à long terme, et commencer à mettre en place des services intégrés au niveau opérationnel. L'Encadré 6.1 et l'Encadré 6.2 ci-dessous donnent des exemples utiles de la manière dont les politiques, plans et services de santé mentale ont été élaborés tout au long de ces étapes au cours des vingt dernières années en Colombie et en Nouvelle-Zélande — deux Adhérents se trouvant à différents stades de l'élaboration des politiques, une source d'enseignements utiles pour les autres Adhérents.



### **Encadré 6.1. Évolution des politiques de santé mentale en Colombie, 1998-2020**

**1998** : la première *politique nationale de santé mentale* est adoptée dans le cadre du Système général de sécurité sociale en santé (Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS). Cette politique englobe la prévention, le dépistage et les services de santé mentale, mais le projet est difficile à mettre en œuvre pour différentes raisons, parmi lesquelles l'absence de financements.

**2005 et 2007** : le ministère de la Protection sociale publie les *Lignes directrices de la politique de santé mentale en Colombie* (Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia) en 2005 et la *Politique nationale de santé mentale* (Política Nacional de Salud Mental) en 2007. Elles s'inspirent de la loi de 1998, mais ne sont que des orientations relatives aux modalités d'élaboration de la politique de santé mentale.

**2007** : le *Plan national de santé publique 2007-2010* érige l'amélioration de la santé mentale au rang de priorité, mais continue de mettre largement l'accent sur le système de santé. L'objectif le plus notable de ce plan est de réduire la consommation de substances psychoactives dans toutes les entités territoriales.

**2013** : la *Loi 1616 relative à la santé mentale* modifie et actualise la *Politique nationale de santé mentale* de 1998. Cette loi définit les droits des personnes au regard de leur santé mentale et fixe des priorités, parmi lesquelles la prévention des maladies mentales, la promotion de la santé mentale et une approche intégrée de la santé mentale. Dans ce texte de loi, le terme « intégré » se rapporte principalement à l'intégration dans le système de santé. Une approche plus intégrée de la santé mentale se dessine, la loi comportant un article portant spécifiquement sur la promotion de la santé mentale au travail. La loi prévoit également la création d'un Conseil national de la santé mentale, qui s'est réuni pour la première fois en 2016.

**2013** : la Colombie adopte le *Plan décennal de santé publique 2012-2021* en mars. Ce plan érige la santé mentale au rang de priorité et adopte une approche qui reconnaît l'impact significatif des inégalités socio-économiques sur la santé, notamment la santé mentale. Dans ce cadre, il met en avant le concept de « vivre ensemble et santé mentale » (Convivencia y Salud Mental).

**2018** : la Colombie publie la dernière version de sa *Politique nationale de santé mentale*. Le concept de « Vivre ensemble et santé mentale » est pleinement intégré à cette politique, qui invite à prendre des mesures pour garantir l'inclusion des personnes atteintes de troubles mentaux dans les milieux éducatifs, sociaux et professionnels. Le plan intègre une stratégie de gouvernance à plusieurs niveaux, avec un partage des responsabilités entre les différents niveaux d'administration.

**2019** : la Colombie publie sa **Politique intégrale de prévention et de prise en charge de la consommation de substances psychoactives**. Ce plan reconnaît les liens étroits entre la santé mentale et la consommation de substances psychoactives, et présente donc cinq axes de travail communs à ceux de la Politique nationale de santé mentale : a) la promotion de la bonne santé mentale, b) la prévention des maladies mentales, c) le traitement intégral, d) la réhabilitation intégrale et l'inclusion sociale, et e) la gestion sectorielle et intersectorielle.

**2020** : le Conseil national de politique économique et sociale du sur la santé mentale publie la *Stratégie 2020-24 pour la promotion de la santé mentale*. Cette stratégie est remarquable en raison du large éventail d'organismes publics qui y prennent part et des

mandats spécifiques confiés à chacun d'entre eux. Elle met en évidence une approche intégrée de la santé mentale tenant compte des dimensions sociales, professionnelles et éducatives de la politique de santé mentale.

Source : Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 (2007), ministère de la Protection sociale, [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas\\_Nacionales\\_Salud-Colombia\\_2007-2010.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas_Nacionales_Salud-Colombia_2007-2010.pdf)  
Ten-Year Public Health Plan 2012-2021 (2020), ministère de la Protection sociale, <https://www.minsalud.gov.co/English/Paginas/Ten-year-public-health-plan.aspx>  
Ley 1616 de 2013 (2013), Congrès de Colombie  
Política Nacional de Salud Mental (2018), ministère de la Santé et de la Protection sociale, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>

### **Encadré 6.2. Évolution des politiques de santé mentale en Nouvelle-Zélande, 1996-2020**

1996 : la Nouvelle-Zélande instaure la Commission de la santé mentale à l'issue d'une enquête (communément appelée « enquête Mason ») sur les services de santé mentale, menée au milieu des années 1990. Cette Commission a pour mandat de conseiller le ministre de la Santé de manière impartiale. L'enquête met également en évidence la nécessité de financer une campagne de lutte contre la stigmatisation. Cela a donné lieu au lancement du programme Like Minds, Like Mine. La Nouvelle-Zélande est ainsi devenue l'un des premiers pays à mettre en place un programme national de lutte contre la stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux. Like Minds, Like Mine est aujourd'hui considéré la référence, et joue un rôle essentiel dans la sensibilisation aux troubles mentaux et leur compréhension. Le programme de lutte contre la stigmatisation Like Minds, Like Mine est encore en vigueur à ce jour.

1998 : le Cadre pour les services de santé mentale (Blueprint for Mental Health Services) présente les évolutions nécessaires à la mise en œuvre de la Stratégie nationale de santé mentale, publiée pour la première fois en 1994. Ce Cadre est remarquable du fait qu'il a recours à une approche de la guérison mettant l'accent sur la nécessité d'aider les personnes atteintes de troubles mentaux à prendre part à la société. Il oblige donc à miser davantage sur une approche de proximité et intersectorielle pour réduire la prévalence des maladies mentales. Il met l'accent sur les personnes les plus gravement touchées par les troubles mentaux (les « 3 % »), et donc également sur les services de santé mentale spécialisés.

2005 : *Te Tāhuhu* : Parution du deuxième plan néo-zélandais pour la santé mentale et l'addiction. Associés à la stratégie de 2001 relative aux soins de santé primaires, ces documents envoient le signal d'une transition vers la fourniture de services primaires de santé mentale et une prise en charge plus rapide. Les organisations de santé primaire (Primary Health Organisations, PHO), financées par les conseils sanitaires de district (District Health Boards, DHB), sont chargées d'offrir tout un éventail de services de santé de premier recours, notamment des services de santé mentale, principalement par l'intermédiaire des cabinets de médecine générale.

2008 : un financement est alloué pour la première fois aux services de santé scolaire (school-based health services, SBHS) dirigés par des infirmières dans les établissements secondaires, l'accent étant mis sur l'amélioration de la santé mentale des jeunes grâce aux entretiens HEEADSSS. Le déploiement de ce programme a commencé dans les écoles fréquentées par les jeunes les plus nécessiteux (1er et 2e déciles), et se poursuit encore aujourd'hui. Cette année marque également le lancement de Mental Health 101 (MH101), un programme national de sensibilisation à la santé mentale qui propose des ateliers d'une journée visant à renforcer les compétences des personnes en contact avec des personnes atteintes de troubles mentaux.

2012 : publication de nouveaux documents stratégiques (Rising to the Challenge, Blueprint II et Towards the Next Wave), qui définissent l'orientation de la politique de santé mentale. Ces documents indiquent clairement que la politique ne doit pas se concentrer uniquement sur les 3 % de cas les plus graves, mais apporter un meilleur soutien aux personnes souffrant de troubles mentaux légers à modérés. Ils citent les déterminants sociaux de la santé mentale, notamment l'importance de la participation au marché du travail, mais ne donnent pas de conseils explicites sur la manière d'améliorer l'intégration des personnes souffrant de troubles mentaux en milieu professionnel.

2018 : *He Ara Oranga* : réalisation d'une enquête sur la santé mentale et les addictions. Cette enquête prend la forme d'une consultation publique à laquelle participe également l'OCDE, qui publie *Mental Health and Work: New Zealand*. Les principales conclusions de l'enquête sont

étroitement liées à la Recommandation et à l'examen par pays de l'OCDE, et incluent la nécessité de mieux répondre aux besoins du « chaînon manquant », à savoir les personnes souffrant de troubles mentaux légers à modérés, d'adopter une approche de la politique de santé mentale à l'échelle de l'ensemble de l'administration, et de renforcer les ONG.

2019 : le gouvernement publie sa réponse officielle à l'enquête et au rapport de l'OCDE. Sur les 40 recommandations de *He Ara Oranga*, 38 sont acceptées, acceptées sur le principe ou approuvées en vue d'un examen plus approfondi. Dix-huit des vingt recommandations de l'OCDE sont acceptées, acceptées sur le principe, ou approuvées en vue d'un examen plus approfondi. Le premier budget du bien-être de la Nouvelle-Zélande désigne également la santé mentale comme l'un de ses cinq domaines prioritaires, d'où des niveaux record d'investissement dans la santé mentale et un changement de politique en la matière pour tenir compte des principales recommandations issues du processus d'enquête.

Source : OCDE (2018), *Mental Health and Work: New Zealand*, Mental Health and Work, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264307315-en>.

## 6.2. Principales conclusions sur la diffusion et l'utilisation de la Recommandation

170. L'une des principales conclusions de ce rapport est qu'à l'avenir, le Secrétariat comme les Adhérents devraient renforcer leurs efforts de diffusion. Au vu des réponses au questionnaire de suivi, il semble que le degré de diffusion de la Recommandation soit très variable d'un Répondant et d'une partie prenante à l'autre au sein des pays Répondants. Il reste donc encore beaucoup à faire pour que la Recommandation soit mieux connue de l'ensemble des parties prenantes. Il semble que la Recommandation soit moins connue dans le secteur non gouvernemental, les services publics de l'emploi, la représentation patronale et le secteur de l'éducation. Pour accroître la visibilité et la notoriété de la Recommandation, les Adhérents pourraient envisager de la faire traduire dans leur propre langue, et le Secrétariat pourrait envisager de préparer des brochures ou d'autres outils susceptibles de contribuer à la diffusion de la Recommandation et de ses principes fondamentaux.

171. Le rapport conclut également que la Recommandation pourrait être davantage utilisée pour éclairer l'évolution des politiques. Les réponses au questionnaire de suivi sur l'utilisation de la Recommandation étaient très variables, certains Adhérents soulignant que la Recommandation s'était déjà révélée très utile, alors que d'autres n'ont pas pu indiquer dans quelle mesure la Recommandation avait servi à faire avancer les réformes. Lorsqu'on leur a demandé de préciser quels types de mesures ils souhaiteraient que l'OCDE prenne à l'avenir, les Adhérents ont indiqué que des ateliers, des indicateurs et un groupe informel d'experts pourraient s'avérer utiles pour les aider à mettre en œuvre et à utiliser la Recommandation. Le rapport a également identifié spécifiquement les examens par pays comme des moyens potentiellement efficaces de traduire la recommandation et ses principes en réformes. Les Adhérents sont invités à envisager de procéder à des examens individuels par pays en utilisant le cadre de la Recommandation.

## 6.3. Pertinence continue de la Recommandation

172. Une majorité des Répondants au questionnaire de suivi ont estimé que la Recommandation était « très pertinente » pour l'avenir, comme indiqué dans la section 4.1. Cela confirme que la Recommandation demeure pertinente. Lorsqu'on leur a demandé s'ils considéraient que la crise du COVID-19 avait eu un impact sur l'importance de la Recommandation, 60% des Répondants ont déclaré que la Recommandation avait « gagné

en importance », et les 40 % restants ont répondu qu'il n'y avait eu « aucun changement ». De manière générale, il ressort que la plupart des répondants n'ayant rapporté « aucun changement » reconnaissaient déjà la grande importance de la Recommandation avant la crise. Aucun répondant n'a indiqué que la Recommandation était devenue « moins importante » ou « pas importante du tout » dans le sillage de la crise du COVID-19.

173. Le Secrétariat a procédé à une première analyse de l'impact de la crise du COVID-19 sur la santé mentale et a proposé des mesures que les pays pourraient prendre pour améliorer la prise en charge de la santé mentale des citoyens au moyen de l'intégration des politiques de santé mentale, de compétences et d'emploi dans deux notes de synthèse parues en mai 2021. Parmi les Adhérents pour lesquels des données sont disponibles, on constate une augmentation notable, dans le contexte de la crise du COVID-19, de la prévalence des troubles mentaux tels que l'anxiété et la dépression. Alors que les facteurs de risque de mauvaise santé mentale tels que l'insécurité financière et le chômage se sont accentués, les facteurs de protection tels que les liens sociaux, la scolarité, les habitudes de travail et l'accès aux services de santé se sont affaiblis (OCDE, 2021<sup>[38]</sup> ; OCDE, 2021<sup>[39]</sup>).

174. Toutefois, si l'on se regarde vers l'avenir, les impacts à long terme et structurels spécifiques de la crise du COVID-19 sur la santé mentale sont moins clairs, et par extension, il reste à savoir comment les politiques de santé mentale devront s'adapter ou évoluer. Les recommandations visent des objectifs à long terme. Ainsi, la Recommandation ne devrait être révisée qu'une fois que les conséquences à long terme de la crise du COVID-19 auront été dûment prises en compte. Cela signifie que les mois et les années à venir pourront être mis à profit pour consulter des spécialistes des systèmes de santé, des systèmes d'éducation et d'aide à la jeunesse, des environnements de travail et de l'emploi, et des systèmes de protection sociale quant à d'éventuelles révisions de la Recommandation.

175. On peut néanmoins penser que la crise du COVID-19 pourrait avoir trois impacts majeurs à long terme sur la politique de santé mentale, ce qui pourrait avoir des répercussions sur la Recommandation. Tout d'abord, la crise du COVID-19 pourrait modifier les modalités de fourniture des services de santé mentale. Ensuite, les perturbations majeures qu'ont connues l'apprentissage et le travail sont susceptibles d'avoir des répercussions à long terme sur la politique de santé mentale étant donné les liens étroits qui existent entre la santé mentale et les résultats en matière d'éducation et de compétences. Par ailleurs, l'impulsion donnée par l'apprentissage à distance et le télétravail pourrait accélérer la transformation de notre façon d'apprendre, de travailler et de vivre, ce qui aura probablement de profondes répercussions sur l'intégration au niveau opérationnel des politiques de santé mentale dans les systèmes de santé, les systèmes d'aide à la jeunesse, les politiques du travail et les systèmes de protection sociale. Enfin, la crise du COVID-19 semble déjà aggraver les inégalités existantes, ce qui renforcera la nécessité, pour les Adhérents et les parties prenantes, de se concentrer sur le soutien de la santé mentale de groupes particuliers par le biais d'une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi.

### ***6.3.1. La crise du COVID-19 pourrait avoir accéléré la numérisation des services de santé mentale***

176. Comme nous l'avons vu plus haut dans la section 5.3.1, les services numériques de santé mentale – depuis les services spécialisés comme les TCC électroniques, à des services plus faciles d'accès comme les applications – connaissent une croissance et une expansion rapides avant même la crise du COVID-19, et l'importance d'exploiter les données et les technologies numériques pour atteindre les objectifs de santé est largement reconnue (OCDE, 2019<sup>[40]</sup>). Depuis le début de la pandémie de COVID-19, les mesures de

distanciation physique — visant à limiter la propagation du coronavirus — ont entraîné un recours accru aux outils numériques et aux téléconsultations afin de venir en aide aux personnes souffrant de troubles mentaux. Dans le cadre d'une enquête de l'OMS, 90 % des pays à revenu élevé ont déclaré avoir mis en place des dispositifs de télémédecine pour remplacer les consultations en personne concernant les services de santé mentale, et plus de 80 % ont indiqué avoir créé des lignes d'assistance téléphonique consacrées à la prise en charge de la santé mentale (OMS, 2020<sup>[41]</sup>). Les répondants au questionnaire de suivi ont en outre indiqué que plusieurs mesures avaient été prises pour accroître la capacité des services de santé mentale et répondre aux besoins immédiats de la population.

177. Il est probable que ce recours forcé aux services numériques de santé mentale persistera après la pandémie. La population dans son ensemble a pu constater le potentiel des soins de santé numériques et de la télémédecine, et de nombreux prestataires et patients ont trouvé dans les services numériques de santé mentale une solution capable de se substituer aux services en personne de manière viable. Bien que la transition et les outils numériques ne soient pas mentionnés explicitement dans la Recommandation, ils peuvent permettre une intervention et un soutien en temps utile aux personnes souffrant de troubles mentaux, comme le préconise la Recommandation, en facilitant l'accès aux soins de santé mentale et en réduisant les coûts qui y sont associés. Cela met en évidence la souplesse de la Recommandation et de ses principes face aux réalités changeantes de nos sociétés.

### ***6.3.2. Les perturbations qu'ont connues l'apprentissage et le travail en raison de la crise du COVID-19 nécessiteront une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi***

178. Étant donné que la Recommandation sort du cadre du système de santé, il convient également de tenir dûment compte de la manière dont la crise du COVID-19 peut affecter la nature de l'éducation, de l'emploi et de la protection sociale, et des répercussions que cela peut avoir sur la Recommandation. Bien que l'examen des effets à grande échelle de la crise sur notre façon de vivre, d'apprendre et de travailler dépasse le cadre de ce rapport, un certain nombre de changements envisageables à long terme méritent un examen plus approfondi, notamment le risque de conséquences à long terme découlant des perturbations de l'apprentissage et du travail, ainsi que les implications à plus long terme de la crise du COVID-19 sur les perspectives d'emploi.

179. Les perturbations majeures qu'ont connues l'apprentissage et le travail auront probablement des répercussions à long terme sur les politiques intégrées en matière de santé mentale, de compétences et d'emploi. Bien que le taux de chômage de la zone OCDE ait progressivement diminué depuis le début de la crise, pour s'établir à 6.9 % en décembre 2020, il restait supérieur de 1.7 point aux niveaux d'avant la crise, en février 2020 (OCDE, 2021<sup>[42]</sup>). Des millions d'emplois ont d'ores et déjà été détruits pendant la crise et des millions d'autres font l'objet de dispositifs de maintien dans l'emploi. De nombreux éléments indiquent que la perte d'un emploi peut contribuer à la dégradation de la santé mentale et que les périodes de chômage prolongées sont associées à une charge de morbidité et à une détresse mentale accrues (Herbig, Dragano et Angerer, 2013<sup>[43]</sup>). En outre, compte tenu du risque que la hausse du chômage se prolonge bien au-delà de la pandémie, l'accent mis par la recommandation sur l'élargissement de l'accès à un soutien individualisé et intégré en matière de santé mentale et d'emploi dans les politiques de protection sociale sera particulièrement important dans les années à venir.

180. De façon analogue, si les perturbations de l'apprentissage n'ont été que temporaires pour certains élèves, elles peuvent avoir des conséquences à plus long terme, comme le décrochage scolaire, qui, à son tour, est susceptible de compromettre les progrès qu'ont enregistrés de nombreux pays en matière de réduction du taux d'abandon scolaire, comme

le préconise la Recommandation. Ce risque est peut-être plus important encore pour les jeunes des établissements d'enseignement supérieur qui, souvent, ont dû poursuivre leur apprentissage à distance alors même que l'enseignement en présentiel avait repris pour les élèves du primaire et du secondaire dans certains pays adhérents (OCDE, 2020<sup>[44]</sup>). Dans ce contexte, l'accent mis par la Recommandation sur la nécessité d'assurer une transition en douceur vers l'enseignement supérieur et le marché du travail conservera toute sa pertinence au cours des années à venir. C'est d'autant plus vrai que les jeunes ont connu des hausses du chômage disproportionnées, le taux de chômage des jeunes demeurant élevé, puisqu'il s'élevait à 14.4 % en décembre 2020 (OCDE, 2021<sup>[42]</sup>).

### ***6.3.3. La crise du COVID-19 modifie notre façon de travailler et d'apprendre***

181. La crise du COVID-19 entraîne aussi des changements dans notre façon de travailler et d'apprendre. Stimulés par les mesures en ce sens mises en place par les pays et les employeurs, près de 39 % des travailleurs sont soudainement passés au télétravail. Alors qu'un nombre sans précédent de travailleurs se sont mis au télétravail pour la première fois, les employés ont su s'adapter rapidement dans de nombreux cas, tordant le cou aux idées reçues sur l'inefficacité du télétravail. Si les données antérieures à la crise du COVID-19 comparant les effets sur la santé mentale du télétravail et du travail en présentiel sont contrastées, des inquiétudes ont été soulevées quant à l'allongement et à l'irrégularité des horaires de travail dans certains pays, ainsi qu'aux problèmes de santé mentale liés au brouillage des frontières entre la vie professionnelle et personnelle (OCDE, 2021<sup>[38]</sup>).

182. Le télétravail semble également appelé à perdurer au-delà de la crise du COVID-19 et à devenir une caractéristique déterminante de l'avenir du travail. Des enquêtes menées dans un certain nombre de pays de l'OCDE indiquent que les travailleurs, les cadres et les employeurs de certains pays souhaiteraient adopter des modalités de travail hybrides combinant le télétravail et le travail en présentiel au-delà de la pandémie (OCDE, 2021<sup>[38]</sup>). Les conséquences de la généralisation du télétravail sur la santé mentale et l'évolution de l'organisation du travail résultant de la transformation numérique au sens large méritent une analyse plus approfondie. De même, le passage à l'apprentissage à distance peut avoir ouvert des possibilités et entraîné des conséquences à long terme sur l'organisation de l'apprentissage et de l'étude, ce qui peut avoir des répercussions sur la politique de santé mentale menée dans les écoles, les universités et les autres établissements d'enseignement (OCDE, 2020<sup>[45]</sup>). Par exemple, la nature des risques associés à la santé mentale pourrait évoluer, avec par exemple une hausse du cyberharcèlement.

183. La progression du télétravail et de l'apprentissage à distance, ainsi que l'application par les pays des principes clés de la Recommandation, suscitent une inquiétude : la transformation numérique ne profitera pas et ne touchera pas tout le monde de la même manière. Il convient de rappeler, par exemple, qu'une majorité d'emplois « ne peuvent pas, ou à peine, être réalisés à domicile » et qu'un tiers seulement des emplois peuvent l'être dans des conditions normales, avec des différences significatives selon les secteurs d'activité (OCDE, 2020<sup>[46]</sup>). En outre, les données de l'Enquête de l'OCDE sur les compétences des adultes (PIAAC) montre qu'en moyenne, dans 28 pays adhérents, plus de 50 % de la population adulte sont seulement en mesure d'effectuer les opérations informatiques les plus simples, ou sont totalement dépourvus de compétences en matière de TIC (OCDE, 2016<sup>[47]</sup>).

### ***6.3.4. La crise du COVID-19 creuse les inégalités en matière de santé mentale, de compétences et d'emploi***

184. Par ailleurs, de nombreux Répondants au questionnaire de suivi ont fait part de leurs préoccupations quant au risque d'aggravation des inégalités existantes, et à la

nécessité de se concentrer sur la protection de la santé mentale des groupes défavorisés et des personnes qui ont été touchées de manière disproportionnée par la crise. Ces commentaires portent non seulement sur le système de santé, mais aussi sur les résultats sociaux, le marché du travail et l'éducation. Le cumul et le chevauchement des inégalités est également source de préoccupations. L'importance de tenir compte de la répartition inégale du fardeau de la crise est déjà manifeste au vu de la prévalence particulièrement élevée des problèmes de santé mentale dans certains groupes tels que, notamment, les jeunes, les ménages à faible revenu et les personnes ayant déjà souffert de problèmes de santé mentale.

185. Dans ce contexte, une approche intégrée de la santé mentale, telle que préconisée par la Recommandation, pourrait encore gagner en importance, car les inégalités en matière de santé mentale se chevauchent souvent ou sont exacerbées par d'autres inégalités ayant trait aux compétences ou au marché du travail. Ainsi, comme le soulignent les Perspectives de l'emploi de l'OCDE, les travailleurs à faible revenu font non seulement état d'une moins bonne santé mentale, mais ils sont également deux fois plus susceptibles d'avoir cessé leur activité en avril 2020 que leurs homologues à revenu plus élevé (OCDE, 2020<sup>[48]</sup>). Comme le reconnaît la Recommandation, il est essentiel que les systèmes de protection sociale soutiennent les nombreux travailleurs de condition modeste qui ont perdu leur emploi, non seulement au moyen d'une aide à l'emploi et d'une formation, mais aussi, le cas échéant, d'une aide intégrée en matière de santé mentale.

186. Les compétences et les systèmes de soutien aux jeunes soulèvent des préoccupations similaires. Bien que les écoles aient rouvert leurs portes dans la plupart des pays Adhérents, les effets à long terme des mois d'interruption de l'apprentissage ne peuvent être ignorés. Il est à craindre que de nombreux élèves aient décroché, ou n'aient pas pu poursuivre leur apprentissage à distance, l'accès aux services de santé mentale par l'intermédiaire des écoles et des établissements d'enseignement ayant été restreint. Ces effets touchent de manière disproportionnée les élèves issus de familles moins aisées et défavorisées. Dans un tel contexte, les écoles, les enseignants et les familles joueront un rôle de plus en plus crucial dans la promotion de la santé mentale, comme le préconise la Recommandation, non seulement en détectant les troubles mentaux, mais également en aidant les élèves à poursuivre leur scolarité et en limitant la hausse des sorties précoces du système éducatif (OCDE, 2021<sup>[39]</sup>).

187. En outre, la crise du COVID-19 a rappelé à point nommé la nécessité de se concentrer sur les aspects de la politique intégrée de la santé mentale en lien avec la problématique femmes-hommes. Même avant la crise, comme le montrent les Indicateurs comparatifs, les femmes d'âge actif avaient 45 % de risques en plus que les hommes de déclarer des troubles mentaux. Les premières données recueillies un an après le début de la crise donnent à penser que la santé mentale des hommes et des femmes peut ne pas avoir été affectée de la même manière, ce qui peut avoir aussi une incidence sur les répercussions à long terme. Comme le reconnaît la Recommandation, les pathologies mentales ne sont pas uniformément réparties entre les hommes et les femmes et, par conséquent, les réponses des pouvoirs publics en matière de santé mentale devront adopter une perspective sexospécifique.

188. De nombreux Adhérents s'attachaient déjà à promouvoir la santé mentale des groupes défavorisés, et à prévenir l'aggravation des inégalités qui existaient avant la crise en matière de santé mentale. Les réponses au questionnaire ont donné de nombreux exemples pratiques de ces initiatives. En Finlande, le projet PALOMA élabore des modèles à l'appui de la santé mentale des réfugiés, tandis que l'Irlande a rédigé des lignes directrices en soutien de la santé mentale de la communauté LGBTI+. En Nouvelle-Zélande, la promotion de la santé mentale de la population Māori est une priorité pour le gouvernement



depuis 2005. La crise du COVID-19 pourrait renforcer la nécessité pour les Adhérents et le Secrétariat d'examiner de plus près les inégalités en matière de résultats sociaux, d'emploi, d'éducation, et de santé, et l'importance des politiques intégrées de la santé mentale, des compétences et de l'emploi pour faire en sorte que ces écarts ne se creusent pas encore dans les années à venir.

#### 6.4. Prochaines étapes

189. Ce rapport sur la mise en œuvre, la diffusion et la pertinence continue de la Recommandation montre que ses principes restent pertinents et d'actualité, et ce d'autant plus que la crise du COVID-19 a entraîné une forte hausse (au moins temporaire) de tout un éventail de troubles mentaux au sein de la population (OECD, 2021<sup>[49]</sup>). Néanmoins, des difficultés subsistent dans la mise en œuvre de la Recommandation, et dans la sensibilisation des acteurs concernés. Ce projet de rapport recense un grand nombre de bonnes pratiques en matière d'approches intégrées dans différents domaines d'intervention, qui pourraient être suivies et développées à l'avenir. Bien que les répondants estiment qu'aucune autre révision de la Recommandation ne semble justifiée à ce stade, plusieurs domaines d'action supplémentaires envisageables ont été dénombrés.

190. Les Adhérents devraient envisager de :

- Utiliser la Recommandation comme cadre permanent pour évaluer l'avancement de l'élaboration d'une politique de la santé mentale, des compétences et de l'emploi pleinement intégrée.
- Renforcer la diffusion de la Recommandation auprès de toutes les parties prenantes concernées, et surtout des organisations non gouvernementales, notamment en la faisant traduire dans leur langue nationale et en améliorant sa visibilité sur leurs plateformes nationales.
- Mener des examens par pays des politiques intégrées de la santé mentale, des compétences et de l'emploi, adaptés aux besoins des Adhérents, en utilisant la Recommandation comme cadre permanent.

191. Pour soutenir les efforts des Adhérents, le Secrétariat pourrait (en fonction des ressources disponibles) :

- Élaborer d'autres outils ou boîtes à outils susceptibles d'aider les Adhérents dans la mise en œuvre ou la diffusion de la Recommandation.
- Renforcer les efforts de diffusion, notamment par le biais de brochures partagées avec les non-Adhérents et les parties prenantes concernées, en particulier les organisations non gouvernementales.
- Organiser des ateliers sur un certain nombre de questions abordées par la Recommandation, à l'échelle nationale ou internationale, pour partager les bonnes pratiques et faciliter sa mise en œuvre (les Adhérents intéressés pourraient se porter volontaires pour accueillir ces événements).
- Améliorer et actualiser en permanence les propositions d'indicateurs de résultats présentés dans les Indicateurs comparatifs, aux échelons national et international, afin d'évaluer l'impact des améliorations.

192. Il est également proposé que le Comité ELSA et le Comité de la santé, en consultation avec le Comité EDPC, poursuivent le processus de suivi et remettent un rapport au Conseil dans cinq ans. Ce rapport évaluera la mise en œuvre, la diffusion et la pertinence continue de la Recommandation, conformément aux recommandations du

réexamen du processus d'établissement de normes à l'échelle de l'OCDE [voir [C/MIN\(2018\)11](#), par. 44]. Ce premier rapport établira un cadre de référence pour comparer les processus de mise en œuvre dans les différents pays Adhérents au cours des prochaines années.

## Références

- Adler, D. et al. (2006), « Job performance deficits due to depression », *American Journal of Psychiatry*, vol. 163/9, pp. 1569-1576, <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.2006.163.9.1569>. [108]
- Alonso, J. et al. (2004), « Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 109/s420, pp. 21-27, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>. [107]
- Andrade, L. et al. (2014), « Barriers to mental health treatment: Results from the WHO World Mental Health surveys », *Psychological Medicine*, vol. 44/6, pp. 1303-1317, <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291713001943>. [106]
- Andrés, D. (2011), « Half empty or half full: The importance of the definition of part-time sick leave when estimating its effects », *Working Paper*, n° 4/2011, Örebro University, Örebro, <http://www.oru.se/Akademier/Handelshogskolan/Forskning/Working-papers/> (consulté le 2 juin 2020). [110]
- Anthes, E. (2016), « Pocket psychiatry: mobile mental-health apps have exploded onto the market, but few have been thoroughly tested », *Nature*, vol. 532/7597, pp. 20-24. [22]
- Artazcoz, L. et al. (2004), « Unemployment and Mental Health: Understanding the Interactions Among Gender, Family Roles, and Social Class », *American Journal of Public Health*, vol. 94/1, pp. 82-88, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.94.1.82>. [105]
- Australian Government Department of Health (2019), *Prioritising Mental Health – national headspace network*, [https://www.health.gov.au/sites/default/files/prioritising-mental-health-national-headspace-network\\_0.pdf](https://www.health.gov.au/sites/default/files/prioritising-mental-health-national-headspace-network_0.pdf) (consulté le 25 février 2021). [30]
- Barnay, T. (2016), « Health, work and working conditions: a review of the European economic literature », *European Journal of Health Economics*, vol. 17/6, pp. 693-709, <http://dx.doi.org/10.1007/s10198-015-0715-8>. [104]
- Biffi, G. et T. Leoni (2009), *Arbeitsplatzbelastungen, arbeitsbedingte Krankheiten und Invalidität*, Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO), Vienne, <http://www.donau-uni.ac.at/mis> (consulté le 26 mai 2020). [103]
- Brand, J. (2015), « The Far-Reaching Impact of Job Loss and Unemployment », *Annual Review of Sociology*, vol. 41/1, pp. 359-375, <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-soc-071913-043237>. [102]
- Browne, J. et al. (2018), « Faces of Joblessness in Estonia : A People-centred perspective on employment barriers and policies », *Documents de travail de l'OCDE sur les questions sociales, l'emploi et les migrations*, n° 206, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/6d9cd656-en>. [35]
- Bubonya, M., D. Cobb-Clark et M. Wooden (2017), « Mental health and productivity at work: Does what you do matter? », *Labour Economics*, vol. 46, pp. 150-165, <http://dx.doi.org/10.1016/j.labeco.2017.05.001>. [101]

- Burke, K. et al. (1990), « Age at Onset of Selected Mental Disorders in Five Community Populations », *Archives of General Psychiatry*, vol. 47/6, pp. 511-518, <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1990.01810180011002>. [100]
- Carr, R. (1998), « Panic disorder and asthma: Causes, effects and research implications », *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 44/1, pp. 43-52, [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(97\)00137-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(97)00137-2). [99]
- Clark, A. (2003), « Unemployment as a Social Norm: Psychological Evidence from Panel Data », *Journal of Labor Economics*, vol. 21/2, pp. 323-351, <http://dx.doi.org/10.1086/345560>. [98]
- Clement, S. et al. (2015), « What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies », *Psychological Medicine*, vol. 45/1, pp. 11-27, <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291714000129>. [97]
- Codony, M. et al. (2009), « Perceived need for mental health care and service use among adults in Western Europe: Results of the ESEMeD Project », *Psychiatric Services*, vol. 60/8, pp. 1051-1058, <http://dx.doi.org/10.1176/ps.2009.60.8.1051>. [96]
- Corrigan, P. (2004), *How stigma interferes with mental health care*, <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>. [95]
- Corrigan, P., B. Druss et D. Perlick (2014), « The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care », *Psychological Science in the Public Interest, Supplement*, vol. 15/2, pp. 37-70, <http://dx.doi.org/10.1177/1529100614531398>. [94]
- Department for Work and Pensions et Department for Health and Social Care (2017), *Improving Lives The Future of Work, Health and Disability*, [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/663399/improving-lives-the-future-of-work-health-and-disability.PDF](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/663399/improving-lives-the-future-of-work-health-and-disability.PDF) (consulté le 16 septembre 2020). [25]
- Department of Veterans' Affairs (2019), *Environmental Scan of Mental Health Reform in Australia Final Report*, <https://www.dva.gov.au/sites/default/files/files/health%20and%20wellbeing/mental/environmental-scan-of-mental-health-reform-in-australia.pdf> (consulté le 2 septembre 2020). [9]
- D'Souza, R. et al. (2006), « Work demands, job insecurity and sickness absence from work. How productive is the new, flexible labour force? », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 30/3, pp. 205-212, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-842X.2006.tb00859.x>. [93]
- Eurostat (2021), *Jeunes ayant quitté prématurément l'éducation et la formation par sexe*, [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/t2020\\_40/default/table](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/t2020_40/default/table) (consulté le 24 février 2021). [29]
- Fröjd, S. et al. (2008), « Depression and school performance in middle adolescent boys and girls », *Journal of Adolescence*, vol. 31/4, pp. 485-498, <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2007.08.006>. [92]

- Gallo, J. et al. (2013), « Long term effect of depression care management on mortality in older adults: Follow-up of cluster randomized clinical trial in primary care », *BMJ (Online)*, vol. 346/7911, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f2570>. [91]
- Greenberg, P. et al. (2015), « The Economic Burden of Adults With Major Depressive Disorder in the United States (2005 and 2010) », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 76/2, pp. 155-162, <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.14m09298>. [90]
- Groupe de la Banque mondiale et Organisation mondiale de la santé (2016), *Out of the Shadows: Making Mental Health a Global Priority*. [11]
- Herbig, B., N. Dragano et P. Angerer (2013), « Health in the Long-term Unemployed », *Deutsches Arzteblatt International*, vol. 110/23-24, pp. 413-419, <http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2013.0413>. [43]
- Hirschfield, R. (2001), « The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders », *The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 03/06, pp. 244-254, <http://dx.doi.org/10.4088/pcc.v03n0609>. [89]
- HM Government (2019), *Health is everyone's business: Proposals to reduce ill health-related job loss*. [18]
- Høgelund, J. et A. Holm (2011), « The effects of part-time sick leave for employees with mental disorders », *Working Paper*, n° 01:2011, Danish National Centre for Social Research. [88]
- Independent Mental Health Taskforce to the NHS in England (2016), *The Five Year Forward View for Mental Health*, <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/02/Mental-Health-Taskforce-FYFV-final.pdf> (consulté le 28 juin 2020). [16]
- Initiative Neue Qualität der Arbeit (2020), *Offensive Psychische Gesundheit*, <https://inqa.de/DE/vernetzen/offensive-psychische-gesundheit/uebersicht.html> (consulté le 24 février 2021). [20]
- Jacob, B. et L. Lefgren (2009), « The Effect of Grade Retention on High School Completion », *American Economic Journal: Applied Economics*, vol. 1/3, pp. 33-58, <http://dx.doi.org/10.1257/app.1.3.33>. [87]
- Kessler, R. et al. (2005), *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication*, <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>. [27]
- Kessler, R. et al. (2005), *Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*, American Medical Association, <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>. [86]
- Knabe, A. et S. Ratzel (2011), « Scarring or Scaring? The Psychological Impact of Past Unemployment and Future Unemployment Risk », *Economica*, vol. 78/310, pp. 283-293, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0335.2009.00816.x>. [85]
- KPMG (2019), *Final Report for the Evaluation of the Individual Placement and Support Trial - Department for Social Services*, [https://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/08\\_2019/individual-placement-and-support-trial-evaluation-report-june-2019.pdf](https://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/08_2019/individual-placement-and-support-trial-evaluation-report-june-2019.pdf) (consulté le 9 septembre 2020). [36]

- Kuehner, C. (2017), « Why is depression more common among women than among men? », *The Lancet Psychiatry*, vol. 4/2, pp. 146-158, [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30263-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30263-2). [84]
- La Greca, A. et H. Harrison (2005), « Adolescent peer relations, friendships, and romantic relationships: Do they predict social anxiety and depression? », *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, vol. 34/1, pp. 49-61, [http://dx.doi.org/10.1207/s15374424jccp3401\\_5](http://dx.doi.org/10.1207/s15374424jccp3401_5). [83]
- Lagerveld, S. et al. (2010), « Factors Associated with Work Participation and Work Functioning in Depressed Workers: A Systematic Review », *Journal of Occupational Rehabilitation*, vol. 20, pp. 275-292, <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-009-9224-x>. [82]
- Lépine, J. et M. Briley (2004), « The epidemiology of pain in depression », *Human Psychopharmacology*, vol. 19/SUPPL. 1, pp. S3-S7, <http://dx.doi.org/10.1002/hup.618>. [81]
- Loveless, L. (2019), *Employment Advisers in Improving Access to Psychological Therapies: Process Evaluation Report*, ICF International, <https://www.gov.uk/government/collections/research-reports> (consulté le 16 septembre 2020). [26]
- Lyche, C. (2010), « Taking on the Completion Challenge: A Literature Review on Policies to Prevent Dropout and Early School Leaving », *Documents de travail de l'OCDE sur l'éducation*, n° 53, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/5km4m2t59cmr-en>. [80]
- Manacorda, M. (2012), « The cost of grade retention », *Review of Economics and Statistics*, vol. 94/2, pp. 596-606, [http://dx.doi.org/10.1162/REST\\_a\\_00165](http://dx.doi.org/10.1162/REST_a_00165). [79]
- Markussen, S., A. Mykletun et K. Roed (2010), « The Case for Presenteeism », *IZA Discussion Paper*, n° 5243, IZA, Bonn, [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1720325](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1720325) (consulté le 2 juin 2020). [78]
- Melzer, D., J. Buxton et E. Villamil (2004), « Decline in common mental disorder prevalence in men during the sixth decade of life », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 39/1, pp. 33-38, <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-004-0704-1>. [77]
- Mental Health Services in the Capital Region of Denmark (2020), *IBBIS*, <https://www.psykiatri-regionh.dk/Kvalitet-og-udvikling/udvikling/ibbis/Sider/default.aspx> (consulté le 3 septembre 2020). [34]
- Merry, S. et al. (2012), *Cochrane Review: Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents*, John Wiley & Sons, Ltd, <http://dx.doi.org/10.1002/ebch.1867>. [76]
- MHLW (2019), *2018 Stress check seido no jisshi joukyou (Mise en place d'un système de surveillance du stress)*, <https://www.mhlw.go.jp/content/11303000/000582829.pdf> (consulté le 25 août 2020). [31]
- Ministère de la Santé (2019), *Response to the Inquiry into Mental Health and Addiction*, [https://www.health.govt.nz/system/files/documents/information-release/response\\_to\\_the\\_inq.pdf](https://www.health.govt.nz/system/files/documents/information-release/response_to_the_inq.pdf). [12]

- Ministère suédois de la Santé et des Affaires sociales (2019), *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt: Förslag för en långsiktigt hållbar styrning inom området psykisk hälsa [Propositions pour une gouvernance durable à long terme dans le domaine de la santé mentale]*. [17]
- Murphy, G. et J. Athanasou (1999), « The effect of unemployment on mental health », *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, vol. 72/1, pp. 83-99, <http://dx.doi.org/10.1348/096317999166518>. [75]
- Naicker, K. et al. (2013), « Social, demographic, and health outcomes in the 10 years following adolescent Depression », *Journal of Adolescent Health*, vol. 52/5, pp. 533-538, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.12.016>. [74]
- NDIS (2020), *Mental health and the NDIS*, <https://www.ndis.gov.au/understanding/how-ndis-works/mental-health-and-ndis> (consulté le 3 septembre 2020). [37]
- New Zealand Treasury (2019), *The Wellbeing Budget*, <https://treasury.govt.nz/sites/default/files/2019-05/b19-wellbeing-budget.pdf> (consulté le 2 septembre 2020). [13]
- NHS (2020), *Apps Library: National Health Service*, <https://www.nhs.uk/apps-library/> (consulté le 2 juin 2020). [23]
- Nieuwenhuijsen, K. et al. (2020), « Interventions to improve return to work in depressed people », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd006237.pub4>. [33]
- OCDE (2021), *A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/4ed890f6-en>. [14]
- OCDE (2021), *Statistiques à court terme sur le marché de travail : Taux de chômage mensuels*, <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=36324#> (consulté le 26 février 2021). [42]
- OCDE (2021), « Supporting young people’s mental health through the COVID-19 crisis, Les réponses de l’OCDE face au coronavirus (COVID-19) », Éditions OCDE, <https://doi.org/10.1787/84e143e5-en>. [39]
- OCDE (2021), « Tackling the mental health impact of the COVID-19 crisis: An integrated, whole-of-society response, Les réponses de l’OCDE face au coronavirus (COVID-19) », Éditions OCDE, <https://doi.org/10.1787/0cca0b-en>. [38]
- OCDE (2020), *Education responses to COVID-19: Embracing digital learning and online collaboration, Les réponses de l’OCDE face au coronavirus (COVID-19)*, Éditions OCDE, <https://doi.org/10.1787/d75eb0e8-en>. [45]
- OCDE (2020), « Évolution récente de la législation sur la protection de l’emploi », dans *Perspectives de l’emploi de l’OCDE 2020 : Crise du COVID-19 et protection des travailleurs*, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/5f36e941-fr>. [109]
- OCDE (2020), *Lessons for Education from COVID-19: A Policy Maker’s Handbook for More Resilient Systems*, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/0a530888-en>. [44]

- OCDE (2020), *OECD Digital Economy Outlook 2020*, Éditions OCDE, Paris, [46]  
<https://dx.doi.org/10.1787/bb167041-en>.
- OCDE (2020), *OECD follow-up questionnaire on the Recommendation of the Council on Integrated Mental Health, Skills and Work Policy*. [8]
- OCDE (2020), *Perspectives de l'emploi de l'OCDE 2020 : Crise du COVID-19 et protection des travailleurs*, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/b1547de3-fr>. [48]
- OCDE (2020), *Waiting Times for Health Services: Next in Line*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/242e3c8c-en>. [24]
- OCDE (2019), *Des emplois de qualité pour tous dans un monde du travail en mutation : La stratégie de l'OCDE pour l'emploi*, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/4e6a92fa-fr>. [7]
- OCDE (2019), *Health in the 21st Century : Putting Data to Work for Stronger Health Systems*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/e3b23f8e-en>. [40]
- OCDE (2016), *Les adultes, l'informatique et la résolution de problèmes : Où est donc le problème ?*, Études de l'OCDE sur les compétences, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264251069-fr>. [47]
- OCDE (2016), *Ministerial Statement: Building More Resilient and Inclusive Labour Markets, OECD Labour and Employment Ministerial Meeting*, <https://www.oecd.org/employment/ministerial/labour-ministerial-statement-2016.pdf>. [5]
- OCDE (2015), *Santé mentale et insertion professionnelle : De la théorie à la pratique*, Santé mentale et emploi, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264242074-fr>. [2]
- OCDE (2012), *Mal-être au travail ? : Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*, Santé mentale et emploi, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264124561-fr>. [1]
- OCDE/Union européenne (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, Éditions OCDE, Paris/Union européenne, Bruxelles, [https://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en). [6]
- Octopus Group (2020), *Global investment in mental health technology surges above half a billion pounds*, <https://octopusgroup.com/newsroom/latest-news/global-investment-in-mental-health-technology-surges-above-half-a-billion-pounds/> (consulté le 18 septembre 2020). [21]
- OECD (2021), « Supporting young people's mental health through the COVID-19 crisis », *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/84e143e5-en>. [111]
- OECD (2021), « Tackling the mental health impact of the COVID-19 crisis: An integrated, whole-of-society response », *OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/0ccafa0b-en>. [49]



- Ojeda, V. et S. Bergstresser (2008), « Gender, Race-Ethnicity, and Psychosocial Barriers to Mental Health Care: An Examination of Perceptions and Attitudes among Adults Reporting Unmet Need », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 49/3, pp. 317-334, <http://dx.doi.org/10.1177/002214650804900306>. [73]
- Olesen, S., P. Butterworth et B. Rodgers (2012), « Is poor mental health a risk factor for retirement? Findings from a longitudinal population survey », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 47/5, pp. 735-744, <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-011-0375-7>. [72]
- OMS (2020), *The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services*, <https://www.who.int/publications/i/item/978924012455> (consulté le 26 février 2021). [41]
- OMS et Calouste Gulbenkian Foundation (2014), *Social determinants of mental health*, [http://www.who.int/mental\\_health/publications/gulbenkian\\_paper\\_social\\_determinants\\_of\\_mental\\_health/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/gulbenkian_paper_social_determinants_of_mental_health/en/) (consulté le 30 septembre 2020). [3]
- Owens, M. et al. (2012), « Anxiety and depression in academic performance: An exploration of the mediating factors of worry and working memory », *School Psychology International*, vol. 33/4, pp. 433-449, <http://dx.doi.org/10.1177/0143034311427433>. [71]
- Patel, V. et al. (2018), « The Lancet Commission on global mental health and sustainable development », *The Lancet*, vol. 392/10157, pp. 1553-1598, [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31612-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31612-x). [4]
- Patten, S. (2001), « Long-term medical conditions and major depression in a Canadian population study at waves 1 and 2 », *Journal of Affective Disorders*, vol. 63/1-3, pp. 35-41, [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00186-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00186-5). [70]
- Patton, G. et al. (2014), « The prognosis of common mental disorders in adolescents: A 14-year prospective cohort study », *The Lancet*, vol. 383/9926, pp. 1404-1411, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62116-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62116-9). [69]
- Paul, K. et K. Moser (2009), « Unemployment impairs mental health: Meta-analyses », *Journal of Vocational Behavior*, vol. 74/3, pp. 264-282, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvb.2009.01.001>. [68]
- Plaisier, I. et al. (2008), « Work and family roles and the association with depressive and anxiety disorders: Differences between men and women », *Journal of Affective Disorders*, vol. 105/1-3, pp. 63-72, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2007.04.010>. [67]
- Psycom (2020), *Map of actors producing online content on mental health issues*, [https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2020/10/Cartographie-PSYCOM-2020\\_small.pdf](https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2020/10/Cartographie-PSYCOM-2020_small.pdf) (consulté le 24 février 2021). [19]
- Reiter, J., A. Dobbmeyer et C. Hunter (2018), « The Primary Care Behavioral Health (PCBH) Model: An Overview and Operational Definition », *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, vol. 25/2, pp. 109-126, <http://dx.doi.org/10.1007/s10880-017-9531-x>. [66]
- Riecher-Rössler, A. (2017), *Sex and gender differences in mental disorders*, Elsevier Ltd, [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30348-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30348-0). [65]

- Roderick, M. (1994), « Grade Retention and School Dropout: Investigating the Association », [64]  
*American Educational Research Journal*, vol. 31/4, pp. 729-759,  
<http://dx.doi.org/10.3102/00028312031004729>.
- Rohde, P. et al. (2013), « Key Characteristics of Major Depressive Disorder Occurring in [63]  
 Childhood, Adolescence, Emerging Adulthood, and Adulthood », *Clinical Psychological  
 Science*, vol. 1/1, pp. 41-53, <http://dx.doi.org/10.1177/2167702612457599>.
- SAMHSA (2020), *Project AWARE (Advancing Wellness and Resiliency in Education) State [28]  
 Education Agency Grants / SAMHSA*, [https://www.samhsa.gov/grants/grant-  
 announcements/sm-20-016](https://www.samhsa.gov/grants/grant-announcements/sm-20-016) (consulté le 3 septembre 2020).
- Sato, S. et T. Yeh (2013), *Challenges in treating patients with Major depressive disorder: The [62]  
 impact of biological and social factors*, Springer, [http://dx.doi.org/10.1007/s40263-012-0028-  
 8](http://dx.doi.org/10.1007/s40263-012-0028-8).
- Schnyder, N. et al. (2017), *Association between mental health-related stigma and active help- [61]  
 seeking: Systematic review and meta-analysis*, Royal College of Psychiatrists,  
<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.116.189464>.
- Shatkin, J. et M. Belfer (2004), « The Global Absence of Child and Adolescent Mental Health [15]  
 Policy », *Child and Adolescent Mental Health*, vol. 9/3, pp. 104-108,  
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-3588.2004.00090.x>.
- Shin, C. et al. (2018), « Sickness absence indicating depressive symptoms of working population [60]  
 in South Korea », *Journal of Affective Disorders*, vol. 227, pp. 443-449,  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.030>.
- Steel, Z. et al. (2014), « The global prevalence of common mental disorders: a systematic review [59]  
 and meta-analysis 1980–2013 », *International Journal of Epidemiology*, vol. 43/2, pp. 476-  
 493, <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyu038>.
- Stevenson, D. et P. Farmer (2017), *Thriving at work: The Stevenson/Farmer review of mental [32]  
 health and employers*.
- Stewart, W. et al. (2003), « Cost of Lost Productive Work Time among US Workers with [58]  
 Depression », *Journal of the American Medical Association*, vol. 289/23, pp. 3135-3144,  
<http://dx.doi.org/10.1001/jama.289.23.3135>.
- Strandh, M. et al. (2014), « Unemployment and mental health scarring during the life course », [57]  
*European Journal of Public Health*, vol. 24/3, pp. 440-445,  
<http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cku005>.
- Taskforce on Children and Young People's Mental Health (2018), *Children & Young People's [10]  
 Mental Health Task Force Delivery Plan*, [https://www.gov.scot/publications/children-young-  
 peoples-mental-health-taskforce-delivery-plan/](https://www.gov.scot/publications/children-young-peoples-mental-health-taskforce-delivery-plan/) (consulté le 2 septembre 2020).
- Thornicroft, G. et al. (2017), *Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 [56]  
 countries*, Royal College of Psychiatrists, <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.116.188078>.

- Van Beljouw, I. et al. (2010), « Reasons and determinants for not receiving treatment for common mental disorders », *Psychiatric Services*, vol. 61/3, pp. 250-257, <http://dx.doi.org/10.1176/ps.2010.61.3.250>. [55]
- Vermeulen, F. et al. (2017), « Relationship between the sensation of activity limitation and the results of functional assessment in asthma patients », *Journal of Asthma*, vol. 54/6, pp. 570-577, <http://dx.doi.org/10.1080/02770903.2016.1242138>. [54]
- Villatoro, A. et al. (2018), « Perceived Need for Mental Health Care: The Intersection of Race, Ethnicity, Gender, and Socioeconomic Status », *Society and Mental Health*, vol. 8/1, pp. 1-24, <http://dx.doi.org/10.1177/2156869317718889>. [53]
- Weare, K. et M. Nind (2011), « Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? | Health Promotion International | Oxford Academic », *Health Promotion International*, vol. 26/1, pp. 29-69, [https://academic.oup.com/heapro/article/26/suppl\\_1/i29/687644](https://academic.oup.com/heapro/article/26/suppl_1/i29/687644) (consulté le 29 juillet 2020). [52]
- Williams, A. (2020), « The Next Step in Integrated Care: Universal Primary Mental Health Providers », *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, vol. 27/1, pp. 115-126, <http://dx.doi.org/10.1007/s10880-019-09626-2>. [51]
- Yellowlees, P. et al. (1987), « Psychiatric morbidity in patients with chronic airflow obstruction », *Medical Journal of Australia*, vol. 146/6, pp. 305-307, <http://dx.doi.org/10.5694/j.1326-5377.1987.tb120267.x>. [50]