

## Chapitre 2

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

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

*Conclusions :*

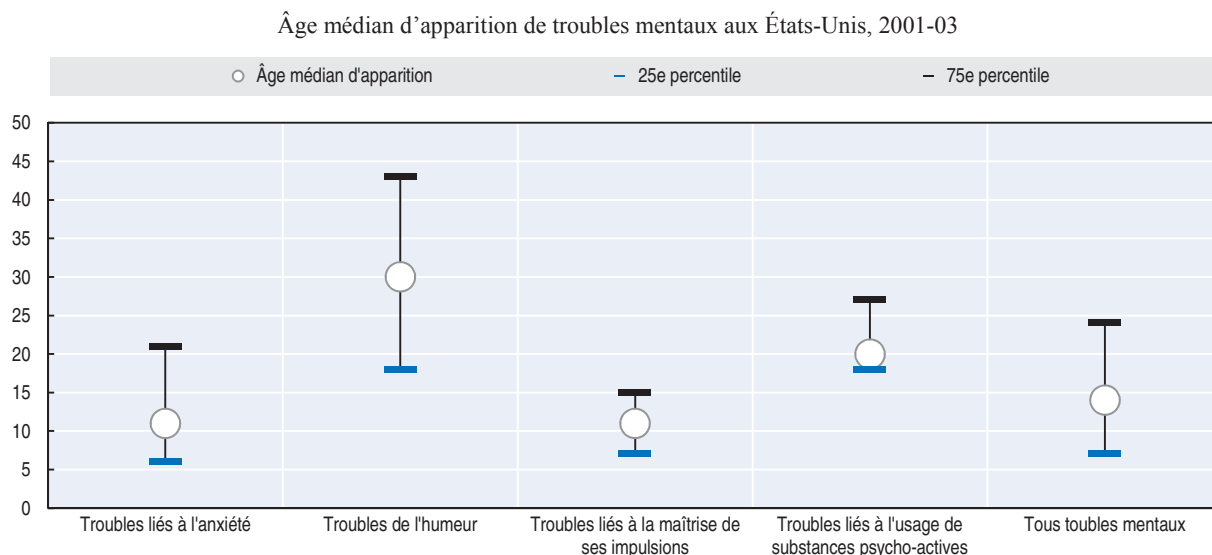
- *Développer les compétences en matière de santé mentale des enseignants et des autorités éducatives.*
- *Assurer un accès rapide des élèves à un soutien coordonné en cas de troubles mentaux.*
- *Investir dans la prévention du décrochage scolaire et dans l'intervention précoce auprès des jeunes qui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

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

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

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

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



Source : OCDE compilation basée sur Kessler, R., et al. (2005), « Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication », *Archives of General Psychiatry*, n° 62, pp. 593-603.

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

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

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

### *Les désavantages précoces ont des implications à long terme*

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

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

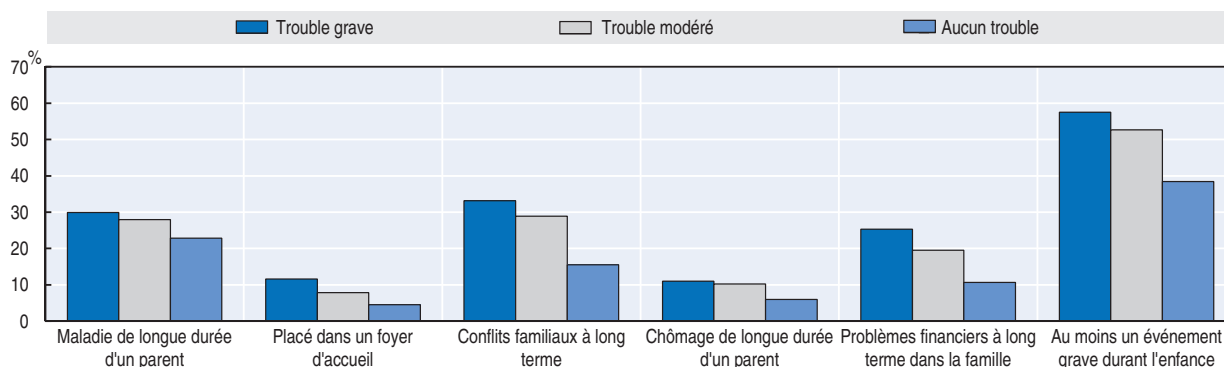
Les enseignants jouent un rôle déterminant dans l'apport d'un soutien qui peut participer à la prévention de l'échec scolaire. Toutefois, ils ne sont généralement pas formés à repérer les signes de troubles mentaux. Ils ont particulièrement du mal à détecter les symptômes d'internalisation (comme l'anxiété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

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

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

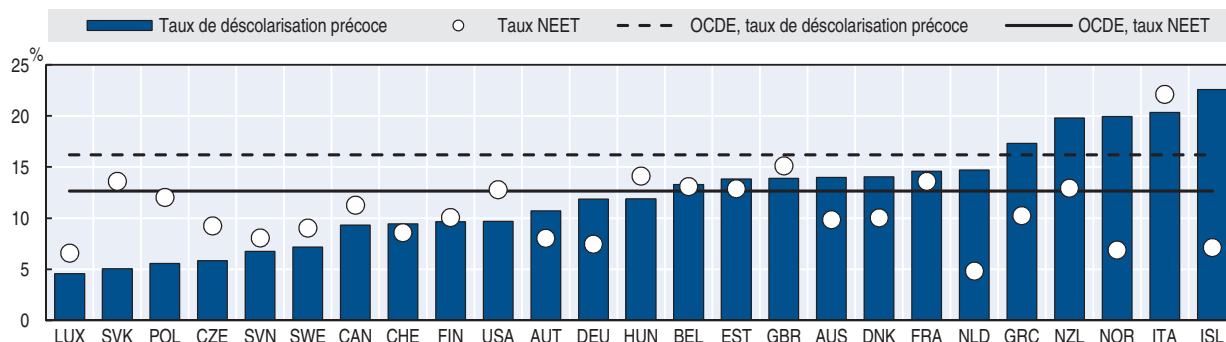
**A. L'expérience de la petite enfance compte pour les problèmes de santé mentale plus tard dans la vie**

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



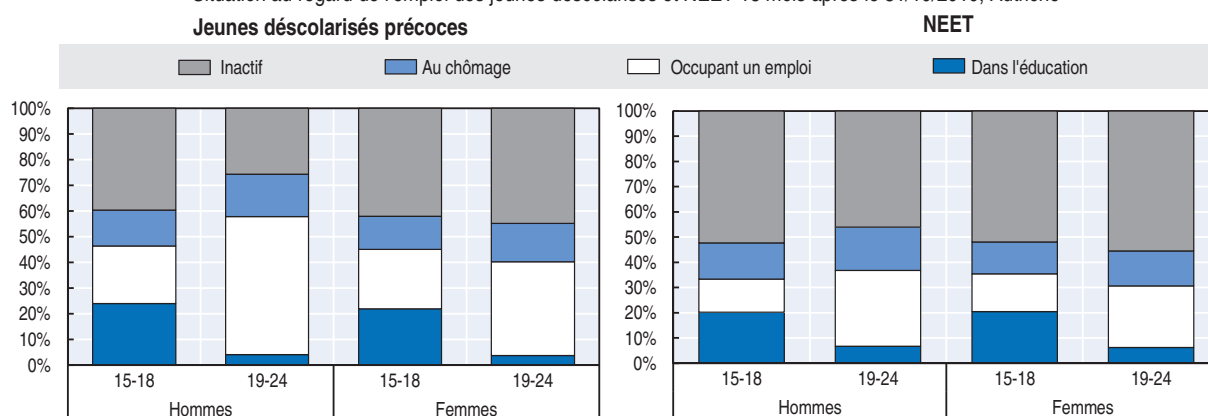
**B. Le décrochage scolaire et les NEET sont courants dans de nombreux pays de l'OCDE**

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



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

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



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

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

Source : Partie A : National Health Interview Survey 2005 ; partie B : OCDE base de données sur l'éducation et partie C : Statistik Austria, Bildungsmonitoring ([www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bildung\\_und\\_kultur/bildungsbezogenes\\_erwerbkarrierenmonitoring\\_biber/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bildung_und_kultur/bildungsbezogenes_erwerbkarrierenmonitoring_biber/index.html)), consulté le 11 août 2015).

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

### ***Développer des compétences générales en santé mentale dans le système éducatif***

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

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

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

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

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

### Synthèse et recommandations

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

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

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

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

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

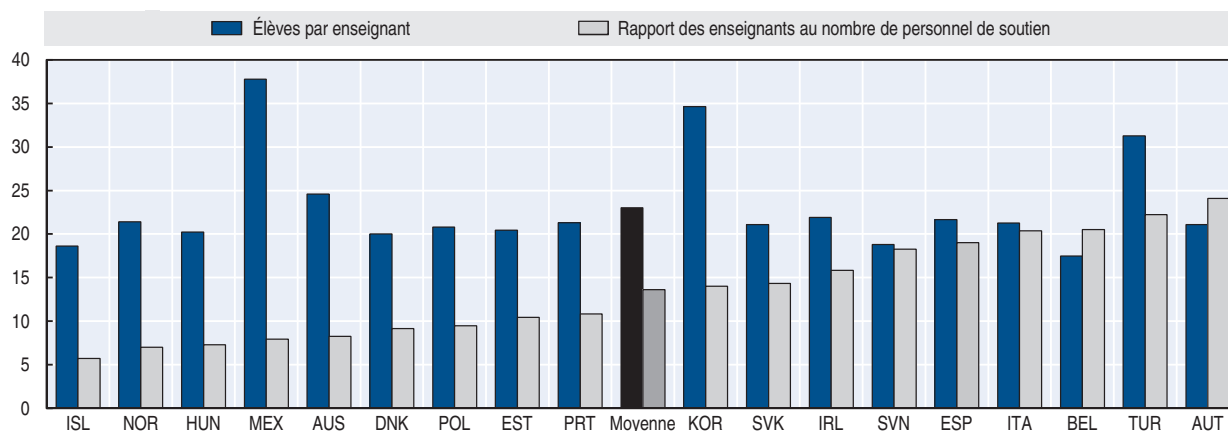
#### *Le soutien en milieu scolaire est insuffisant*

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

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

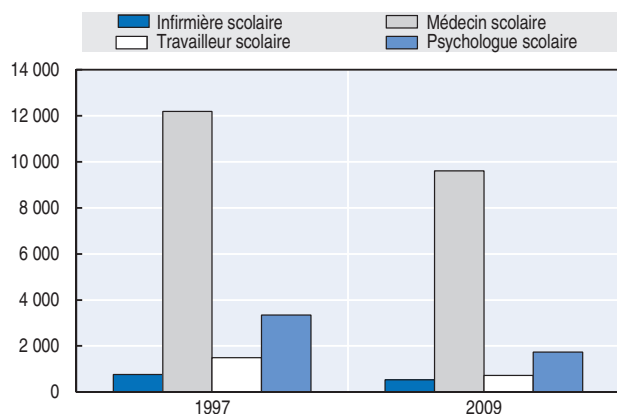
## Graphique 2.3. L'accès à un soutien professionnel dans les écoles est limité dans la plupart des pays

## A. Taille moyenne de la classe et personnel de soutien dans le premier cycle de l'enseignement secondaire, 2010



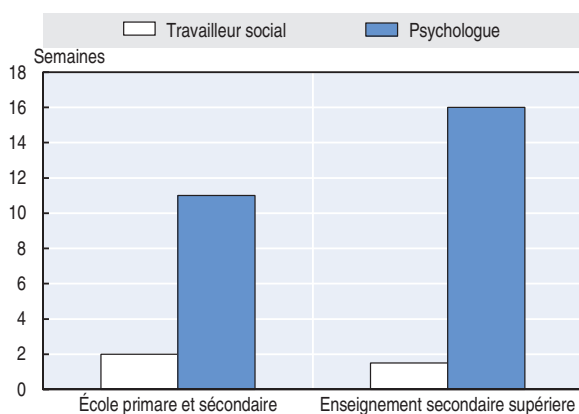
## B. Charge de travail élevée pour le personnel médical scolaire en Suède

Rapport du personnel médical scolaire au nombre d'élèves, 1997 et 2009



## C. Des longues listes d'attente pour consulter un psychologue dans les écoles suédoises

Temps d'attente pour consulter (en semaines), 2010



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

### Synthèse et recommandations

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

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

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

## Prévenir l'abandon scolaire précoce

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

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

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

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

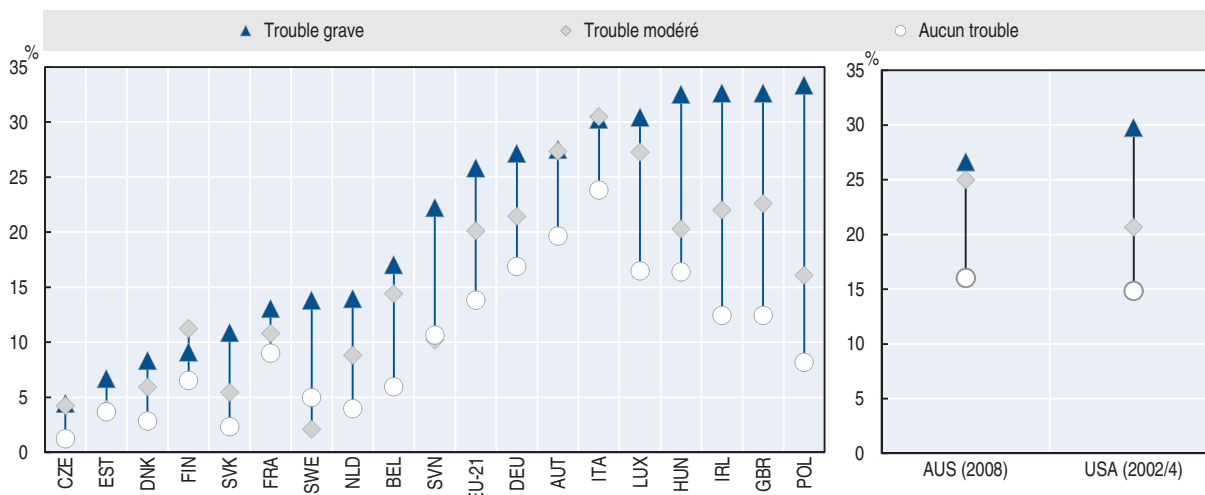
Graphique 2.4. Le décrochage scolaire abaisse le niveau de scolarité atteint et les perspectives d'emploi

**A. Les jeunes avec des troubles mentaux sont plus susceptibles d'arrêter l'éducation précocement**

Part des personnes qui ont quitté l'éducation à temps plein avant 15 ans, selon la gravité des problèmes de santé mentale, 2010

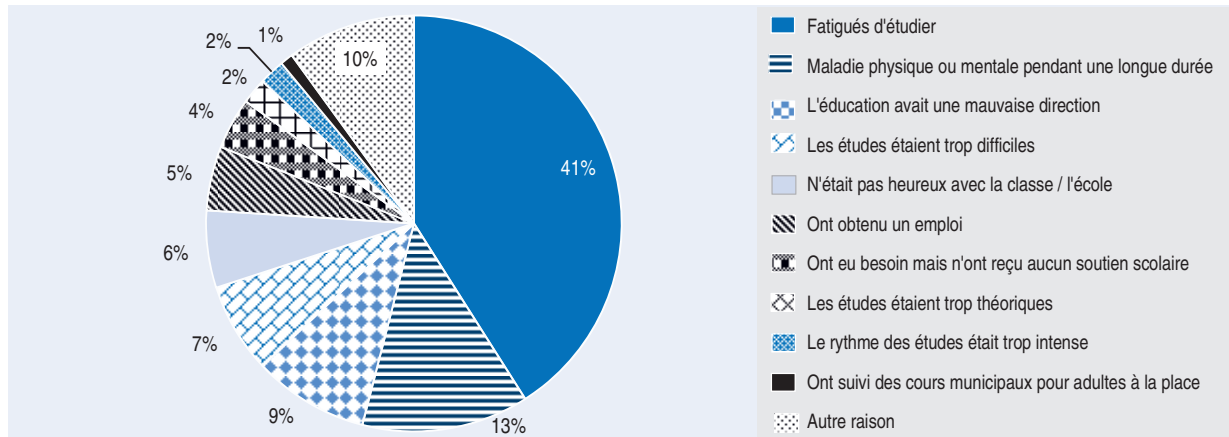
**B. Les jeunes avec des troubles mentaux quittent l'école plus souvent sans diplôme**

Taux de non-achèvement des études secondaires chez les jeunes âgés de 20 ans selon le degré de trouble mental à 18 ans



**C. La mauvaise santé est une raison importante pour le décrochage scolaire**

Débutants à l'école secondaire supérieure qui n'ont pas terminé leurs études selon la raison de l'abandon, Suède, 2000



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

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

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

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

1. relever l'âge de scolarité obligatoire ;
2. créer un registre central de l'abandon scolaire précoce ; et
3. mettre en place des centres spécifiquement dédiés à la gestion des décrocheurs scolaires.

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

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

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

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

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

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

### **Synthèse et recommandations**

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

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

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

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

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

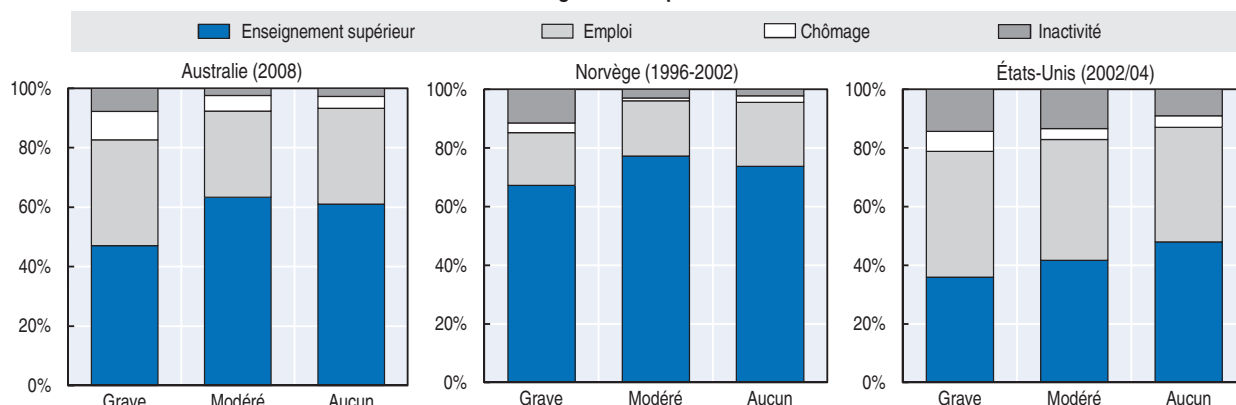
### *L'insertion professionnelle est difficile pour les jeunes défavorisés*

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

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

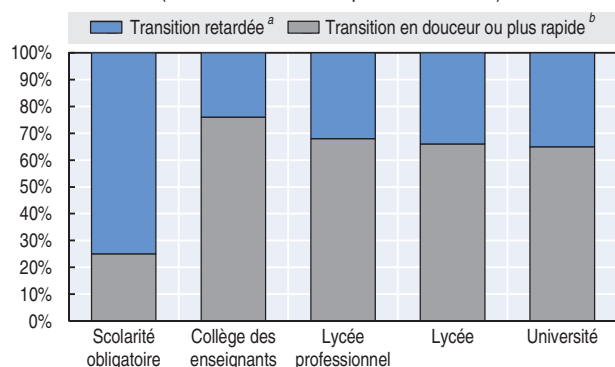
**Graphique 2.5. La transition vers l'emploi est plus difficile pour les jeunes souffrant de troubles mentaux**

**A. Les jeunes qui présentaient un trouble mental plus grave à 18 ans sont moins susceptibles de rentrer dans l'enseignement supérieur à 20 ans**

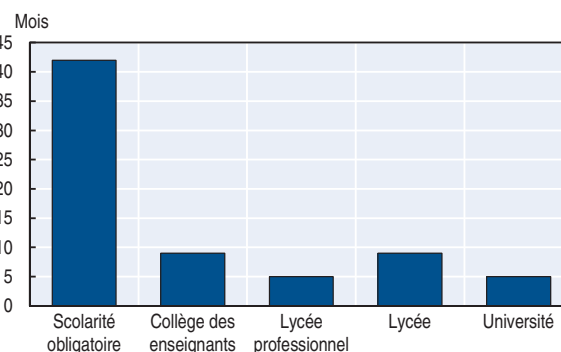


**B. Les jeunes mieux instruits trouvent leur premier emploi beaucoup plus rapidement**

**Distribution de la durée de la transition en Autriche, 2009**  
(niveau d'éducation le plus élevé atteint)

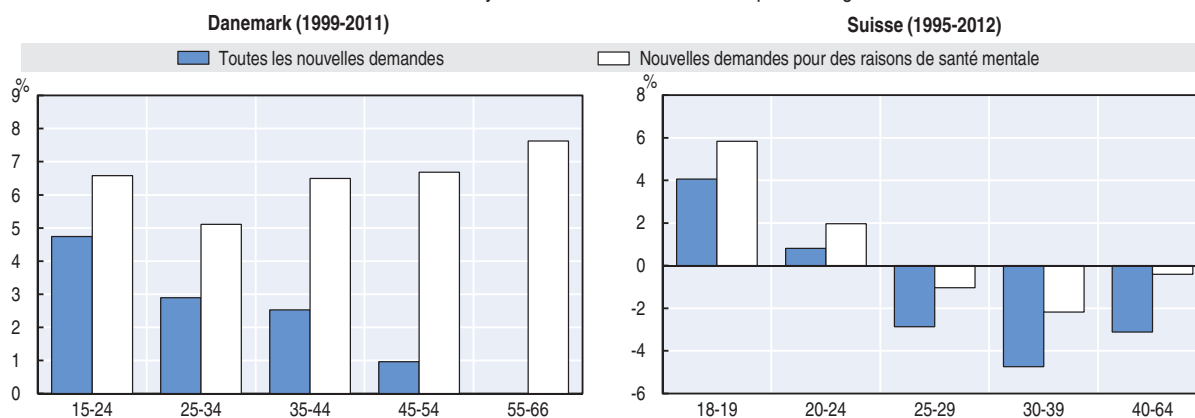


**Durée moyenne de la transition en Autriche, 2009**  
(niveau d'éducation le plus élevé atteint)



**C. Hausse des demandes des prestations d'invalidité chez les jeunes ayant des troubles mentaux**

Taux annuel moyen de nouvelles demandes en pourcentage



- a. Personnes entre 15 et 34 ans qui ont déjà terminé leur formation et qui vivent dans des ménages privés.
- b. La durée de la transition éducation / profession de plus de trois mois (à l'exclusion des personnes ayant déclaré pendant la transition Präsenz- / Zivildienst comme activité principale).

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

### **Synthèse et recommandations**

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

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

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

## RÉFÉRENCES

- Homlong, L., E. Rosvold and O. Haavet (2013), « Can Use of Healthcare Services Among 15-16 Year-olds Predict an Increased Level of High School Dropout? A Longitudinal Community Study », *BMJ Open*.
- Kessler, R. et P. Wang (2008), « The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States », *Annual Review of Public Health*, vol. 29, pp. 115-129.
- Kessler, R. et al. (2005), « Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication », *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, pp. 593-602.
- Kim-Cohen, J. et al. (2003), « Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort », *Archives of General Psychiatry*, vol. 60, pp. 709-717.
- Langeveld, J. et al. (2011), « Teachers' awareness for psychotic symptoms in secondary school: the effects of an early detection programme and information campaign », *Early Intervention in Psychiatry*, vol. 5, pp. 115-121.
- McLeod, J. et D. Fettes (2007), « Trajectories of Failure: The Educational Careers of Children with Mental Health Problems », *American Journal of Sociology*, vol. 113, n° 3, pp. 653-701.
- Merikangas, K. et al. (2010), « Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: Results from the National Comorbidity Study-Adolescent Supplemente (NCS-A) », *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 49, n° 10, pp. 980-89.
- MindMatters (2014), *Background, framework and rationale: MindMatters redevelopment*, [www.mindmatters.edu.au/docs/default-source/fact-sheets/mindmatters---background-framework-and-rationale.pdf?sfvrsn=12](http://www.mindmatters.edu.au/docs/default-source/fact-sheets/mindmatters---background-framework-and-rationale.pdf?sfvrsn=12) (consulté le 11 août 2015).
- Mroz, T. et T. Savage (2006), « The long-term effects of youth unemployment », *The Journal of Human Resources*, vol. 41, n° 2, pp. 259-293.
- OCDE (2015, à paraître), *Mental Health and Work: Austria*, Éditions OCDE, Paris.
- OCDE (2014a), *Santé mentale et emploi : Suisse*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264205192-fr>.
- OCDE (2014b), *Mental Health and Work: Netherlands*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264223301-en>.
- OCDE (2014c), *Perspectives de l'emploi de l'OCDE 2014*, Éditions OCDE, Paris [http://dx.doi.org/10.1787/empl\\_outlook-2014-fr](http://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2014-fr).

- OCDE (2013a), *Santé mentale et emploi : Belgique*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264187597-fr>.
- OCDE (2013b), *Mental Health and Work: Norway*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx/doi/org/10.1787/9789264178984-en>.
- OCDE (2013c), *Mental Health and Work: Denmark*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx/doi/org/10.1787/9789264188631-en>.
- OCDE (2013d), *Mental Health and Work: Sweden*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264188730-en>.
- OCDE (2012), *Mal-être au travail ? : Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*, Santé mentale et emploi, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264124561-fr>.
- OCDE (2010), *Creating Effective Teaching and Learning Environments: First Results from TALIS*, Éditions OCDE, Paris, <http://dx/doi/org/10.1787/9789264068780-en>.
- Ormel, J. et al. (2014), « Mental health in Dutch adolescents: a TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-morbidity of DSM disorders », *Psychological Medicine*, Diffusion en ligne avant impression.
- Philip, J. et al. (2014), « The mental health in Austrian teenagers (MHAT) - Study: preliminary results from a pilot study », *Neuropsychiatrie*, Diffusion en ligne avant impression.
- Royal College of Psychiatrists (2011), « Mental Health of Students in Higher Education », *College Report*, n° CR166, Royal College of Psychiatrists, London.
- Skre, I. et al. (2013), « A school intervention for mental health literacy in adolescents: effects of a non-randomized cluster controlled trial », *BMC Public Health*, vol. 13, n° 873, pp. 1-15.
- Slee, P. et al. (2009), *KidsMatter Primary Evaluation Final Report*, Centre for Analysis of Education Futures, Flinders University of South Australia, Bedford Park.
- Strandh, M. et al. (2014), « Unemployment and mental health scarring during the life course », *European Journal of Public Health*, vol. 24, n° 3, pp. 440-445.
- Veldman, K. et al. (2014), « Mental Health Problems and Educational Attainment in Adolescence: 9-year Follow-up of the TRAILS Study », *PLoS One*, vol. 9, n° 7, pp. 1-7.
- Weare, K. et M. Nind (2011), « Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? », *Health Promotion International*, vol. 26, n° S1, pp. i29-69.
- Wyn, J. et al. (2000), « MindMatters, a whole-school approach promoting mental health and wellbeing », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 34, pp. 594-601.

## FICHES 2.1 À 2.13

- Fiche 2.1. Norvège : Améliorer les connaissances en santé mentale des enseignants et des élèves
- Fiche 2.2. Australie : KidsMatter et MindMatters – Promouvoir les programmes de santé mentale dans les écoles
- Fiche 2.3. Belgique : Services d'accompagnement interne à l'école
- Fiche 2.4. Suède : Les Centres de consultation pour la jeunesse viennent en aide aux jeunes souffrant de problèmes multiples
- Fiche 2.5. Australie : Headspace – Fournir des services aux jeunes souffrant de troubles mentaux
- Fiche 2.6. Belgique: Centres d'orientation des élèves
- Fiche 2.7. Pays-Bas : Des Équipes régionales de soins et de conseil pour les jeunes scolarisés
- Fiche 2.8. Pays-Bas : Prévenir l'abandon scolaire précoce
- Fiche 2.9. Australie : Youth Connections – rétablir des liens entre les jeunes démobilisés et l'enseignement, la formation et l'emploi
- Fiche 2.10. Autriche : Jugendcoaching – Aider les jeunes à rester dans le système éducatif
- Fiche 2.11. Danemark : Centres municipaux d'orientation des jeunes
- Fiche 2.12. Suède : Centres d'orientation destinés aux jeunes chômeurs
- Fiche 2.13. Australie : Orygen Youth Health – Intégrer les services de l'emploi dans un cadre clinique

## Fiche 2.1

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

#### Contexte

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

#### Programme

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

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

#### Résultats

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

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

#### Pour en savoir plus

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

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

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

## Fiche 2.2

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

#### Contexte

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

#### Programme

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

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

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

#### Résultats

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

#### Pour en savoir plus

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

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

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

### Fiche 2.3

#### Belgique : Services d'accompagnement interne à l'école

##### Contexte

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

##### Programme

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

##### Résultats

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

##### Pour en savoir plus

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

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



### Fiche 2.4

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

### Contexte

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

### Programme

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

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

### Résultats

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

### Pour en savoir plus

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

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

## Fiche 2.5

### Australie : *HeadSpace* – Fournir des services aux jeunes souffrant de troubles mentaux

#### Contexte

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

#### Programme

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

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

#### Résultats

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

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

#### Pour en savoir plus

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

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

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

## Fiche2.6

### Belgique: Centres d'orientation des élèves

#### Contexte

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

#### Programme

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

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

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

#### Résultats

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

#### Pour en savoir plus

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

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

## Fiche 2.7

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

#### Contexte

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

#### Programme

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

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

#### Résultats

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

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

#### Pour en savoir plus

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

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

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

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

## Fiche 2.8

### Pays-Bas : Prévenir l'abandon scolaire précoce

#### Contexte

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

#### Programme

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

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

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

#### Résultats

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

#### Pour en savoir plus

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

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

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

## Fiche 2.9

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

#### Contexte

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

#### Programme

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

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

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

#### Résultats

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

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

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

#### Pour en savoir plus

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

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

## Fiche 2.10

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

#### Contexte

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

#### Programme

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

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

#### Résultats

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

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

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

#### Pour en savoir plus

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

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

## Fiche 2.11

### Danemark: Centres municipaux d'orientation des jeunes

#### Contexte

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

#### Programme

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

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

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

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

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

#### Résultats

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

#### Pour en savoir plus

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

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



## Fiche 2.12

### Suède : Centres d'orientation destinés aux jeunes chômeurs

#### Contexte

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

#### Programme

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

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

#### Résultats

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

#### Pour en savoir plus

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

### Fiche 2.13

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

##### Contexte

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

##### Programme

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

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

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

##### Résultats

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

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

##### Pour en savoir plus

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

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



Extrait de :

## Fit Mind, Fit Job

From Evidence to Practice in Mental Health and Work

Accéder à cette publication :

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

### Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2015), « Garantir un bon niveau d'instruction et un passage réussi de l'école à l'emploi aux jeunes atteints de troubles mentaux », dans *Fit Mind, Fit Job : From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264242074-6-fr>

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

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