

Santé mentale et bien-être en Europe

L'approche extrahospitalière
personnalisée





S'attaquer à la
stigmatisation



Faire participer
les usagers

Encourager le
bien-être

A propos d'ESN

Le Réseau Social Européen (ESN) rassemble des personnes qui jouent un rôle déterminant dans la conception et l'offre de services publics locaux d'aide sociale à travers toute l'Europe, de façon à ce qu'elles apprennent les unes des autres et enrichissent leur expérience et expertise pour élaborer une politique et une pratique sociales efficaces. Avec nos membres, nous sommes déterminés à fournir des services publics d'aide sociale de qualité pour tous et surtout à contribuer à l'amélioration des conditions de vie des personnes les plus vulnérables de nos sociétés dans toute l'Europe.

Financement

Le Réseau social européen est financé par le Programme de la Communauté européenne pour l'emploi et la solidarité sociale (PROGRESS 2007-2013).

Ce programme a été créé pour soutenir financièrement la mise en œuvre des objectifs de l'Union européenne en matière d'emploi et d'affaires sociales, tels qu'énoncés dans l'Agenda social, et contribuer ainsi à la réalisation des objectifs de la stratégie de Lisbonne dans ces domaines.

Ce programme de sept ans cible toutes les parties prenantes qui peuvent contribuer à définir une législation et des politiques appropriées et efficaces en matière d'emploi et d'action sociale dans l'ensemble de l'UE-27, l'AELE et les pays candidats et pré-candidats à l'UE. À cet effet, le programme PROGRESS 2007-2013 vise à :

- fournir des analyses et des conseils stratégiques dans les domaines de l'emploi, de la solidarité sociale et des politiques d'égalité des sexes ;
- assurer le suivi et faire des rapports sur la mise en œuvre de la législation et des politiques communautaires relatives à l'emploi, la solidarité sociale et l'égalité des sexes ;
- promouvoir le transfert des politiques, l'apprentissage et le soutien entre les États membres concernant les objectifs de l'UE et les priorités, et
- relayer les vues des parties prenantes et de la société en général.

Les informations contenues dans ce rapport ne reflètent pas nécessairement la position ou l'opinion de la Commission européenne.

Pour en savoir davantage sur PROGRESS, visitez le site: www.ec.europa.eu/progress.

Remerciements

ESN tient à remercier les membres mentionnés ci-après qui ont participé à ses travaux sur la santé mentale en 2010-11 :

Hristo Bozov, maire-adjoint et *Maria Petrova*, Municipalité de Varna, Bulgarie

Anders Møller Jensen, Ancien directeur des services sociaux et psychiatriques, Danemark

Marianne Cohen, Recovery DK, département des services sociaux, ville d'Aarhus, Danemark

Eija Stengård, Unité de promotion de la santé mentale, Institut national de la santé et de l'action sociale, Finlande

Antje Welke et *Edna Rasch*, Département de la vieillesse, soins infirmiers, rééducation et santé, Association allemande pour l'action sociale publique et privée, Allemagne

Patricia Cussen, *Terry Madden* et *Eithne O'Donnell*, Service logement et action sociale, Conseil municipal de la ville de Dublin, Irlande

Lorenzo Rampazzo et *Andrea Angelozzi*, Services de santé mentale, Région de Vénétie, Italie

Susana Garcia Heras et *Marta Nieto*, Fondation santé et action sociale de Castilla La Mancha, Espagne

Lucy Butler et *Claire Barcham*, Réseau sur la politique en matière de santé mentale, drogue et alcool, Association des directeurs des services sociaux pour adultes (ADASS), R.-U.

Pour leur précieuse contribution à ce travail, ESN tient également à remercier :

Lise Jul Pedersen, Mouvement danois des usagers / ANTV / Comité de pilotage, Département des services sociaux, Ville d'Aarhus, Danemark

Mary Nettle, Réseau européen des (anciens) usagers et survivants de la psychiatrie (ENUSP), R.-U.

Martin Knapp, LSE, King's College London, Institut de psychiatrie, Ecole pour la recherche en action sociale du NIHR, R.-U.

Même si ce rapport s'appuie sur les connaissances et expériences de ces personnes, ESN conserve la responsabilité éditoriale de toute inexactitude ou incohérence qu'il peut contenir.

Vous trouverez de plus amples informations sur le travail d'ESN en matière de santé mentale sur le site: www.esn-eu.org/mental-health et auprès de alfonso.montero@esn-eu.org.

Table des matières

Messages principaux	6
Introduction	7
Chapitre 1 Contexte politique européen et national	8
Chapitre 2 S'attaquer à la stigmatisation	11
Santé mentale en Europe	
Dimensions de la stigmatisation sociale	
L'expérience personnelle de la honte chez les usagers	
S'attaquer à l'opprobre sociale en pratique: la région de Castilla La Mancha (Espagne)	
Chapitre 3 Rétablissement: une démarche personnalisée	15
Définir l'approche personnalisée	
Comprendre le rétablissement	
Rétablissement en pratique: l'expérience menée à Aarhus (Danemark)	
Rétablissement en pratique: les expériences menées en Irlande	
Chapitre 4 Inclusion active sur le marché du travail	21
Comprendre les tendances de l'emploi	
Cadre législatif et politique	
Les approches actuelles de l'inclusion active	
Inclusion active en pratique: l'exemple de Trévise, région de Vénétie, Italie	
Inclusion active en pratique: le programme du gouvernement britannique pour la période 2008-11	
Chapitre 5 Investir dans le bien-être mental sur le lieu de travail	29
Collecte d'informations	
Promouvoir la santé mentale par le bien-être au travail	
Bien-être en pratique: une compagnie de téléphonie de premier plan	
Bien-être en pratique: autorité de santé locale à Vérone (Vénétie, Italie)	
Bien-être en pratique: le programme national finlandais de lutte contre la dépression	
Conclusions	37
Action européenne commune en matière de santé mentale et de bien-être	38
Glossaire	39
Bibliographie	43

MESSAGES PRINCIPAUX

Compte tenu de l'incidence personnelle, sociale et économique d'une mauvaise santé mentale, celle-ci devrait être une préoccupation majeure lors de l'élaboration des politiques dans tous les domaines, et pas seulement ceux de l'action sociale et de la santé.

Les services de santé mentale primaires, collectifs et d'urgence ont un rôle déterminant à jouer dans la défense des droits des personnes ayant des problèmes de santé mentale et dans l'amélioration de leur qualité de vie. Il faut combattre la stigmatisation de façon à améliorer la qualité de vie des personnes ayant un problème de santé mentale.

Les services de santé mentale devraient être personnalisés et viser le rétablissement des usagers de services. Les services de santé mentale devraient :

- Reconnaître les ressources et les atouts des utilisateurs de services et les aider à améliorer leur vie.
- Faire participer les utilisateurs à la conception, à la fourniture des services, et à la formation des professionnels.
- S'appuyer sur l'expertise des professionnels de différents secteurs, tels que ceux de l'aide sociale, la santé, l'éducation, l'emploi et le logement.
- Travailler de façon proactive avec le secteur privé et bénévole dans l'intérêt des usagers des services.
- Être établis dans la communauté plutôt que dans les institutions.

Les responsables politiques nationaux et régionaux devraient veiller à ce que les services de santé mentale primaires, collectifs et d'urgence soient soutenus par un cadre politique clair et des moyens financiers suffisants et durables.

Une attention toute particulière devrait être accordée aux différents besoins des enfants, des jeunes et des personnes âgées ayant des problèmes de santé mentale afin de promouvoir leur rétablissement et intégration sociale.

Il faut envisager l'inclusion active sur le marché du travail des personnes en âge de travailler qui ont un problème de santé mentale comme une étape positive dans leur processus de rétablissement.

Tous les employeurs doivent veiller à mener des stratégies qui favorisent le bien-être psychologique au travail.

Pour ajouter de la valeur aux politiques des États membres, l'Union européenne devrait continuer à soutenir les actions dans le domaine de la santé mentale par le biais de la recherche, la sensibilisation, l'échange de bonnes pratiques et l'élaboration de politiques dans le contexte de la Stratégie Europe 2020¹.

¹ Voir déclaration de politique d'ESN : Mental Health and the Europe 2020 Strategy (en anglais uniquement), disponible en ligne à l'adresse : <http://www.esn-eu.org/mental-health>

Introduction

Les personnes ayant des problèmes de santé mentale rencontrent des préjugés et obstacles à leur pleine intégration dans la société. Elles peuvent se heurter à la pauvreté, au chômage, à un logement précaire, à l'usage de drogue et d'alcool, à un réseau familial et d'aide sociale défaillant. Une personne sur quatre étant confrontée à un problème de santé mentale au cours de sa vie, on estime que les coûts économiques sont de l'ordre de 2000 € par an pour chaque ménage européen².

La (mauvaise) santé mentale est un problème social et économique majeur en Europe aujourd'hui. Les services de santé mentale, dirigés par les professionnels de la santé, mettent traditionnellement l'accent sur les aspects cliniques des problèmes de santé mentale et ont peut-être trop compté sur l'enfermement et l'hospitalisation de longue durée. Les usagers se sont rendus compte que cette démarche ne répondait pas à leurs besoins et ont fait campagne pour que des changements soient apportés sur la base de leur expérience personnelle. Bien que la situation varie à travers l'Europe, on insiste dorénavant sur une approche plus personnalisée, fondée sur les droits des usagers de services.

Les services sociaux, dont la vocation est d'aider les gens à gérer ou à surmonter des circonstances de vie difficiles, sont bien placés pour soutenir ces changements. Les services sociaux gèrent, financent et coordonnent des soins essentiels et accompagnent les personnes confrontées à l'exclusion sociale et à la pauvreté. Ce soutien peut prendre de nombreuses formes, telles que de travailler avec les groupes vulnérables, par exemple les personnes âgées, les enfants et les jeunes qui peuvent souffrir de mauvais traitements ou de négligence et sont donc plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé mentale. Les services sociaux apportent également un soutien aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale complexes, récurrents et de longue durée. Ils offrent des soins multidisciplinaires et une aide à domicile aux personnes qui ont des besoins pressants en matière de santé mentale et qui, autrement, seraient hospitalisés. En outre, selon le pays, ils peuvent soit prendre en charge, soit contribuer à une évaluation de la santé mentale d'une personne susceptible d'entraîner une hospitalisation sous contrainte, en vertu de la législation relative à la santé mentale.

D'un point de vue éthique, il convient de fournir des services aux personnes ayant un problème de santé mentale. Par ailleurs, les coûts économiques d'une santé mentale déficiente sont considérables, non seulement en termes de services et d'avantages, mais aussi pour les entreprises et l'ensemble de l'économie. Cela signifie qu'il est de plus en plus justifié d'investir dans la promotion d'une santé mentale positive, par exemple, sur le lieu de travail.

En 2010, ESN a mis en place un groupe de travail sur la santé mentale et le bien-être, composé de directeurs des services de santé et des services sociaux locaux, de responsables politiques locaux et de chercheurs de huit pays européens³. Il a examiné l'offre de services, y compris une série de partenariats entre les intervenants aux niveaux local, régional et national. Le Groupe a travaillé en étroite collaboration avec la Commission européenne et d'autres intervenants dans le cadre du Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être tout au long de l'année 2010 et 2011.

² McDaid D. (2011) Document de travail pour la conférence thématique sur la promotion de la santé mentale et le bien-être sur le lieu de travail, Luxembourg : Communautés européennes.

³ Bulgarie, Danemark, Finlande, Allemagne, Irlande, Italie, Espagne et Royaume-Uni (Voir remerciements à la page X)

Le présent rapport vise à partager les connaissances et les apprentissages du groupe de travail et du Pacte européen. Il couvre plusieurs domaines connexes : la stigmatisation ; les services personnalisés et le rétablissement ; la participation au marché du travail des personnes ayant des problèmes de santé mentale et la promotion de la santé mentale. Il vise également à sensibiliser non seulement aux conséquences sociales, mais aussi économiques de la mauvaise santé mentale sur la base de la stratégie Europe 2020. Le rapport plaide en faveur de services personnalisés, fournis par des professionnels de la santé et de l'action sociale qui travaillent ensemble, en mettant fortement l'accent sur la participation active des usagers des services.

CHAPITRE 1 : Contexte politique européen et national

La santé mentale, qui était négligée depuis longtemps, figure ces dernières années en meilleure place dans les programmes nationaux et européens. L'action européenne en matière de santé mentale vise à apporter une valeur ajoutée à la promotion de la santé mentale et des services de santé mentale dans les États membres. Tel était l'objectif du Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être lancé par l'UE en 2008. Dans tous les pays européens, la responsabilité de répondre aux besoins des personnes ayant des problèmes de santé mentale dans le secteur public a tendance à être fragmentée : elle peut relever soit des services de santé, soit des services sociaux, ou les deux, et être fournie par différents niveaux de gouvernement.

En 2001, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié un rapport affirmant que la santé mentale - négligée depuis trop longtemps - était cruciale pour le bien-être général des individus, des sociétés et des pays. En 2005, les 52 États membres de la région européenne de l'OMS ont avalisé une Déclaration et un Plan d'action sur la santé mentale axés sur la lutte contre la stigmatisation, la promotion d'une santé mentale positive et la prévention des maladies mentales, l'offre et l'accès à des services extrahospitaliers et l'établissement de partenariats entre les secteurs.

En 2005, la Commission européenne a publié un Livre vert destiné à stimuler le débat sur une éventuelle initiative de l'Union européenne en matière de santé mentale. La consultation a eu lieu en 2006 et ses résultats ont inspiré la rédaction du Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être lancé en 2008. Dans ce pacte, les institutions européennes, les États membres et les différentes parties prenantes s'engagent à agir dans les domaines suivants :

1. Prévention de la dépression et du suicide
2. Santé mentale chez les jeunes et dans le système éducatif
3. Santé mentale des personnes âgées
4. Lutte contre la stigmatisation et l'exclusion sociale
5. Santé mentale sur le lieu de travail

Le Pacte est mentionné (en passant) dans la Plate-forme européenne contre le pauvreté et l'exclusion sociale, comme une "initiative phare" de la stratégie Europe 2020. Cette stratégie comprend également les objectifs d'augmenter le taux d'emploi en Europe et de sortir 20

millions de personnes de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Les objectifs de la Stratégie recoupent plusieurs préoccupations soulevées dans le présent rapport. La santé mentale, bien qu'il n'en soit pas fait spécifiquement mention, est peut-être également un problème pour certains groupes de personnes identifiées comme étant particulièrement “menacées de pauvreté et d'exclusion sociale” comme les jeunes chômeurs et les sans-abri.

La démarche européenne relative à la santé mentale entend valoriser la promotion de la santé mentale et des services dans les États membres. Partout en Europe, la responsabilité du secteur public de répondre aux besoins des personnes ayant des problèmes de santé mentale a tendance à être fragmentée : cela peut être une responsabilité soit des services de santé, soit des services sociaux (ou des deux) fournis par les différents niveaux de gouvernement.

La partie suivante donne un bref aperçu de la politique nationale et régionale et du cadre juridique dans différents endroits d'Europe⁴, y compris des initiatives visant à promouvoir les partenariats - arrangements de travail entre le secteur public et la communauté, au sens plus large. Dans la plupart des cas, les gens ayant des problèmes de santé mentale entrent dans la catégorie des “personnes handicapées”, et leurs droits sont couverts par la législation ordinaire : la constitution nationale, les lois sur le travail et l'égalité ou la lutte contre la discrimination. Dans d'autres cas, des lois nationales et régionales spécifiques définissent l'emploi, par exemple, comme un outil de réinsertion pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale.

En **Bulgarie**, une réforme est mise en œuvre depuis 2003 dans le domaine de la protection sociale et de l'intégration des personnes ayant des problèmes de santé mentale. La priorité principale a été la désinstitutionalisation et la création de services sociaux de proximité pour assurer une vie relativement indépendante et promouvoir l'inclusion sociale. Les services sociaux, les centres de jour pour enfants et adultes et les logements protégés, sont financés par l'État et gérés par les municipalités qui sont autorisées à fournir les services directement ou à les confier à des sous-traitants.

Au **Danemark**, les services publics destinés aux personnes ayant des problèmes de santé mentale sont organisés par les services sociaux et de santé. La psychiatrie hospitalière et de district relève du ministère de l'Intérieur et de la Santé ; les services psychiatriques et les traitements médicaux sont prévus, réglementés et fournis par les régions. La psychiatrie sociale est une responsabilité du ministère des Affaires sociales et elle est mise en œuvre par les autorités locales, soit dans leurs unités d'invalidité, soit dans les unités de santé. La collaboration pour la planification et la prestation des services se base sur des accords officiels et généraux sur la santé entre une région et ses municipalités.

En **Allemagne**, plusieurs institutions sont responsables du financement des services sociaux, y compris l'assurance-maladie, l'assurance soins de longue durée et les services de santé des pouvoirs locaux. Les services de santé mentale sont fournis par les services publics, privés et bénévoles d'aide sociale, tels que les hôpitaux spécialisés en psychiatrie ou ayant des unités psychiatriques, les services psycho-sociaux ou les services de santé mentale locaux tels que les centres de jour gérés par les ONG sociales, avec le soutien de la région et des municipalités.

En **Finlande**, le système de soins de santé est décentralisé et structuré au niveau local par les municipalités. Elles sont responsables de l'organisation des soins de santé mentale ambulatoires et des services de rétablissement dans les centres de soins de santé primaires et les services sociaux. Le ministère des Affaires sociales et de la Santé est chargé de réglementer et de planifier de manière générale les services de santé mentale, et de produire des lignes directrices, par exemple sur les logements supervisés, les drogues et

⁴ Les huit pays couverts sont ceux qui sont représentés dans le groupe de travail d'ESN sur la santé mentale.

l'alcool. Malgré l'autonomie des municipalités pour organiser les services, beaucoup adoptent les recommandations du gouvernement central.

En **Angleterre** (Royaume-Uni), les services de santé mentale sont principalement assurés par les services sociaux et de santé "hébergés" dans l'infrastructure locale du National Health Service (NHS). Un certain nombre de municipalités (comtés et autorités administratives) ont conclu des accords juridiques avec les fonds locaux du NHS pour reprendre la gestion directe du personnel et des ressources de la protection sociale au NHS. La législation a été progressivement révisée pour évoluer vers un modèle intégré mettant l'accent sur les déterminants sociaux de la santé mentale.

En **Italie**, la santé est une compétence régionale, tandis que les services sociaux sont de la responsabilité des municipalités. Si l'on prend l'exemple de la région de Vénétie, chaque autorité locale de santé dispose d'un service de santé mentale qui prend en charge les adultes, les moins de 18 ans étant renvoyés à l'unité pour enfants et les personnes âgées (plus de 65 ans) à l'Unité des personnes âgées. Toutefois, un toxicomane ayant des problèmes de santé mentale serait renvoyé aux services sociaux. Le service de santé mentale de l'autorité de santé locale est responsable de tous les besoins sociaux et de santé d'un individu. Par exemple, si les utilisateurs ont des problèmes d'emploi, de logement, etc., il est en mesure de les aider via une équipe intégrée, composée de psychiatres et d'assistants sociaux.

En **Espagne**, les politiques sociales et de santé sont décentralisées et les régions déterminent l'organisation des services sociaux et de santé. Alors que dans certaines régions, la responsabilité des services de santé mentale relève de deux pouvoirs publics régionaux différents, d'autres régions autonomes ont intégré les services sociaux et de santé dans le même organisme (par exemple, la région de Castilla-La Mancha). Les services de santé mentale font partie du système de santé national qui se compose du gouvernement national et des organismes régionaux de gestion des soins de santé.

La situation varie selon les pays participant au groupe de travail d'ESN. Un des principaux problèmes qui sera abordé plus loin dans ce rapport est celui de la coordination des services.

CHAPITRE 2 : S'attaquer à la stigmatisation

Tant la stigmatisation de la part du public que l'auto-stigmatisation peut être un obstacle majeur à l'inclusion sociale des personnes ayant un problème de santé mentale et représenter une violation de leurs droits humains. On dit que l'on peut éprouver de la honte non seulement dans la vie quotidienne, mais aussi à l'intérieur des services de santé mentale. Des mesures devraient être prises pour éliminer le jugement moral, en faisant mieux connaître la santé mentale et en changeant la façon dont elle est perçue non seulement du grand public, mais aussi par les professionnels de l'action sociale et de la santé, voire par les personnes qui ont elles-mêmes un problème de santé mentale. La lutte contre la stigmatisation est essentielle pour que la guérison, l'inclusion active et la promotion de la santé mentale soient aussi efficaces que possible.

2.1 Santé mentale en Europe

Environ un citoyen de l'UE sur dix connaît, à un moment donné de sa vie, des problèmes de santé mentale et, dans de nombreux pays européens, la dépression est le problème de santé le plus courant⁵. Une étude paneuropéenne réalisée en 2006 sur 466 millions de personnes dans 28 pays a estimé qu'au moins 21 millions d'hommes et de femmes étaient touchés par la dépression chaque année⁶. Le suicide représente une cause importante de décès, puisqu'il concerne environ 55.000 Européens⁷ chaque année, dont trois quarts d'hommes⁸. La mauvaise santé mentale touche environ 27% (83m.) d'Européens chaque année⁹.

Il est également important d'établir une distinction entre la maladie mentale et la santé mentale. La maladie mentale indique un état clinique de l'esprit diagnostiqué et recouvre des troubles tels que la psychose, la schizophrénie ou le trouble bipolaire. La santé mentale, quant à elle, est utilisée dans le sens de bien-être mental : elle concerne le fonctionnement et la santé de l'esprit, couvrant le bonheur et la capacité de résister aux événements de la vie. Cependant, il est normal que l'on ait de mauvaises réactions psychologiques face à des événements de la vie tels que l'apparition d'une maladie physique, l'acquisition d'une déficience, la perte d'un parent ou un accroissement des exigences de travail. En fait, de nombreux problèmes de santé mentale se produisent au même moment et agissent comme catalyseur d'effets plus graves sur la vie professionnelle et sociale.

Un problème de santé mentale peut survenir à tout âge et miner la capacité d'une personne à évoluer dans la société. Bien que les symptômes de problèmes de santé mentale puissent entraîner l'invalidité, porter atteinte aux réseaux sociaux ou provoquer des difficultés à développer des compétences professionnelles ou interpersonnelles, le diagnostic de ces problèmes peut aussi avoir des effets indésirables sur la capacité sociale et fonctionnelle de l'individu, à cause de la dévalorisation liée aux problèmes de santé mentale.

⁵ Eurobaromètre spécial (2010) 345/Wave 73.2 Mental Health –TNS Opinion & Social.

⁶ Sobocki P., Jönsson B., Angst J. et Rehnberg C. (2006) Cost of Depression in Europe, *The Journal of Mental Health Policy and Economics* 9, 87-98.

⁷ Eurobaromètre spécial (2010) 345/Wave 73.2 Mental Health –TNS Opinion & Social.

⁸ Communautés européennes (2008) Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être. Disponible en ligne sur : http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_fr.pdf

⁹ O'Sullivan C., Thornicroft G., Layte R., Burfeind C., McDaid D., Salize H.J., Daumerie N. et Caria A. (2010) Document de travail pour la conférence thématique sur la promotion de l'inclusion sociale et la lutte contre la stigmatisation pour une meilleure santé mentale et le bien-être, Luxembourg: Communautés européennes.

2.2 Dimensions de la stigmatisation sociale

Dans le domaine de la santé mentale, la stigmatisation est un processus social que l'on peut définir comme l'apparition d'une série d'attitudes, de croyances, de pensées ou de comportements négatifs qui influencent un individu ou un groupe à craindre, éviter, ou discriminer les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Ce jugement moral peut déboucher sur un certain nombre d'obstacles à l'entrée en traitement, car les personnes ayant des problèmes de santé mentale peuvent tenter d'essayer d'éviter l'étiquette de "malade mental" et l'association avec les services de santé mentale¹⁰. La stigmatisation comprend trois aspects connexes (l'ignorance, les préjugés et la discrimination) et deux manifestations : la stigmatisation publique (c.-à-d., la réaction du public à l'encontre de ceux qui ont un problème de santé mentale) et l'auto-stigmatisation (c'est-à-dire les préjugés que les personnes ayant un problème de santé mentale ont par rapport à elles-mêmes)¹¹.

Stigmatisation	Stéréotype	Préjugé	Discrimination
	Méconnaissance	Attitude	Comportement
Stigmatisation publique	Opinion négative sur un groupe (par ex., le fait qu'il soit dangereux, incompetent, faible de caractère)	Accord avec l'idée et/ou réaction émotionnelle négative (par ex., la colère, la peur)	Réaction au préjugé (par ex., évitement, refus d'offrir des possibilités d'emploi ou de logement, refus d'apporter de l'aide)
Auto-stigmatisation	Opinion négative sur soi (par ex., faiblesse de caractère, incompetence)	Accord avec l'idée, la réaction émotionnelle négative (par ex., faible confiance en soi, faible autoefficacité)	Réaction au préjugé (par ex., n'arrive pas à continuer à chercher des possibilités de travail et de logement)

Graphe 1 : Comparaison et confrontation de la stigmatisation publique et de l'autostigmatisation, en utilisant les définitions de Corrigan.

Les personnes ayant des problèmes de santé mentale font partie de celles qui sont les plus exclues sur l'ensemble des citoyens européens¹². Les idées courantes sur la folie, le danger, la violence ou l'incapacité à faire face se répandent avec une régularité alarmante dans les médias et la société en général¹³.

¹⁰ Corrigan P.W., Markowitz F.E. and Watson A.M. (2004) Structural levels of mental illness stigma and discrimination, *Schizophrenia Bulletin* 30(3), 481-491.

¹¹ Corrigan P.W. et Watson A.C. (2002) Understanding the impact of stigma on people with mental illness, *World Psychiatry* 1(1), 16-20.

¹² Grammenos S. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (2003), Illness, disability and social inclusion, Luxembourg : Communautés européennes. Disponible en ligne à l'adresse: <http://www.eurofound.eu.int/publications/EF0335.htm>.

¹³ Sayce L. et Curran C. (2007) Tackling social exclusion across Europe dans *Mental health policy and practice across Europe*, Open University Press, Organisation mondiale de la santé, pour le compte de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.

2.3 L'expérience personnelle de la honte chez les usagers

On peut rencontrer l'opprobre et la discrimination dans la société au sens large, ainsi que dans les structures des services sociaux et de santé. Cette discrimination structurelle peut s'expliquer par la faible priorité politique accordée à la santé mentale, par l'absence de législation spécifique ou de budgets consacrés à la santé mentale¹⁴.

Les usagers des services de santé mentale se sont exprimés sur différentes situations de vie dans lesquelles ils s'étaient sentis victimes de discrimination de la part du personnel travaillant dans les services de santé mentale¹⁵. Mary Nettle, une consultante usagère de services de santé mentale au Royaume-Uni a indiqué qu'il pouvait être difficile pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale d'obtenir des fonds personnels, car elles ne sont pas jugées aptes à s'occuper de leur argent.

Claire Barcham (ADASS, Royaume-Uni) a ajouté que les personnes qui bénéficient d'un budget personnel voudraient peut-être consacrer leur argent à un chien d'assistance, un massage ou une affiliation à un club plutôt qu'aux services traditionnels comme un centre de jour. Lise Jul Pedersen, du mouvement danois des utilisateurs, soutient que l'éducation est vitale : "Je pense qu'il est nécessaire de changer la façon de penser des professionnels avant qu'ils ne commencent à effectivement traiter les gens ayant des problèmes de santé mentale."

La stigmatisation, que ce soit dans la vie quotidienne ou dans les services de santé mentale, peut représenter une violation des droits humains des personnes souffrant de problèmes de santé mentale en vertu de diverses lois nationales et internationales. La Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées¹⁶ par exemple, consacre le droit à une "reconnaissance égale devant la loi" et à "vivre de façon indépendante et de participer pleinement à tous les aspects de la vie."

2.4 S'attaquer à l'opprobre sociale en pratique : la région de Castilla-La Mancha (Espagne)

"Les activités visant à combattre l'opprobre sociale doivent être coordonnées, prévoir des indicateurs clés et une évaluation claire, ainsi que la participation de différentes institutions et d'agents sociaux." **Marta Nieto et Susana Garcia Heras, Fondation de santé et d'action sociale à Castilla-La Mancha, Espagne**

"Nous devons encourager la participation des personnes atteintes de maladie mentale à la conception, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des stratégies de lutte contre la stigmatisation." **Antje Welke, Service du vieillissement, soins infirmiers, réinsertion et santé, Association allemande pour l'action sociale privée et publique**

Cela étant dit, quelles sont les stratégies qui devraient être adoptées pour lutter contre la stigmatisation et garantir la pleine intégration sociale et participation des personnes ayant

¹⁴ OMS (2005) Mettre fin aux violations des droits de l'homme dont sont victimes les personnes souffrant de troubles mentaux, Genève. Disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr68/fr/index.html>.

¹⁵ ESN (2010) Implementing local personalised services: recovery from a professional and user's perspective, *atelier d'ESN*, 8 novembre 2010, Lisbonne.

¹⁶ Convention relative aux droits des personnes handicapées, de l'Assemblée générale des Nations Unies, (2007); Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 24 janvier 2007, A/RES/61/106. Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.unhcr.org/refworld/docid/45f973632.html>.

des problèmes de santé mentale? De l'expérience du groupe de travail sur la santé mentale d'ESN, les mesures visant à prévenir et à lutter contre la stigmatisation doivent avoir au moins trois objectifs :

- Améliorer la connaissance des troubles mentaux, leurs causes, les traitements, le diagnostic, etc.
- Changer les attitudes négatives par rapport aux maladies mentales et aux personnes ayant des problèmes de santé mentale et promouvoir des attitudes et des images positives.
- Mettre fin à la discrimination structurelle dans le secteur de la santé mentale.

La région de Castilla-La Mancha, par exemple, a conçu une stratégie comprenant différentes mesures selon les groupes cibles :

- Les personnes ayant des problèmes de santé mentale et leurs familles : promouvoir la participation et l'autonomisation par le soutien des pairs et des interventions psychologiques sur l'auto-stigmatisation.
- Les professionnels de la santé et les services de santé : puisque les professionnels des soins de santé et de l'aide sociale peuvent être une source de dévalorisation, des stratégies en matière d'éducation, d'information et de formation sont recommandées. Les services de santé mentale et les services sociaux devraient s'orienter vers une approche de rétablissement.
- Les médias : le fait de protester contre les médias qui donnent des informations trompeuses sur la maladie mentale (traitement, causes et effets) et d'élaborer des lignes directrices à l'attention des journalistes pourrait modifier la façon dont les médias informent sur les maladies mentales. Les médias peuvent être à l'origine d'images positives sur les personnes atteintes de problèmes de santé mentale. Des campagnes spécifiques peuvent être imaginées et évaluées.
- Marché du travail : des programmes d'embauche subventionnée, l'adaptation de l'environnement de travail aux caractéristiques et besoins des personnes ayant des problèmes de santé mentale, des stratégies spécifiques de sensibilisation à la santé mentale, des avantages fiscaux et sociaux pour les employeurs.
- Éducation : des activités visant à promouvoir une santé mentale positive et des informations sur les problèmes de santé mentale pourraient être mises en oeuvre, en encourageant l'acceptation de la diversité dans les écoles.

CHAPITRE 3

Rétablissement : une démarche personnalisée

Les expériences de pratiques actuelles dans différents pays européens montrent que les services sociaux et de santé ont évolué vers une approche personnalisée et focalisée sur le rétablissement. Elles montrent quelques-uns des problèmes permanents que représente le fait de privilégier les utilisateurs de services et d'intégrer les services sociaux dans les services de santé fournis par différents organismes publics, bénévoles et privés. Les exemples de la pratique soulignent également l'importance de la lutte contre la stigmatisation pour le rétablissement de la personne.

3.1 Définir l'approche personnalisée

“L'approche personnalisée consiste à évoluer d'une offre de services basée uniquement sur l'expertise du professionnel vers une offre dans laquelle les services sont produits en collaboration avec les citoyens.” **Lucy Butler, Réseau sur la politique en matière de santé mentale, drogues et alcool, Association des directeurs des services sociaux pour adultes, R.-U.**

Partout en Europe, on assiste à une évolution vers les services personnalisés, qui combinent personnalisation, choix et participation des usagers. Cela souligne le contraste avec le modèle traditionnel des services publics qui met les utilisateurs en position de bénéficiaires passifs de services conçus et proposés par les professionnels.

L'objectif de la personnalisation est de parvenir à ce que chaque personne puisse organiser les services dont elle a besoin et soit considérée comme un individu pourvu d'atouts. Elle s'accompagne d'un choix sur les types de services que la personne souhaite utiliser et comment. Elle présuppose également la contribution de l'utilisateur (à la fois des groupes d'utilisateurs et des individus dans leur propre dossier), car il est préférable que les utilisateurs participent à la conception des services, afin que ceux-ci correspondent à leurs véritables besoins, plutôt qu'à une perception de leurs besoins et préférences. Dans les services personnalisés, on met l'accent sur les forces et les ressources des usagers des services, plutôt que sur leur(s) problème(s) de santé mentale.

Toutefois, cela ne signifie pas l'abdication de la responsabilité professionnelle : il faut encore que les professionnels soient là, à la fois pour fournir les services adéquats, (du moins dans une situation idéale) pour conseiller et guider les utilisateurs de services dans leurs choix et pour leur permettre d'atteindre leurs objectifs personnels, par exemple en ce qui concerne l'éducation, la famille, la communauté et la vie professionnelle.

Depuis les années 1960, le mouvement des utilisateurs plaide en faveur de services respectueux de leur dignité et encourageant leur indépendance. Les usagers ont travaillé aux côtés des professionnels pour que l'on introduise l'approche du rétablissement comme moyen d'améliorer leur qualité de vie¹⁷. Ils ont été impliqués dans la conception des services et leur fourniture de diverses manières : par la consultation sur la conception ou le remaniement du service, la formation et l'éducation du personnel au sein des services ; la

¹⁷ Lise Jul Pedersen (6/6/11), Mouvement des usagers danois, interview avec ESN par email.

recherche réalisée par les utilisateurs, en créant, concevant et faisant fonctionner des services dirigés par des pairs, et par conséquent en offrant de nouvelles conceptions de la maladie mentale et des troubles de santé mentale. Cependant, cette évolution vers une plus grande implication des utilisateurs ne s'est pas faite sans tension chez les autres parties prenantes, pour qui cela a pu entraîner une baisse d'influence. Même s'il y a eu de grandes améliorations dans l'implication des utilisateurs de services en tant que groupe et en tant qu'individus, il reste un long chemin à parcourir.

3.2 Comprendre le rétablissement

“Les usagers veulent être aidés à retrouver un rôle apprécié dans la société.” Lise Jul Pedersen, ancienne usagère de service, Danemark

Le rétablissement nourrit l'espoir que les utilisateurs de services peuvent et souhaitent prendre autant de contrôle que possible sur leurs propres vies. On peut le considérer comme le voyage d'une personne qui a un problème de santé mentale vers une meilleure qualité de vie. Pour Marianne Cohen, chef de Recovery DK, l'approche axée sur le rétablissement représente un “défi pour le système”. Comme le formule l'ancienne utilisatrice de service, Lise Jul Pedersen, “il est important que les services sociaux adaptent leur travail en fonction des besoins et souhaits des utilisateurs : les utilisateurs veulent être aidés à retrouver un rôle apprécié dans la société”.

Les services de santé mentale axés sur le rétablissement s'appuient sur deux faits. Premièrement, tous les problèmes de santé mentale ne sont pas chroniques. Ces dernières années, la recherche a montré que bien plus de la moitié des personnes souffrant de graves problèmes de santé mentale (par exemple, la schizophrénie) peuvent avoir une bonne qualité de vie, avec peu de signes extérieurs, voir aucune de leur maladie¹⁸. Deuxièmement, les personnes qui ont les meilleures chances de se rétablir sont celles qui sont très motivées pour changer leur vie.

Cette motivation peut souvent dépendre de l'engagement de leur entourage – en attitude et en pratique - à soutenir leurs ambitions personnelles et leurs espoirs d'une vie meilleure¹⁹.

L'étoile de rétablissement (voir graphe 2)²⁰ est un outil qui permet aux professionnels et aux utilisateurs d'évaluer ensemble les différents aspects de la vie d'une personne et ses progrès vers le bien-être.

Dans le rétablissement, tous les professionnels du secteur social, de la santé et de l'éducation qui travaillent avec un utilisateur de service doivent être en mesure de comprendre ses espoirs et ses rêves et de reconnaître ses ressources et son potentiel. En effet, de nombreux utilisateurs disent que le tournant a été une rencontre avec quelqu'un - un professionnel ou un autre utilisateur - qui était prêt à partager ses propres expériences des problèmes de santé mentale²¹.

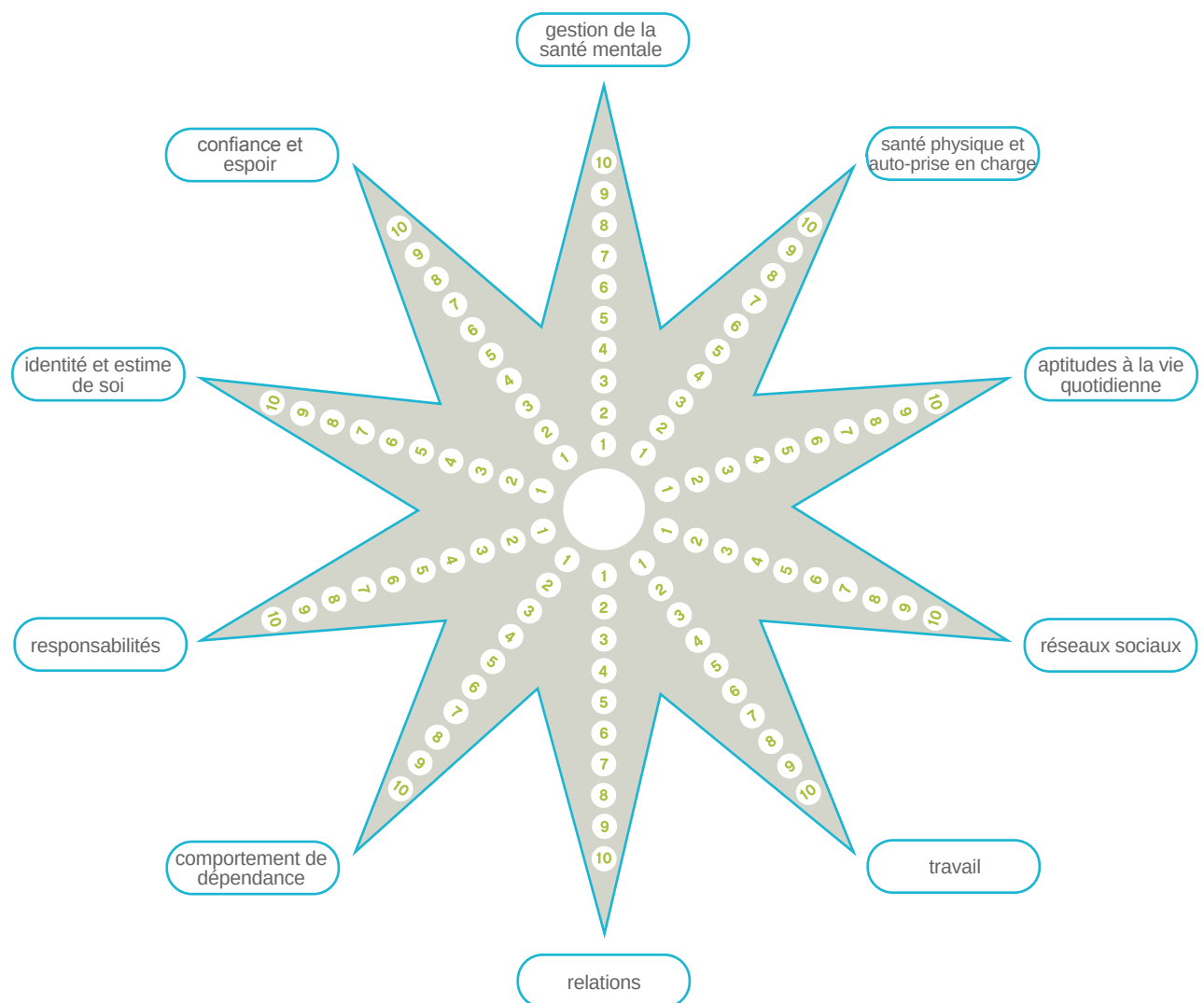
¹⁸ Harding C.M., Brooks G.W., Ashikaga T., Strauss J.S. et Breier A. (1987) The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I : Methodology study sample and overall status 32 years later, *American Journal of Psychiatry* 144, 718-726.

¹⁹ Topor A. (2004) *Fra patient til person* ('Du patient à la personne'), Akademisk Forlag (Editeurs universitaires), 1. Udgave (Première édition).

²⁰ Mental Health Providers Forum, Recovery Star Approach. Disponible en ligne : <http://www.mhpf.org.uk/recoveryStarApproach.asp>.

²¹ Topor A. (2002) *Vendepunkter* ('Tournants'), Videnscenter for Socialpsykiatri (Centre de connaissances sur la psychiatrie sociale), 1. Udgave (Première édition).

Graph 2 : Etoile de rétablissement–
Dimensions essentielles du
rétablissement.



Etoile du rétablissement. Mental Health
Providers Forum and Triangle Consulting Social
Enterprise Ltd.

Développée par Joy MacKeith et Sara Burns de
Triangle Consulting, ainsi que le Mental Health
Providers Forum. Deuxième édition.
Révisions effectuées par Sara Burns,
Onyemaechi Imonioro et Joy MacKeith.

www.outcomesstar.org.uk

www.mhpf.org.uk

Pour Marianne Farkas, chercheuse au Centre de réadaptation psychiatrique de Boston, "l'approche axée sur le rétablissement est nécessaire mais pas suffisante, parce que si l'on ne crée pas les possibilités d'emploi, d'accès à l'enseignement supérieur et aux prêts bancaires, une personne qui aurait toutes les connexions interpersonnelles ne serait toujours pas en mesure d'avoir la vie enrichissante souhaitée. Combien de personnes [...] ont un emploi, retournent à l'école et ont un logement décent ?"²² Ceci pour rappeler qu'il faut lutter contre la stigmatisation dans l'ensemble de la société pour que le rétablissement soit un succès.

3.3 Rétablissement en pratique: l'expérience menée à Aarhus (Danemark)

"Un professionnel devrait avoir les compétences personnelles pour pouvoir montrer de l'empathie et entrer en lien avec l'individu, ainsi que les connaissances professionnelles sur les diagnostics, l'application des droits, etc." **Marianne Cohen, Recovery DK, Danemark**

Recovery a introduit des exigences nouvelles et significatives par rapport à la manière dont les services sociaux étaient organisés dans la ville d'Aarhus, ainsi que par rapport aux qualifications du personnel. Dans le département de psychiatrie sociale, le rétablissement commence par une évaluation initiale, au cours de laquelle l'utilisateur et une équipe de professionnels résument la situation et élaborent un plan d'action réaliste, qui peut comporter un traitement médical et/ou psychiatrique, une formation, un emploi et des initiatives sociales²³. Un coordinateur personnel aide l'utilisateur à suivre le plan d'action et à accéder aux différents services. Les services peuvent être fournis par divers services réunis en une seule organisation - appelée "psychiatrie locale".

L'expérience d'Aarhus montre qu'un coordinateur personnel peut apporter une contribution très positive à l'obtention d'un traitement et à la continuité du soutien correspondant au plan d'action de rétablissement. En outre, le coordinateur contribue à réduire le temps de travail consacré à la gestion de cas par les différents professionnels impliqués. Dans l'ensemble, la coordination entre les différents acteurs est considérée comme un facteur clé pour améliorer la qualité de vie des utilisateurs²⁴.

Le partage des expériences personnelles est précieux et beaucoup de gens trouvent que rencontrer d'autres utilisateurs, qui ont souvent eu des expériences similaires, est un aspect important de leur rétablissement, connu sous le nom de "soutien par les pairs"²⁵ et également disponible à Aarhus. Cependant, les utilisateurs reconnaissent aussi que ce n'est pas toujours une expérience simple, car certains problèmes de santé mentale font qu'il est difficile de les raconter aux autres.

La refonte des services pour se concentrer sur le rétablissement a donné des résultats positifs à Aarhus, comme on peut le voir dans le graphe 3, qui illustre l'évolution de la qualité de vie des utilisateurs et de leur satisfaction par rapport aux services. Suite à cette évaluation, le rétablissement a été intégré plus largement dans la Direction des Services sociaux.

²² Farkas M., Interview réalisée par Lise Jul Pedersen, mouvement des usagers danois. Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.youtube.com/watch?v=wZUYn6c0EDw&feature=related>. Cette interview fait partie d'un DVD fourni à des fins de formation au personnel des services sociaux de la municipalité d'Aarhus, Danemark.

²³ Wilken J. P. et Hollander D. (2005) *Rehabilitation and Recovery a comprehensive Approach*, SWP Publishers Amsterdam.

²⁴ Vanderplasschen W. (2004) *The development and Implementation of Case Management for Substance Use Disorders in North America and Europe*, *Psychiatric Service* 55(8), 913-922.

²⁵ Pour de plus amples informations, visitez le site The International Community for Hearing Voices. Disponible à l'adresse : <http://www.intervoiceonline.org/>.

3.4 Rétablissement en pratique: expériences menées en Irlande

“Historiquement, la coopération entre le secteur de la santé et les autres secteurs pour fournir les services de santé mentale [...] a été peu systématique. A présent, nous voulons garantir qu'elle le devienne.” Eithne O'Donnell et Terry Madden, Conseil municipal de la ville de Dublin, Irlande

Plusieurs projets en Irlande ont cherché à promouvoir la coopération entre les intervenants locaux dans l'intérêt des usagers. PROTECT (Traitement personnalisé orienté sur le rétablissement, éducation et thérapie cognitive)²⁶ est une initiative de partenariat menée dans le comté de Wicklow qui vise à élaborer des plans personnels de rétablissement pour toutes les personnes diagnostiquées comme ayant une maladie psychotique. Elle est menée à bien par un partenariat composé :

- Des services de santé mentale de l'exécutif des services de santé (HSE)
- Du service DETECT qui intervient rapidement chez les personnes qui connaissent un premier épisode psychotique et dans leurs familles
- De SHINE, une organisation bénévole
- Du Conseil du comté de Wicklow qui fournit des logements sociaux
- Des services d'employeurs
- De New Dawn (EVE Ltd Entreprises professionnelles Est).

Les partenaires fournissent une série de services personnalisés et orientés sur le rétablissement dans la communauté. C'est un exemple de collaboration entre les utilisateurs et les prestataires de services pour mieux servir les personnes ayant des problèmes de santé mentale. L'hôpital psychiatrique de St. Brendan à Dublin est un autre exemple de collaboration entre les services de santé mentale et d'autres : ici, les services de santé mentale psychiatriques et extrahospitaliers fonctionnent grâce à des équipes pluridisciplinaires composées de consultants, psychologues, ergothérapeutes, infirmières et assistants sociaux. Le service comprend des unités d'hébergement d'urgence pour les sans-abri ayant des problèmes de santé mentale et les utilisateurs en réinsertion. Pour les patients âgés, quelques places sont disponibles dans les maisons de repos.

Le service de rétablissement de l'hôpital est orienté vers la communauté : les assistants sociaux utilisent les projets du plan d'action “Bien-être & Plan d'action rétablissement”²⁷ (WRAP), qui donnent une approche systématique et planifiée pour aider les gens à se rétablir et à maintenir leur “bien-être”.

WRAP est un outil destiné aux professionnels - travailleurs sociaux en santé mentale, ergothérapeutes et infirmières psychiatriques qui travaillent en réinsertion et en milieu extrahospitalier - pour rendre le contrôle au patient. Il est le plus souvent utilisé dans les services de réadaptation proposés par les travailleurs sociaux et autres professionnels de la santé mentale en milieu hospitalier.

Les professionnels sur le terrain reconnaissent la nécessité d'une démarche multidimensionnelle pour travailler avec les personnes ayant des problèmes de santé mentale. La coopération locale dans de nombreuses régions du pays fonctionne grâce à la ferme volonté des différents professionnels de travailler ensemble. Toutefois, Eithne O'Donnell et Terry Madden soulignent que *“la bureaucratie est un problème constant et il doit y avoir un engagement au niveau du gouvernement en faveur de l'approche personnalisée et une prise de conscience du fait que les personnes ayant des problèmes de santé mentale ont des besoins divers.”*

²⁶ De plus amples informations sur ce projet sont disponibles en ligne à l'adresse : <http://www.hse.ie>

²⁷ De plus amples informations sur WRAP sont disponibles en ligne à l'adresse : <http://www.imhrec.ie/recovery-wrap/>

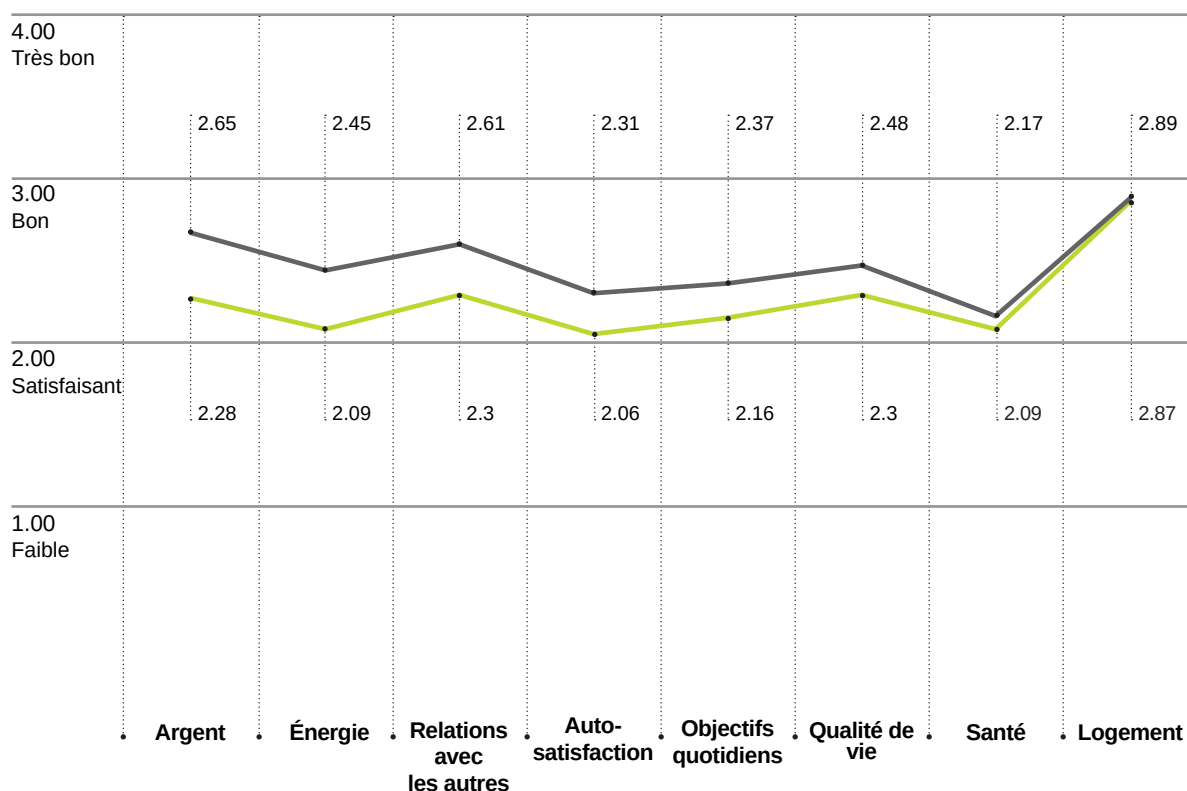
Graphe 3 : Amélioration de la qualité de vie des usagers (en utilisant l'indice de l'OMS) de 2007 à 2009 à Aarhus, Danemark.

Sondage des utilisateurs 2009

Sondage des utilisateurs 2007

Les questions posées lors du sondage:

- Avez-vous eu assez d'argent pour satisfaire à vos besoins au cours des deux dernières semaines ?
- Avez-vous eu suffisamment d'énergie pour accomplir les tâches quotidiennes durant les deux dernières semaines ?
- Avez-vous été satisfait de vos relations avec les autres personnes au cours des deux dernières semaines ?
- Avez-vous été satisfait de vous-même pendant les deux dernières semaines?
- Avez-vous été satisfait de vos compétences pour mener à bien les tâches quotidiennes durant les deux dernières semaines ?
- Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?
- Etes-vous satisfait de votre santé ?
- Etes-vous satisfait de votre logement au cours des deux dernières semaines?



CHAPITRE 4 : Inclusion active sur le marché du travail²⁸

Les personnes ayant des problèmes de santé mentale qui travaillent ont de meilleures chances de se rétablir. Toutefois, leurs taux d'emploi sont généralement faibles. Les gouvernements nationaux et l'UE ont donc élaboré des cadres législatifs et politiques pour promouvoir l'accès à l'emploi, en prévenant la discrimination et en fournissant un appui spécifique pour aider les personnes ayant un problème de santé mentale à trouver un travail.

4.1 Comprendre les tendances de l'emploi

“Tout le monde a besoin d'utiliser ses capacités et la société a besoin de la contribution de tous. Le problème est de faire correspondre les deux.” **Anders Møller Jensen, ancien directeur des services sociaux et psychiatriques, Danemark**

Un moyen important pour avoir le sentiment de faire partie de la société est d'avoir une vie professionnelle. En plus de permettre aux gens de gagner de l'argent, le travail apporte des avantages non économiques²⁹, y compris l'identité et le statut, les contacts sociaux et un sentiment d'accomplissement personnel. Le travail peut donner aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale des occasions de participer à la société. Les utilisateurs de services, les familles et les professionnels considèrent que c'est un élément important du rétablissement³⁰.

Bien que la proportion de personnes qui guérissent ait tendance à augmenter proportionnellement avec l'employabilité³¹, les taux d'emploi des personnes ayant des problèmes de santé mentale sont généralement faibles. Plusieurs raisons expliquent pourquoi il est difficile de fournir des données sur leurs taux d'emploi (ONU). La ventilation des statistiques d'emploi par état de santé ou le handicap n'est pas souvent disponible. En outre, les personnes atteintes d'une maladie de longue durée peuvent être considérées comme économiquement inactives plutôt que chômeuses, et peuvent donc avoir droit à des prestations d'invalidité plutôt qu'à des allocations de chômage.

Les taux d'emploi varient par ailleurs considérablement selon la déficience : une étude britannique³² a révélé que ceux qui souffrent de troubles mentaux graves comme la schizophrénie, le trouble bipolaire et des troubles sévères de la personnalité, étaient

²⁸ Clause de non responsabilité: Puisque dans la plupart des cas il n'y a pas de législation spécifique pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale, ce chapitre fait référence aux “personnes handicapées” le cas échéant.

²⁹ Boardman J., Grove B., Perkins R. et Shepherd G. (2003) Work and employment for people with psychiatric disabilities, *British Journal of Psychiatry* 182, 467-468.

³⁰ Bond G.R. (2004) Supported Employment: Evidence for an Evidence-Based Practice, *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27, 345-359.

³¹ Topor A. (2004) Fra patient til person ('Du patient à la personne'), Akademisk Forlag (Editions universitaires), 1. Udgave (Première édition).

³² Marwaha S., Johnson S., Bebbington P., Stafford M., Angermeyer M.C., Brugha T., Azorin J.M., Kilian R., Hansen K. et Toumi M. (2007) Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany, *British Journal of Psychiatry* 191, 307.

associés à des taux d'emploi nettement inférieurs³³. En Pologne, le taux d'emploi des personnes handicapées était de 14% comparativement à 51% pour la population générale (la ventilation par catégorie de handicap n'était pas disponible)³⁴. La plupart des pays connaissent des taux d'emploi de 20% à 30% (voir graphique 4)³⁵. Il ne faut cependant pas perdre de vue les difficultés à obtenir des données fiables et la variabilité des taux d'emploi en fonction des maladies spécifiques.

La plupart des utilisateurs (70-90%)³⁶ souffrant de graves troubles de santé mentale veulent travailler dans des emplois auxquels n'importe qui peut poser sa candidature, dans des sociétés normales, qui rémunèrent au moins au niveau du salaire minimum la plupart de leurs collègues non-handicapés³⁷. Le nombre de personnes ayant des problèmes de santé mentale qui trouvent un travail satisfaisant est inférieur à celui des personnes qui ont un handicap physique. Toutefois, les deux groupes auraient à vaincre la stigmatisation et la discrimination que l'on trouve non seulement dans l'opinion publique et parfois dans leurs propres familles, mais aussi chez les professionnels de la santé mentale, qui peuvent considérer le chômage comme une conséquence inévitable de la maladie mentale.

4.2 Cadre législatif et politique

Il n'y a pas de politique et de législation européenne et nationale spécifiques à la santé mentale. Elles se réfèrent au handicap en général, en dépit du fait que les personnes handicapées constituent un groupe diversifié de personnes confrontées à différents obstacles dans l'emploi.

Au niveau de l'UE, les droits des personnes handicapées sur le marché du travail sont protégés par la directive-cadre sur l'emploi de 2000³⁸. Le but de celle-ci est d'améliorer les possibilités d'emploi grâce au principe d'égalité de traitement. Il consiste à interdire aux employeurs de prendre en compte les questions liées au handicap d'un individu, quand ces questions n'ont rien à voir avec sa capacité à effectuer le travail demandé.

Afin de mettre en œuvre ce principe, la directive se fonde principalement sur l'interdiction de toute discrimination, directe et indirecte. La discrimination directe se définit comme le fait de traiter un individu "de façon moins favorable" pour motif de handicap, ce qui implique une comparaison avec une autre personne qui a reçu un meilleur traitement. La discrimination indirecte interdit à un employeur d'adopter une "disposition ou une pratique apparemment neutre susceptible d'entraîner un désavantage particulier pour des personnes [...] d'un handicap [...], par rapport à d'autres personnes."

Les employeurs se focalisent souvent sur le handicap plutôt que sur la capacité d'un individu à effectuer le travail, et peuvent donc conclure qu'il ne convient pas pour le poste. La directive impose aux employeurs l'obligation de prendre les "mesures appropriées, [...], pour permettre à une personne handicapée d'accéder à un emploi, de l'exercer ou d'y progresser, ou pour qu'une formation lui soit dispensée, sauf si ces mesures imposent à l'employeur une charge disproportionnée."

³³ Perkins R. et Rinaldi M. (2002) Unemployment rates among patients with long-term mental health problems. A decade of rising unemployment, *Psychiatric Bulletin*, 26, 295-298.

³⁴ De plus amples informations sont disponibles en ligne sur le lien : http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_Is_labour_force_survey_IIIq_2009.pdf.

³⁵ McDaid D., Knapp M., Medeiros H. et le MHEEN Group (2008) Employment and mental health : Assessing the economic impact and the case for intervention, PSSRU, LSE

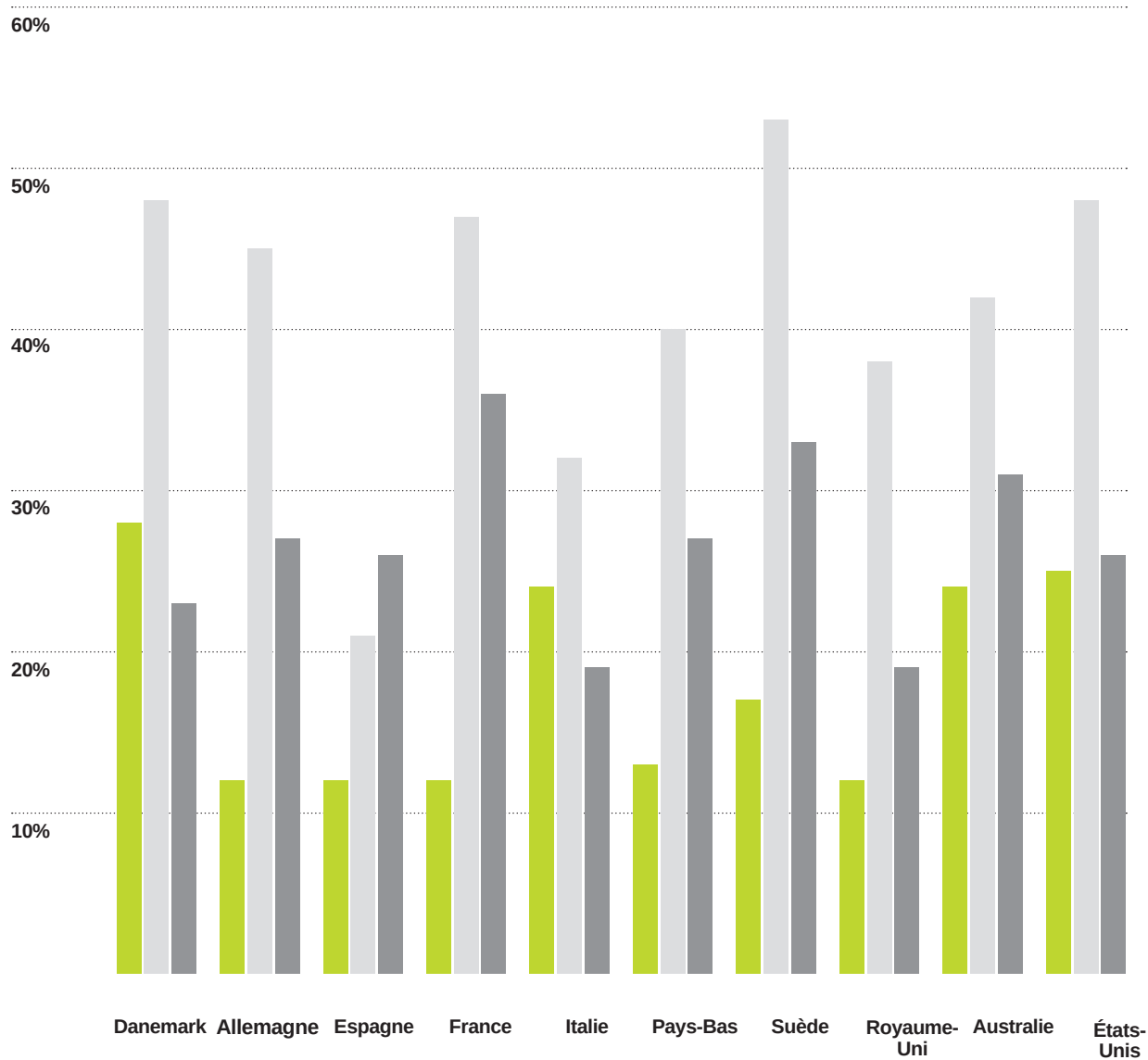
³⁶ Bond G.R., Becker D.R., Drake R.E., Rapp C.A., Meisler N., Lehman A.F., Bell M.D. et Blyler C.R. (2001) Implementing supported employment as an evidence based practice, *Psychiatric Services* 52, 313-322.

³⁷ Dixon L., Hoch J., Clark R., Bebout R., Drake R., McHugo G. et Becker D. (2002) Cost-effectiveness of two vocational rehabilitation programs for persons with severe mental illness, *Psychiatric Services* 53(9), 1118-1124.

³⁸ Conseil de l'Union européenne (2000) Directive du Conseil 2000/78/CE portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail, Journal officiel L 303 , 02/12/2000 P. 0016 – 0022.

Graph 4 : Taux d'emploi des personnes souffrant de schizophrénie, comparé aux personnes gravement handicapées et à toutes les personnes handicapées dans les pays sélectionnés à la fin des années 1990.

Personnes atteintes de schizophrénie
 Personnes handicapées
 Personnes atteintes d'un grave handicap



Cette ambition de la législation a été récemment renforcée par les conclusions du Conseil sur le Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être (juin 2011), qui invitent les États membres à prendre des mesures contre la discrimination des personnes ayant des problèmes de santé mentale et à promouvoir leur accès au travail.

En 2008, la Commission a publié une recommandation spécifique pour les États membres sur "l'inclusion active des personnes exclues du marché du travail."³⁹ Elle prône une stratégie intégrée et globale en trois volets : un complément de ressources adéquat, des marchés du travail favorisant l'insertion et l'accès à des services de qualité. Le relèvement des taux d'emploi de manière générale est un objectif majeur de la Stratégie Europe 2020. Dans la Stratégie, le handicap en général est reconnu, mais pas spécifiquement la santé mentale.

Au niveau national, les droits des personnes ayant des problèmes de santé mentale sont couverts par la législation ordinaire : la constitution nationale, la législation du travail, les lois relatives à l'égalité ou la lutte contre la discrimination (qui peuvent dériver en partie de la législation européenne). Dans certains pays, il y a des lois nationales et régionales spécifiques dans lesquelles l'emploi peut être défini comme un outil de réinsertion.

En **Bulgarie**, l'article 48 de la Constitution reconnaît que "Tous les citoyens ont le droit de travailler et que l'État doit être attentif à créer les conditions permettant la réalisation de ce droit." Par conséquent, les personnes ayant un handicap devraient être habilitées à exercer leur droit au travail. Le ministère du Travail et de la Politique sociale a adopté un décret en janvier 2011 mettant en place un "Programme national pour la formation et l'amélioration de l'emploi des personnes ayant une incapacité permanente."⁴⁰

En **Irlande**, la loi de 1998 sur l'égalité dans l'emploi et la loi de 2005 sur les personnes handicapées constituent le cadre législatif pour faciliter l'égalité de traitement des personnes handicapées. Conformément à la législation, il est illégal d'exercer une discrimination fondée sur le handicap dans l'emploi. La loi de 2005 sur les personnes handicapées (partie 5) stipule que les organisations du secteur public sont tenues de promouvoir et de soutenir l'emploi des personnes handicapées et d'atteindre un objectif minimum légal de 3% d'emploi de celles-ci.

De même, au **Royaume-Uni**, la loi de 2010 sur l'égalité interdit d'exercer des discriminations sur la base d'une série de "caractéristiques protégées", dont le handicap (i.e. mauvaise santé mentale) et oblige les services à faire des "ajustements raisonnables" pour favoriser l'accès au travail⁴¹. Depuis peu, la loi sur l'égalité (2010) pénalise le fait de poser des questions sur la santé/ la déficience avant de faire une offre d'embauche.⁴²

En **Finlande** et au **Danemark**, il n'y a pas de politique préférentielle en matière d'emploi pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Celles-ci sont donc couvertes par la législation ordinaire. Toutefois, des services spéciaux comme la réinsertion professionnelle et la formation, sont fournis pour améliorer leurs possibilités d'emploi.

En **Allemagne**, l'Agence fédérale pour l'emploi offre aux entreprises des services psychosociaux et les indemnise pour la baisse de rendement des employés ayant un handicap. Diverses autres dispositions (locales et régionales) visent à favoriser l'inclusion

³⁹ Commission européenne (2008), Recommandation du 3 octobre 2008 de la Commission sur l'inclusion active des personnes exclues du marché du travail (2008/867/CE). Disponible en ligne : <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32008H0867:FR:HTML>

⁴⁰ De plus amples informations sur ce programme sont disponibles en ligne en suivant le lien suivant : <http://www.az.government.bg/Projecys/Prog/HU/Uvrej.htm>.

⁴¹ Des informations supplémentaires sont disponibles sur le site Internet de Equality and Human Rights Commission : <http://www.equalityhumanrights.com/advice-and-guidance/guidance-for-employers/the-duty-to-make-reasonable-adjustments-for-disabled-people/>.

⁴² Ibid.

des personnes handicapées sur le marché du travail, comme les ateliers protégés et les entreprises d'insertion dans lesquelles 25 à 50% des employés sont des personnes handicapées.

En **Espagne**, on se penche sur les mesures facilitant l'accès à l'emploi des personnes ayant des problèmes de santé mentale dans le cadre du handicap. La constitution reconnaît le rôle du gouvernement dans l'établissement de politiques de prévention, de traitement, de réinsertion et d'intégration des personnes ayant des problèmes de santé physique, sensoriels et mentaux. Pour les entreprises publiques et privées comptant plus de 50 salariés, la législation nationale⁴³ exige que 2% des travailleurs soient des personnes handicapées. Des centres spéciaux pour l'emploi ont été mis en place pour assurer un emploi significatif aux personnes handicapées et pour répondre à leurs éventuels besoins personnels et sociaux. En outre, une législation supplémentaire⁴⁴ a reconnu l'embauche subventionnée comme une étape vers un emploi normal.

En **Italie**, tant la législation nationale que régionale vise à créer des outils de soutien pour employer les personnes handicapées. La législation nationale précise que 7% de l'effectif d'une entreprise doivent être des personnes avec un niveau d'invalidité de 46%⁴⁵. En outre, la législation nationale définit le fonctionnement des antennes de santé locales pour sélectionner, former et aider les gens à se faire recruter. Les législations nationale et régionale⁴⁶ prévoient la création dans chaque antenne locale de santé de services d'intégration à l'emploi qui forment à l'emploi. Enfin, les entreprises bénéficient d'un abattement sur les polices d'assurance et autres taxes.

4.3 Les approches actuelles de l'inclusion active

Comme on peut le voir dans les exemples ci-dessus, la législation et les politiques dans toute l'Europe chargent les services sociaux, de santé et de l'emploi d'aider les personnes ayant des problèmes de santé mentale à trouver un emploi. Les différents programmes ont tendance à être classés comme des modèles où l'on forme avant de placer ou bien où l'on place avant de former. Ils englobent différents niveaux de soins et de soutien et peuvent se baser sur des accords entre les services locaux de santé, d'aide sociale et d'emploi et d'autres prestataires de services.

Les programmes traditionnels de formation professionnelle sont les modèles où l'on forme avant de placer, ce qui suppose que les gens ont besoin d'une période de préparation avant d'occuper un emploi normal ; une évaluation clinique apprécie les lieux de travail et les horaires possibles. L'emploi protégé est un modèle bien établi où l'on forme avant de placer, dans lequel la formation préprofessionnelle est rémunérée moins que le salaire minimum, voire pas du tout. Ces régimes ont largement échoué à aider les personnes atteintes de maladies mentales graves à passer à un emploi soumis à la concurrence⁴⁷.

On appelle les approches plus récentes, basées sur le rétablissement, les modèles "place then train", ce qui signifie que l'on place et on forme ensuite, comme dans les modèles de "placement et de soutien individuel" (IPS). Il s'agit là de placer une personne dans un emploi

⁴³ Loi 13/1982 du 17 avril

⁴⁴ Décret royal 870/2007, 2 juillet.

⁴⁵ Loi 68 du 12 mars 1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" (*Loi pour le droit au travail des personnes handicapées*).

⁴⁶ Loi du 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" (*Loi cadre pour un système intégré de services sociaux*), DGR n. 1138 du 6 mai 2008, "Linee guida per il funzionamento del Servizio per l'Integrazione Lavorativa (SIL) delle Aziende ULSS del Veneto" (*Lignes directrices pour le fonctionnement des services d'intégration sur le marché du travail des unités locales de santé*).

⁴⁷ Boardman J. (2003) Work, employment and psychiatric disability, *Advances in Psychiatric Treatment* 9, 327-334.

normal et de lui fournir un soutien sur place. Les programmes IPS ont été jugés plus efficaces que les modèles consistant à former et à placer ensuite pour aider les personnes atteintes de maladie mentale grave à obtenir et à conserver un emploi soumis à la concurrence⁴⁸.

L'amélioration des taux d'emploi des personnes souffrant de problèmes de santé mentale ne concerne pas seulement la législation anti-discrimination ou les services publics d'emploi. Elle concerne aussi le système de prestations (en termes de retour au travail sans perdre les avantages sociaux) et les personnes visées (gestion de leur santé mentale et de leur vie professionnelle). En Suède, on a introduit les arrêts de travail à temps partiel pour cause de maladie, ce qui rend le travail à temps partiel plus rentable que le statut de longue maladie. Au Royaume-Uni, des certificats précisant ce que le demandeur peut faire par rapport au travail (plutôt que ce qu'il ne peut pas faire) sont mis en place.

L'impact du travail sur les autres aspects de la vie des personnes ayant des problèmes de santé mentale reste largement inexploré par la recherche. Certaines études ont constaté une réduction de l'utilisation des services de santé, qui pourrait traduire une amélioration globale de la santé⁴⁹. La recherche a également constaté que le fait d'occuper un emploi du circuit normal produit des taux plus élevés d'amélioration des symptômes de maladie que d'autres programmes de travail⁵⁰.

4.4 Inclusion active en pratique : l'exemple de Trévise, Région de Vénétie (Italie)

Deux types de programme de travail sont disponibles à Trévise : "l'emploi protégé" ou "le placement et soutien individuels", en fonction de la situation particulière de l'utilisateur, de ses besoins et préférences.

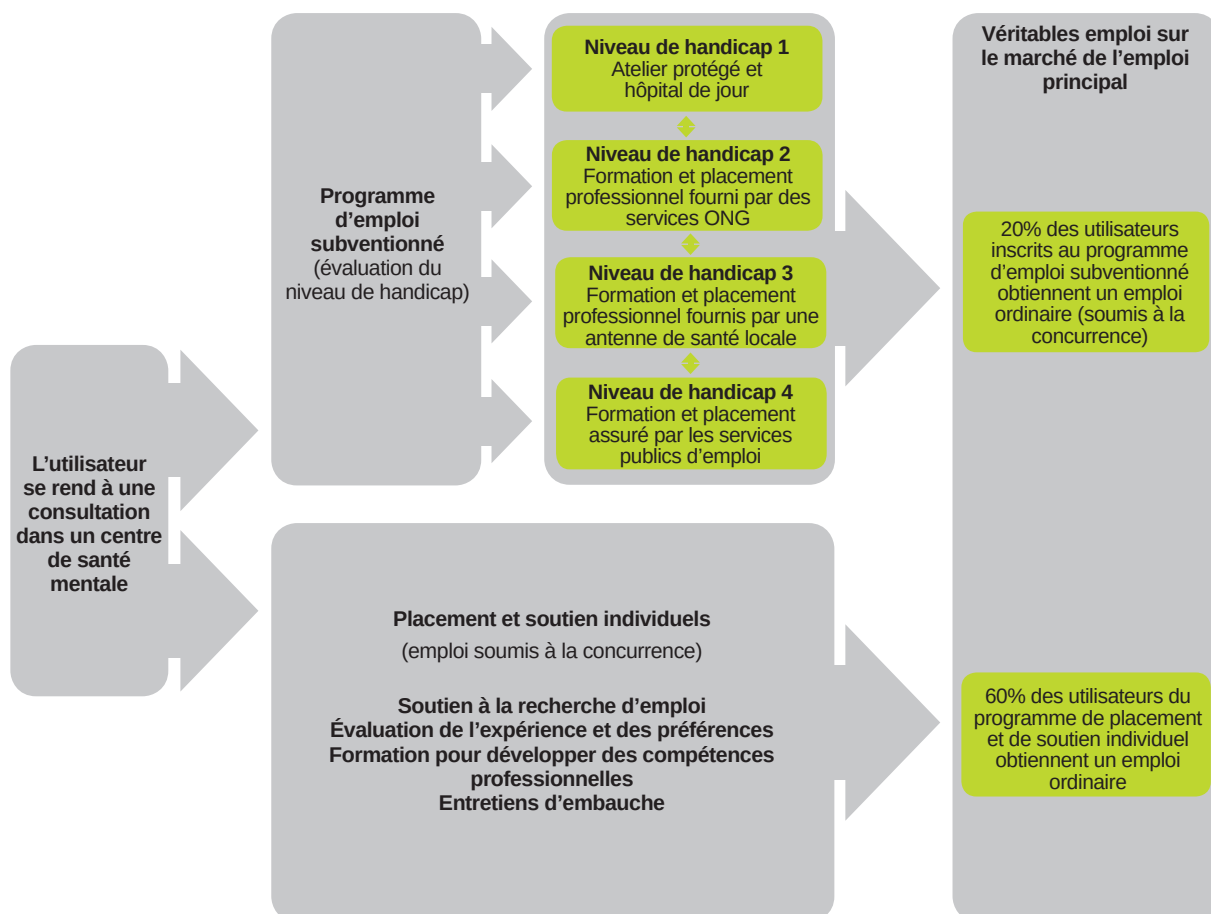
Dans l'emploi protégé, le processus d'obtention d'un emploi commence par une évaluation de la maladie et des expériences préalables de travail. Il peut en résulter un "certificat d'invalidité", qui donne droit à la personne à certaines prestations de sécurité sociale et à des services spécialisés fournis par le centre de santé mentale de l'autorité locale de santé (ULSS). Le "certificat d'invalidité" donne à la personne un niveau de "handicap et de protection", qui indique successivement le type de services dont elle risque d'avoir besoin et ce que son parcours vers l'emploi peut impliquer.

Les personnes ayant un niveau élevé d'invalidité se rendent habituellement dans des hôpitaux de jour (coûts inconnus) ou dans des services fournis par les ONG (à un coût de 8000 € par personne et par an). Ceux qui ont un niveau d'invalidité inférieur sont pris en charge par le service d'insertion professionnelle des autorités locales de santé (2500 € par personne et par an) ou les services publics d'emploi (4500 € par personne et par an) pour rechercher un emploi sur le marché principal du travail. Les services de santé mentale des autorités locales de santé continuent de suivre les progrès d'une personne, pour voir si elle peut évoluer vers un autre niveau de service ou sur le marché principal de l'emploi.

⁴⁸ Boardman J., Grove B., Perkins R. et Shepherd G. (2003) Work and employment for people with psychiatric disabilities, *British Journal of Psychiatry* 182, 467–468.

⁴⁹ Jackson Y., Kelland J., Cosco T.D., McNeil D.C. et Reddon J.R. (2009) Non-vocational outcomes of vocational rehabilitation: reduction in health services utilization, *Work* 33(4), 381-387.

⁵⁰ Bond G.R., Resnick S.G., Drake R.E., Xie H., McHugo G.J. et Bebout R.R. (2001) Does competitive employment improve non-vocational outcomes for people with severe mental illness?, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(3), 489-501.



Graphe 5: La voie vers l'emploi compétitif à Trévis

“L’emploi subventionné” ou “le placement et le soutien individuel” est utilisé à Trévis selon la situation particulière d’un utilisateur, de ses besoins et préférences. L’objectif est que les utilisateurs évoluent à travers différents types d’activité vers l’emploi “ordinaire”, à savoir l’emploi soumis à la concurrence.

Une autre possibilité est que l'utilisateur du service exprime sa préférence pour le placement et soutien individuel (IPS), dans le cadre duquel il rencontre un spécialiste de l'emploi en tête-à-tête pour chercher un emploi sur la base de ses préférences, compétences et expériences. Dans ce cas, il n'y a pas d'évaluation clinique, ni de certificat d'invalidité. L'utilisateur détermine les emplois et les employeurs possibles, et l'objectif final est d'obtenir un emploi ordinaire. Il n'y a pas de formation avant l'emploi. Tous les utilisateurs sont encouragés à envisager l'emploi ordinaire. Selon les évaluations des autorités locales de santé à Trévise, cette méthode a montré de meilleurs résultats (taux de réussite de 60%) dans l'emploi que l'emploi subventionné traditionnel (20%).

4.5 Inclusion active en pratique : le programme du gouvernement britannique pour la période 2008-2011

En 2008, plus de 3 millions d'adultes en âge de travailler ne travaillaient pas et bénéficiaient d'allocations d'incapacité au Royaume-Uni, principalement à cause d'une mauvaise santé mentale. Le gouvernement a introduit des "passerelles vers l'emploi", un programme spécifique axé sur ceux qui bénéficiaient d'allocations d'incapacité depuis plus d'un an⁵¹. Pour une personne ayant des problèmes de santé mentale, la "passerelle" peut commencer par un entretien avec une infirmière psychiatrique extrahospitalière ou un psychiatre qui l'encourage à envisager un retour au travail. Une évaluation médicale identifie ce qu'elle peut faire, plutôt que ce qu'elle ne peut pas faire. Ensuite, l'utilisateur rédige avec un conseiller personnel un plan d'action individuel exposant ses besoins et les circonstances, les obstacles, ses capacités, son expérience, ses aptitudes et ses aspirations.

Une fois le plan d'action accepté, le conseiller personnel renvoie l'utilisateur à des organisations partenaires pour une formation professionnelle, l'aide à développer des compétences pour gérer sa maladie⁵² et l'oriente vers d'autres mesures de soutien telles que des conseils en matière d'emprunt. Une fois que l'utilisateur est "apte au travail", il peut participer à des visites chez l'employeur, bénéficier d'une période d'essai, terminer un apprentissage et commencer un travail. Il se verra offrir un soutien au travail pendant une période pouvant aller jusqu'à 13 semaines et en cas d'échec, il pourra revenir à n'importe quelle étape antérieure de la passerelle. L'utilisateur est régulièrement consulté et peut réviser son plan d'action avec son conseiller personnel. Cela donne un sentiment de maîtrise et de responsabilité. Il peut s'appuyer sur les services de professionnels de la santé, les services sociaux, les services d'emploi, le tiers secteur et les employeurs. Comme dans les exemples de pratiques décrits au chapitre précédent, ce programme est considéré comme faisant partie du processus de "rétablissement".

⁵¹ Pathways to Work se sont terminés en avril 2011 et un nouveau programme – Get Britain Working – est mis en place par étapes depuis l'été 2011.

⁵² The Condition Management Programme (CMP) est un programme court (d'environ 4-16 séances) visant à aider les participants à comprendre et gérer leur maladie ou handicap. De plus amples informations sont disponibles en ligne :

http://library.nhsggc.org.uk/mediaAssets/Leaflets/nhsggc_leaflet_condition_management_programme_leaflet.pdf.

CHAPITRE 5 : Investir dans le bien-être mental sur le lieu de travail

Les coûts économiques et sociaux d'une santé mentale et d'un bien-être déficients étaient déjà bien connus, mais ce n'est que dernièrement que l'on a montré à quel point l'investissement était nécessaire. Les stratégies de bien-être sur le lieu de travail avec plusieurs composantes (y compris la santé mentale) ont démontré qu'elles produisaient de meilleurs résultats que les projets individuels. Elles permettent aux employés de détecter les signes de mauvaise santé mentale et d'assumer la responsabilité de leur propre bien-être et de celui des autres. Les services de santé publique ont soutenu les employeurs privés et les organismes du secteur public dans l'amélioration du bien-être sur le lieu de travail. Promouvoir la santé mentale et la prévention semble être plus rentable que de s'attaquer aux troubles de santé mentale déclarés.

5.1 Collecte d'informations

“Les problèmes de santé mentale et de toxicomanie constituent aujourd'hui parmi les plus grandes menaces pour la société. Il est impératif d'encourager une bonne santé mentale aux niveaux individuel, social et de la communauté.” **Eija Stengård, Unité de promotion de la santé mentale, Institut national pour la santé et l'action sociale, Finlande**

L'impact économique des problèmes de santé mentale est important, puisqu'il représente plus de 2000 € par an par ménage européen⁵³. Le coût de maladies cardio-vasculaires dans l'UE a été estimé en 2007 à € 36 milliards⁵⁴, comparé € 136,3 milliards rien que pour le coût de la dépression⁵⁵.

Partout en Europe, les gouvernements ont du mal à faire face au nombre croissant de citoyens en arrêt maladie et qui demandent des indemnités de maladie – entièrement ou partiellement pour cause de mauvaise santé mentale. En Allemagne, 30 à 35% des retraites anticipées sont la conséquence de problèmes de santé mentale. Au Royaume-Uni, entre 1996 et 2006, le nombre de demandeurs d'allocations d'incapacité pour problèmes de santé mentale est passé de 26% à 43% sur l'ensemble des demandeurs et la mauvaise santé mentale était un facteur intervenant dans 70% des cas de l'ensemble des demandeurs⁵⁶.

Selon le Centre pour la santé mentale au Royaume-Uni, à un moment quelconque de sa vie, un travailleur sur six connaîtra la dépression, l'anxiété ou des problèmes liés au stress. On estime le coût total pour les employeurs à environ £ 26 milliards chaque année. C'est

⁵³ McDaid D. (2011) Document de travail pour la conférence thématique sur la promotion de la santé mentale et le bien-être sur le lieu de travail, Luxembourg: Communautés européennes.

⁵⁴ Leal J., Luengo-Fernandez R., Gray A., Petersen S. et Rayner M. (2006) Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union, *European Heart Journal* 27(13), 1610-1619.

⁵⁵ McDaid D., Zechmeister I., Kilian R. Medeiros E., Knapp M., Kennelly B. et le groupe MHEEN (2008) Making the Economic Case for the promotion of mental well-being and the prevention of mental health problems, London: London School of Economics and Political Science.

⁵⁶ Department of Health (2011) No health without mental health: A cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages, London: HM Government.

l'équivalent de £ 1035 par employé dans la population active du Royaume-Uni (voir graphique 6)⁵⁷.

Dans la région de Vénétie (Italie), les coûts directs (i.e. de traitement et de services) de la mauvaise santé mentale s'élèvent à 21 millions d'euros pour 6.000 utilisateurs de service. Les coûts indirects (ou les coûts d'une non-intervention) sont 2 à 6 fois plus élevés et comprennent :

- Les coûts du chômage
- L'absentéisme
- Le présentéisme
- Le rendement déficient au travail
- Les congés maladie et les allocations d'invalidité
- L'incidence sur la famille
- Un comportement qui débouche sur des accidents ou le vandalisme.

Par conséquent, il y a un argument économique qui justifie d'investir dans une santé mentale positive. Cependant, il y a aussi une justification morale, étant donné que "les personnes atteintes de problèmes de santé mentale de longue durée sont susceptibles de mourir 20 ans plus tôt que les personnes de leur âge."⁵⁸

Par ailleurs, "elles sont moins qualifiées, ont plus de difficultés à trouver et à garder un emploi, ont des revenus inférieurs, ont plus de risques d'être sans-abri ou de vivre dans un logement précaire, et sont davantage susceptibles d'habiter dans des quartiers moins favorisés socialement. Elles risquent [également] d'avoir une mauvaise santé physique."⁵⁹

5.2 Promouvoir la santé mentale par le bien-être au travail⁶⁰

Compte tenu des coûts sociaux et économiques d'une mauvaise santé mentale, il faut promouvoir une santé mentale positive. Le lieu de travail offre un cadre commode pour aborder la santé mentale d'une grande partie de la population adulte. En outre, les avantages économiques et sociaux d'une main-d'œuvre en bonne santé mentale peuvent être envisagés à différents niveaux : dans l'économie nationale, dans l'entreprise et pour chaque individu.

Il faut également reconnaître que les services sociaux et de santé sont eux-mêmes des employeurs importants en Europe. Le secteur emploie environ 10% de la population active de l'UE et entre 1995 et 2001, il représentait 18% de l'ensemble des emplois créés⁶¹. Compte tenu de la tendance au vieillissement démographique, il est à prévoir que le secteur va croître. Outre les contraintes habituelles de la vie professionnelle, les emplois dans le secteur impliquent souvent de travailler avec des gens vulnérables qui connaissent les moments les plus difficiles de leur vie, ce qui peut avoir des répercussions émotionnelles et psychologiques supplémentaires pour les professionnels de l'action sociale et de la santé.

⁵⁷ Sainsbury Centre (2007) Mental Health at Work: Developing the business case. Disponible en ligne à l'adresse : http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/mental_health_at_work.pdf.

⁵⁸ Brown S., Kim M., Mitchell C. et Inskip H. (2010) Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia, *British Journal of Psychiatry* 196, 116-121.

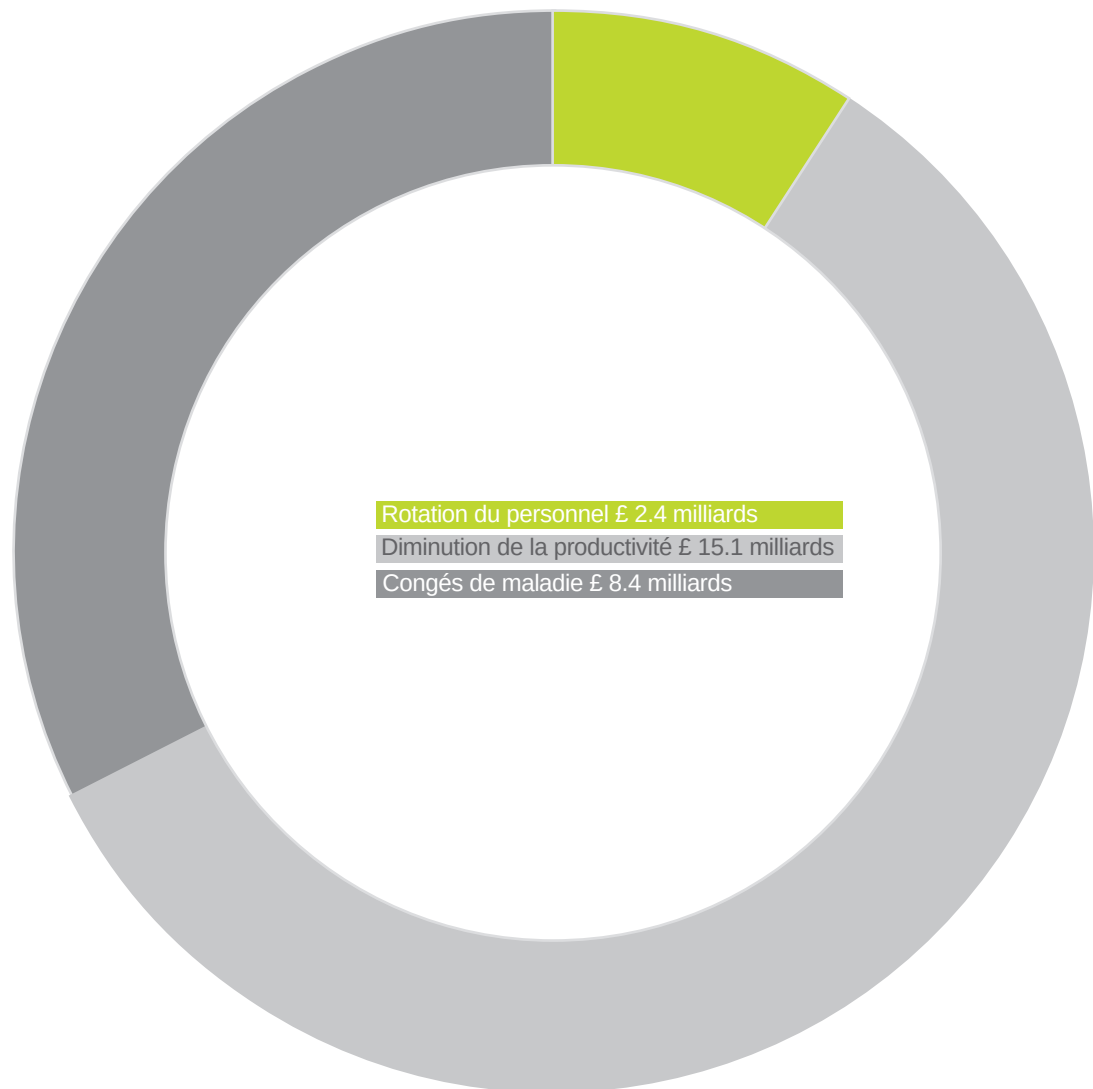
⁵⁹ Department of Health (2011) No health without mental health: A cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages, London: HM Government.

⁶⁰ ESN reconnaît l'importance d'une santé mentale positive dans les autres domaines de la vie, mais son rapport suit le Pacte européen pour la santé mentale dans l'importance accordée au lieu de travail.

⁶¹ Livre vert de la Commission européenne relatif au personnel de santé en Europe (2009). Disponible en ligne à : http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/european_health_strategy/sp0005_fr.htm

Graph 6 : Coûts liés à une mauvaise santé mentale pour les entreprises britanniques.⁵⁷

Le coût total pour les employeurs est estimé à environ £ 26 milliards chaque année, ventilés en congés de maladie, diminution de la productivité au travail et rotation du personnel. Ceci représente l'équivalent de £ 1.035 par an par salarié dans la population active du Royaume-Uni.



On a identifié divers avantages économiques et sociaux dans la promotion de la santé mentale, par exemple : une meilleure productivité et qualité de travail, l'amélioration de la créativité et de l'innovation, une meilleure santé et sécurité et une augmentation de l'inclusion sociale, ainsi que du bien-être psychologique et social. Les stratégies générales de bien-être peuvent également réduire la vulnérabilité des employés aux problèmes de santé mentale liés au travail⁶². Les autres avantages pour les employeurs comprennent l'amélioration de la "marque", le maintien en poste du personnel et la réduction des congés de maladie⁶³.

Les stratégies de santé mentale sur le lieu de travail peuvent cibler les individus, les groupes de travailleurs ou l'organisation dans son ensemble. La première étape, essentielle, est de faire prendre conscience de l'importance du bien-être. Il convient également de procéder à l'évaluation des risques du stress et d'une mauvaise santé mentale au travail, par exemple, en examinant le contenu des tâches, les conditions de travail, les conditions d'emploi, les relations sociales au travail, la santé, le bien-être et la productivité. Dans de telles stratégies, les employés sont encouragés à assumer la responsabilité de leur propre bien-être et de celui des uns des autres. En outre, un leadership et style de gestion appropriés peuvent favoriser un environnement de travail bénéfique⁶⁴.

Les programmes de bien-être au travail devraient avoir plusieurs composantes, et ne pas seulement se concentrer sur la santé mentale. Les études sur le rendement économique de la promotion de la santé⁶⁵ laissent entendre que ces programmes doivent comporter une combinaison d'au moins trois composantes, par exemple : la prévention du tabagisme et l'accompagnement des fumeurs qui souhaitent arrêter, la gestion du stress et le fait de se soigner - entre autres. Ces programmes plus larges font diminuer en moyenne de 25 % les congés de maladie, les dépenses de santé, les indemnisations des travailleurs et les coûts d'invalidité⁶⁶.

En Finlande, environ deux milliards d'euros sont investis chaque année dans le bien-être au travail. Cependant, ce chiffre, est de 10% inférieur aux coûts annuels totaux de la retraite anticipée, des congés de maladie et des accidents⁶⁷. Les projets de bien-être au travail ont permis de réduire l'absentéisme de 27%, les coûts de traitement médical de 26% et les frais d'assurance de 32% (en moyenne). Le retour moyen sur investissement est évalué à 5,8 euros pour chaque euro dépensé. Dans le meilleur des cas, les gains de productivité peuvent être décuplés⁶⁸.

5.3 Bien-être en pratique : une compagnie de téléphonie de premier plan

Le groupe British Telecom a développé une nouvelle façon de promouvoir la santé et le bien-être. Les questionnaires de pré-embauche ont été abandonnés au profit d'une formule qui a encouragé les employés à apprendre une série de "stratégies d'adaptation" à leur arrivée dans l'entreprise. Un "passeport de bien-être" mis au point entre un employé et son

⁶² Knapp M., McDaid D. et Parsonage, M. (2011) Mental health promotion and mental illness prevention : The economic case, Department of Health.

⁶³ The Work Foundation (2011) Health and Well-Being in the Workplace: Supporting Mental Health and Combating Sickness Absenteeism, Centre for Parliamentary Studies, 21 juin 2011.

⁶⁴ McDaid D. (2011) Document de travail pour la conférence thématique sur la promotion de la santé mentale et le bien-être sur le lieu de travail, Luxembourg: Communautés européennes.

⁶⁵ Chapman L. (2005) Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies, The Art of Health promotion, *American Journal of Health Promotion*.

⁶⁶ Ibid.

⁶⁷ Ahonen, G. (2010) Työkyvyn taloudellinen merkitys ('Incidence économique de la capacité de travail') dans Martimo, K-P. et al. (eds) *Työstä terveyttä (Santé au travail)*. Työterveyslaitos (Institut finlandais de santé professionnelle), 36-46.

⁶⁸ Ibid.

supérieur hiérarchique décrit les problèmes de santé ou autres qui pourraient survenir, comment les identifier et que faire une fois qu'ils se manifestent.

Les résultats du programme d'information et d'éducation "Workfit Positive Mentality" de BT ont été les suivants :

- 68% des employés avaient appris quelque chose sur les façons de prendre soin de leur santé mentale
- 56% avaient essayé d'appliquer quelques-unes des recommandations et continuaient à les pratiquer au moment du suivi
- 51% avaient remarqué des améliorations de leur bien-être mental
- Les taux de congés de maladie pour problèmes de santé mentale avaient diminué de 30% en 4 ans, malgré des conditions de marché difficiles
- L'abandon des visites médicales de pré-embauche avait permis d'économiser 400.000 £ par an à l'entreprise⁶⁹.

On peut convaincre les entreprises du fait que les stratégies de bien-être sur le lieu de travail peuvent produire d'importantes économies. Toutefois, les entreprises plus petites pourraient avoir besoin d'un soutien public pour mettre en œuvre de telles stratégies, comme dans l'exemple de l'autorité de santé locale de Vérone ci-dessous.

"Pour certains employés, le stress est un incitant à augmenter leur activité, leur capacité de travail et leur productivité ; pour d'autres, cela peut déboucher sur une crise." **Hristo Bozov, maire adjoint, Municipalité de Varna, Bulgarie**

5.4 Bien-être en pratique : autorité de santé locale à Vérone (Italie)

Les services sociaux et de santé peuvent également bénéficier d'un accroissement de l'investissement⁷⁰. L'autorité de santé locale à Vérone, en partenariat avec l'Université de Vérone, a mis en place un programme de bien-être sur le lieu de travail pour que les employés des entreprises locales puissent détecter les conditions de travail susceptibles d'affecter le bien-être mental du personnel, et pour leur fournir un soutien.

Entre 2005 et 2010, environ 500 travailleurs se sont plaints d'une situation de travail néfaste. Pour définir les problèmes et leurs conséquences psychologiques, les travailleurs ont eu une consultation avec un ergothérapeute et un psychologue. Des entretiens semi-structurés ont permis d'évaluer l'environnement de travail, la qualité de communication avec les collègues et l'employeur, et le moment où les problèmes sont survenus.

Environ 80% de ceux qui ont demandé une consultation étaient atteints d'une psychopathologie liée au travail, telle qu'une combinaison d'anxiété et de trouble dépressif (51,6%), un trouble de l'adaptation (16,9%), un trouble dépressif (17,9%), un trouble d'anxiété (12,1%) ou un syndrome de stress post-traumatique (1,5%).

Les conditions de travail néfastes les plus courantes identifiées lors des entretiens ont été les suivantes : l'intimidation, le harcèlement sexuel, la détresse liée au travail et la détresse en dehors du travail. Ces personnes bénéficient d'un soutien psychologique et, si nécessaire, d'un traitement psychiatrique. L'autorité de santé de Vérone a également tenté

⁶⁹ De plus amples informations sont disponibles en ligne sur le lien suivant : <http://www.dwp.gov.uk/health-work-and-well-being/case-studies/bt-mental-health/>.

⁷⁰ Knapp M., McDaid, D. et Parsonage, M. (2011) Mental health promotion and mental illness prevention : The economic case, London Department of Health.

d'améliorer les conditions de travail avec le soutien des ergothérapeutes, des conseillers en harcèlement et d'autres médiateurs des entreprises.

Des entretiens téléphoniques et des questionnaires sont utilisés pour évaluer l'état de santé des participants 12 à 24 mois après la première consultation. Les résultats provisoires indiquent que les conditions de travail se sont améliorées pour environ 60% d'entre eux.

De manière générale, les travailleurs signalent des améliorations de leur situation de travail et de leur santé mentale, en raison de la sensibilisation et des mesures prises sur le lieu de travail. Les résultats indiquent que la détection et le diagnostic précoces, le soutien psychothérapeutique individuel et les mesures visant à optimiser les conditions de travail peuvent aider le personnel à améliorer leur santé physique et mentale. Le soutien psychologique professionnel et personnalisé semble être le plus efficace. En revanche, les actions en justice pour résoudre les problèmes au travail ne semblent pas avoir été aussi performantes.

5.5 Bien-être en pratique : le programme national finlandais de lutte contre la dépression⁷¹

La grande prévalence de la dépression et de ses symptômes invalidants représente pour les gouvernements et les décideurs non seulement un énorme problème de santé publique, mais aussi un coût économique important qui risque d'augmenter. Cette charge économique est dominée par les coûts indirects de la perte de productivité due à l'absentéisme, au présentisme, au chômage de longue durée, à la retraite anticipée et à la mortalité prématurée.

Le milieu de travail supporte la plus grande proportion des dépenses associées à la dépression et est donc un lieu important où aborder la prévention, le diagnostic précoce et le traitement adéquat de la dépression. De telles interventions peuvent permettre de faire des économies ou d'être d'un bon rapport coût-efficacité, que ce soit à court ou à long terme. Par conséquent, il faudrait développer les programmes luttant contre la dépression au travail et les faire éventuellement prendre en charge par le gouvernement⁷².

En Finlande, la dépression représente une menace particulière pour la capacité de travail du pays, puisque plus de 200.000 personnes souffrent de dépression chaque année et qu'une personne sur cinq souffre de dépression au cours de sa vie. En outre, l'incapacité de travail pour cause de dépression a considérablement augmenté depuis la fin des années 90 (voir graphique 7).

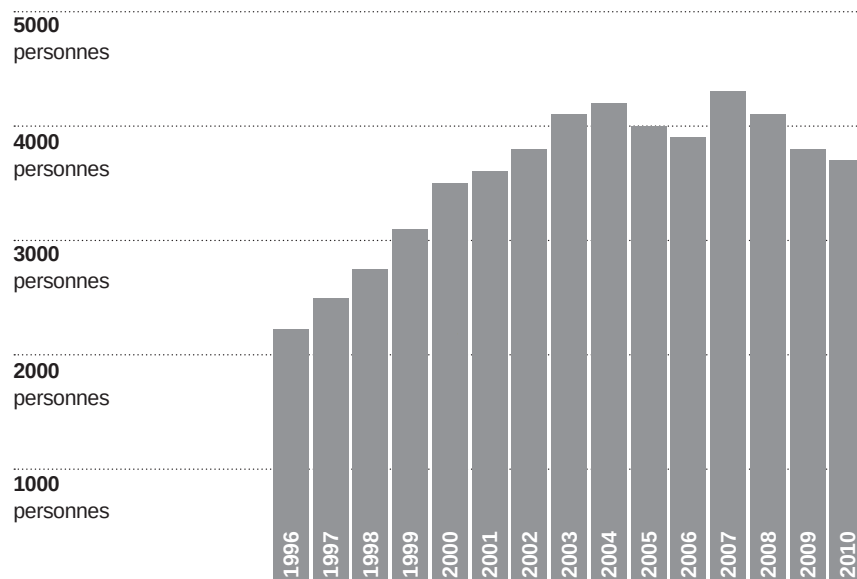
En Finlande, le nombre de personnes prenant une retraite anticipée et étant en congé maladie pour cause de dépression a augmenté de façon significative. Par conséquent, les coûts de la dépression liée au travail ont augmenté de manière significative aussi. Les congés maladie liés à la dépression et les pensions d'invalidité ont coûté € 639 millions en 2010. L'assurance sociale a payé € 79 millions de pensions d'invalidité, tandis que les coûts de prestations de maladie ont représenté € 116 millions⁷³.

⁷¹ Des informations supplémentaires sont disponibles en ligne : http://www.stm.fi/en/strategies_and_programmes/masto.

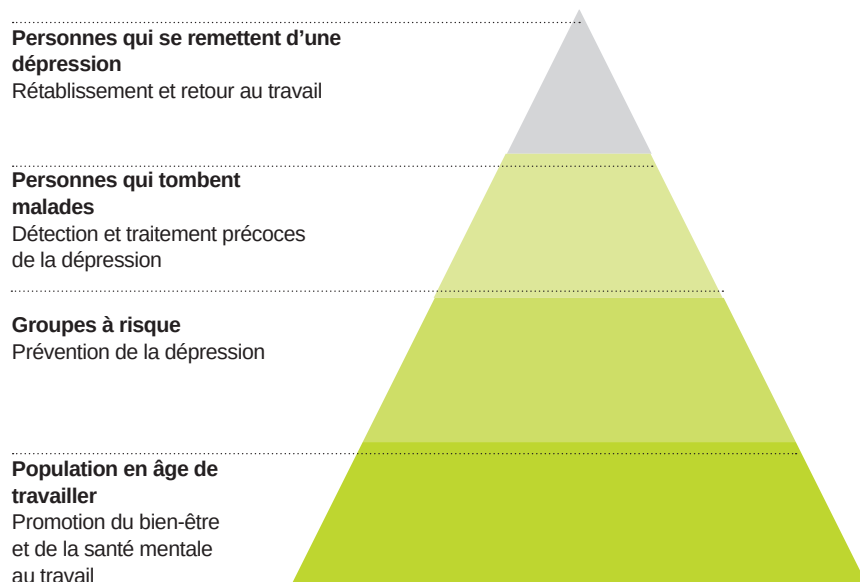
⁷² Martin Knapp (15/08/2011), LSE, King's College London, Institute of Psychiatry, NIHR School for Social Care Research, interview par email avec ESN.

⁷³ Ces informations proviennent du site internet du projet Masto. Disponibles en ligne : http://www.tartumasennukseen.fi/c/document_library/get_file?folderId=3013709&name=DLFE-14954.pdf

Graphe 7 : Nombre de personnes qui ont été transférées des régimes de pensions professionnelles vers des régimes de pensions d'invalidité pour cause de dépression (Source : Centre finlandais pour les pensions).



Graphe 8 : Projet MASTO: Action et groupes cibles correspondants.



Les objectifs du projet Masto (2008-2011), initié par le ministère finlandais des Affaires sociales et de la Santé, sont de réduire la dépression liée au travail et de promouvoir et soutenir les pratiques qui améliorent le bien-être au travail, le soutien précoce pour lutter contre les problèmes d'aptitude au travail, le traitement et la réadaptation efficaces des personnes souffrant de dépression liée au travail, et un soutien pour rester dans l'emploi et revenir au travail.

Les moyens mis en œuvre sont la participation de différents secteurs administratifs, des partenaires sociaux et du tiers secteur. La réinsertion professionnelle, l'indemnité partielle de maladie ou des pensions partielles d'invalidité et la collaboration entre les milieux de travail, les services de soins de santé et de rétablissement offrent la possibilité d'un retour sécurisé au travail.

Conclusions

Les problèmes de santé mentale ont une incidence majeure sur la vie d'une personne et sur celle de son entourage. Les coûts sont élevés, non seulement pour les individus et leurs familles, mais aussi pour la communauté, les entreprises et la société. Toutefois, la responsabilité des services de santé mentale primaires, collectifs et d'urgence a été fragmentée, ce qui a entraîné des tensions et des divisions entravant la bonne marche des services. L'investissement dans les services de santé mentale a été faible par rapport aux dépenses dans d'autres domaines de l'aide sociale ou de la santé.

Un certain nombre de conclusions (et de messages clés) ont émergé du travail d'ESN sur la santé mentale et de ce rapport, qui a mis en évidence les préoccupations des usagers des services de santé mentale, et s'est appuyé sur les résultats de la recherche et des exemples de politiques et de pratiques actuelles.

La stigmatisation associée à une mauvaise santé mentale constitue un frein à un traitement et soutien fructueux, l'inclusion sociale, et, en définitive, à une meilleure qualité de vie. Des mesures devraient donc être prises pour améliorer la connaissance des problèmes de santé mentale et changer les perceptions en faisant de la santé mentale une priorité politique. De telles mesures doivent cibler non seulement le grand public, mais aussi les professionnels de la santé et de l'aide sociale, ainsi que les personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Il faut poursuivre les stratégies visant à lutter contre la stigmatisation, parallèlement à la création de services de santé mentale personnalisés, axés sur le rétablissement de la personne. La participation des usagers des services à la conception et à la prestation de services est donc cruciale. La volonté des services de santé, de l'aide sociale et d'autres parties prenantes à travailler ensemble est essentielle pour le rétablissement d'une personne, sur tous les fronts, y compris pour son inclusion active sur le marché du travail. Les services de santé mentale primaires, collectifs et d'urgence ne peuvent pas agir efficacement sans un cadre politique et législatif favorable et un financement suffisant et durable au niveau national et régional. Les administrations locales peuvent jouer un rôle clé d'initiative et de coordination, en particulier entre les services sociaux et de santé. Vu les dimensions multiples de la vie d'une personne, le rétablissement ne peut avoir lieu que dans la communauté, et non dans les institutions.

Il a non seulement été avancé que les stratégies de lutte contre la stigmatisation et de promotion du rétablissement doivent être poursuivies en tandem, mais que l'on peut améliorer le bien-être mental de tous, par exemple grâce à des stratégies de bien-être au travail. Il existe un réel potentiel des services de santé mentale pour aider les employeurs locaux à promouvoir la santé mentale et le bien-être. Les acteurs publics, privés et bénévoles ont la responsabilité d'investir dans le bien-être mental de tous.

Au niveau européen, la Direction générale (DG) de la santé et des consommateurs de la Commission a lancé le Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être, qui s'est inspiré de l'expertise d'autres intervenants européens, nationaux, régionaux et locaux. La recherche, la sensibilisation, l'échange de bonnes pratiques et l'élaboration d'une politique

au niveau de l'UE devraient continuer à valoriser les mesures prises dans les États membres pour soutenir la Stratégie Europe 2020.

Il y a beaucoup de professionnels, de responsables de services, de politiciens et d'(anciens) utilisateurs de services qui sont résolus à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de problèmes de santé mentale - et nous sommes reconnaissants à certains d'entre eux d'avoir contribué à ce rapport. Pourtant, il reste beaucoup de chemin à parcourir, et ESN s'est engagé à travailler avec ses membres et d'autres parties prenantes pour améliorer la qualité de vie des personnes ayant un problème de santé mentale et promouvoir le bien-être mental de tous.

Action européenne commune en matière de santé mentale et de bien-être

Au cours de ces dernières décennies, les raisons d'investir dans la santé, y compris la santé mentale, se sont clarifiées et affirmées en Europe. Les troubles mentaux y sont très répandus : ils représentent une charge importante pour la société et sont associés à d'importantes pertes de capital humain productif. Une bonne santé mentale et le bien-être sont des facteurs essentiels de cohésion sociale, de progrès économique et de développement durable dans l'UE.

On diagnostique des problèmes de santé mentale chez 50 millions de citoyens européens environ. L'amélioration de la santé mentale des Européens contribuerait à la réalisation de plusieurs objectifs d'Europe 2020. Dans ce contexte, une action commune en matière de santé mentale et de bien-être a été élaborée pour la période 2013-2016. Celle-ci s'appuie sur le Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être (2008-2011). Elle établit un processus de coopération structurée entre les États membres, les institutions européennes, les acteurs et les organisations internationales concernés. Elle rassemble 49 partenaires associés (dont le Réseau Social Européen) de 30 pays européens.

En tant que représentant des directeurs de services publics de santé mentale dans l'ensemble de l'action sociale et des soins de santé, ESN est un acteur de premier plan au sein du Comité consultatif de l'action commune et travaille en étroite collaboration avec ses membres sur les trois dossiers suivants :

- Développer des stratégies de proximité et incluant tous les groupes sociaux
- Promouvoir la collaboration entre les secteurs de l'éducation, la santé et l'action sociale pour prévenir les maladies mentales chez les enfants et les adolescents
- Intégrer systématiquement la santé mentale dans tous les domaines politiques

ESN stimulera l'analyse de situation, la cartographie des données et des pratiques, les ateliers nationaux de renforcement des capacités et la rédaction de rapports nationaux et européens sur ces thèmes. ESN recherche parmi les membres du réseau des correspondants nationaux pour contribuer à ces trois dossiers. L'action commune contribuera à relever les défis et constitue une occasion unique pour les membres d'ESN de faire avancer le processus politique. Si vous êtes intéressé d'y participer, veuillez contacter Alfonso Lara Montero, chargé principal des politiques et de la recherche : alfonso.montero@esn-eu.org.

Glossaire

Inclusion active

Concept politique développé par la Commission européenne, qui comporte trois volets : (1) un complément de ressources adéquat ; (2) des marchés du travail favorisant l'insertion ; (3) l'accès à des services de qualité. En 2008, la Commission a publié une Recommandation aux États membres comprenant des lignes directrices pour l'élaboration de politiques d'inclusion active⁷⁴.

Soins de proximité

Tout type de soins, de surveillance et de réadaptation extrahospitaliers prodigués par des travailleurs sociaux et de santé établis dans la communauté (OMS : Atlas, 2001). Les soins de proximité sont associés à l'offre de services et de soins à domicile plutôt que dans une institution⁷⁵.

Handicap

Toute restriction ou manque (résultant d'une déficience) de capacité à accomplir une activité à la manière ou dans le cadre des limites considérées comme normales pour un être humain⁷⁶.

Discrimination

La directive européenne 2000/78/CE du 27 novembre 2000 établit un cadre général pour l'égalité de traitement dans l'emploi et le travail, pour lutter contre la discrimination fondée sur la religion ou les convictions, l'handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle. Les États membres ont dû adopter les lois, les règlements et les dispositions administratives nécessaires pour se conformer à cette directive avant le 2 décembre 2003.

1. Aux fins de la présente directive, on entend par “principe de l'égalité de traitement” l'absence de toute discrimination directe ou indirecte, fondée sur un des motifs visés à l'article 1er.

2. Aux fins du paragraphe 1 :

(a) une discrimination directe se produit lorsqu'une personne est traitée de manière moins

⁷⁴ Recommandation de la Commission européenne du 3 octobre 2008 sur l'inclusion active des personnes exclues du marché du travail (notifiée sous le numéro de document C(2008) 5737). Disponible en ligne à l'adresse : http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_inclusion_fight_against_poverty/em0009_fr.htm

⁷⁵ OMS (2001) Atlas des ressources consacrées à la santé mentale dans le monde. Organisation mondiale de la santé, Genève.

⁷⁶ OMS (1980) Classification internationale des déficiences, des incapacités et des handicaps (ICIDH). Organisation mondiale de la santé, Genève.

favorable qu'une autre ne l'est, ne l'a été ou ne le serait dans une situation comparable, sur la base de l'un des motifs visés à l'article 1^{er} ;

(b) une discrimination indirecte se produit lorsqu'une disposition, un critère ou une pratique apparemment neutre est susceptible d'entraîner un désavantage particulier pour des personnes d'une religion ou de convictions, d'un handicap, d'un âge ou d'une orientation sexuelle donnés, par rapport à d'autres personnes.

Europe 2020

Europe 2020 est la stratégie pour une croissance intelligente, durable et inclusive que l'Union européenne a adoptée pour les dix années à venir. Il y a sept "initiatives phares" liées à une croissance intelligente, durable et inclusive. L'Union européenne a fixé cinq objectifs en matière d'emploi, de recherche et développement, changement climatique et énergie, éducation, pauvreté et exclusion sociale. Les États membres de l'UE font rapport des progrès et de l'évolution des politiques chaque année ; la Commission fait des recommandations spécifiques et analyse l'avancement global⁷⁷.

Santé mentale

Mesure de la façon dont les personnes, les organisations et les communautés pensent, ressentent et fonctionnent individuellement et collectivement. Les sociétés bénéficient socialement et économiquement de la bonne santé mentale des individus⁷⁸.

Services de santé mentale⁷⁹

Les troubles mentaux peuvent avoir une incidence sur différents aspects de la vie d'une personne, y compris le logement, l'emploi, des relations et le bien-être physique. Les professionnels de la santé mentale travaillent dans des établissements de santé primaires et d'aide sociale (pour le traitement des problèmes émotionnels ou psychologiques) et dans les services de santé mentale spécialisés (traitement des troubles sévères). Il peut s'agir de médecins généralistes, psychothérapeutes, infirmières psychiatriques extrahospitalières, psychologues cliniciens, psychiatres et travailleurs sociaux.

Dans le passé, il y a eu une distinction pour les problèmes de santé mentale entre les soins de santé primaires de "première ligne" (médecins généralistes et infirmiers psychiatriques extrahospitaliers) et les services plus spécialisés (psychiatres ou psychologues cliniciens). Malgré des différences dans l'organisation des services à travers l'Europe, il semble y avoir eu une évolution généralisée vers la prestation de certains services spécialisés en milieu extrahospitalier, tels que les centres de jour ou le domicile d'une personne.

⁷⁷ Commission européenne (2010) Stratégie Europe 2020, Communautés européennes. Informations disponibles sur : http://ec.europa.eu/europe2020/index_fr.htm

⁷⁸ Corey L. et Keyes M. (2002) The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 43, no. 2.

⁷⁹ Une partie des informations utilisées pour rédiger cette définition a été extraite de : <http://www.nhsdirect.wales.nhs.uk/encyclopaedia/m/article/mentalhealthservices>

Personnalisation

Permet à l'individu seul ou en groupes de trouver les solutions qui lui conviennent et de participer à la prestation d'un service. Après avoir été bénéficiaire de services, les citoyens peuvent s'impliquer activement dans le choix et la conception des services qu'ils reçoivent⁸⁰.

Pauvreté

La Commission européenne définit le fait d'être "menacé de pauvreté" comme celui de vivre dans un ménage dont le revenu est inférieur de 60% du revenu médian des ménages du pays considéré. Selon cette définition, 80 millions de personnes dans l'Union européenne, soit 16% de la population, sont actuellement menacées de pauvreté⁸¹.

Présentéisme

Le présentéisme se définit comme la perte de productivité qui se produit lorsque les employés viennent travailler, mais s'acquittent de leur tâches en dessous du niveau requis en raison d'une maladie, quelle qu'elle soit. Alors que les coûts associés à l'absentéisme des employés sont étudiés depuis longtemps, les coûts du présentéisme sont explorés par la recherche depuis peu⁸².

Rétablissement

Un processus unique très personnel de changement d'attitudes, de valeurs, de sentiments, d'objectifs, de compétences et/ou de rôles d'une personne. C'est une façon de vivre une vie satisfaisante, prometteuse et de contribuer à la vie, y compris dans les limites de la maladie. Le rétablissement implique le développement d'un nouveau sens et d'un nouveau but à la vie de la personne, tandis qu'elle dépasse les effets catastrophiques de la maladie mentale."⁸³

Le rétablissement peut être social ou total. Dans le rétablissement **social**, une personne affiche encore des signes et symptômes cliniques, mais ces symptômes ne l'empêchent pas de participer à la vie sociale. Dans la guérison totale, elle ne présente plus aucun symptôme et n'est plus liée à une forme de traitement psychiatrique⁸⁴. Pour les utilisateurs de services, le rétablissement est une expérience vécue, tandis que pour les professionnels, c'est le processus qui guide leur travail.

⁸⁰ Scottish Government (2009) Changing Lives, Service Development Group. Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.socialworkscotland.org.uk/resources/pub/PersonalisationPapers.pdf>

⁸¹ Initiative Europe 2020: Plate-forme européenne contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Disponible en ligne à l'adresse : <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=961&langId=fr>

⁸² Levin-Epstein J. (2005) Presenteeism and paid sick days. Washington, D.C.: CLASP Center for Law and Social Policy. Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.clasp.org/publications/presenteeism.pdf>.

⁸³ William Anthony, Directeur du Boston Center for Psychiatric Rehabilitation. Disponible en ligne : <http://www.mhrecovery.com/definition.htm>

⁸⁴ Silver H. (1994) Social exclusion and social solidarity: Three paradigms, International Institute for Labour Studies Discussion Paper No 69.

Exclusion sociale

Le déni de droits sociaux, politiques et civils des citoyens dans la société ou l'incapacité de groupes d'individus à participer au fonctionnement politique, économique et social de base de la société⁸⁵.

Stigmatisation

Une série de croyances, d'attitudes ou de comportements négatifs qui poussent un individu ou un groupe à craindre, éviter, ou discriminer les personnes ayant des caractéristiques particulières. La stigmatisation peut prendre une double forme, la stigmatisation du public (la réaction de la population en général à l'égard des personnes ayant des problèmes de santé mentale) et l'auto-stigmatisation (les préjugés que les personnes ayant des problèmes de santé mentale retournent contre elles-mêmes et leurs familles)⁸⁶.

⁸⁵ Silver H. (1994) Social exclusion and social solidarity: Three paradigms, International Institute for Labour Studies Discussion Paper No 69.

⁸⁶ Corrigan P.W. and Watson A.C. (2002) Understanding the impact of stigma on people with mental illness, *World Psychiatry* 1(1), 16-20.

Bibliographie

Ahonen G. (2010) Työkyvyn taloudellinen merkitys ('Economic impact of working ability') in Martimo, K-P. et al. (Eds) *Työstä terveyttä (Health at work)*, Työterveyslaitos (Finnish Institute of Occupational Health), 36-46.

Boardman J., Grove B., Perkins R. and Shepherd G. (2003) Work and employment for people with psychiatric disabilities, *British Journal of Psychiatry* 182, 467-468.

Boardman J. (2003) Work, employment and psychiatric disability, *Advances in Psychiatric Treatment* 9, 327-334.

Bond G.R. (2004) Supported Employment: Evidence for an Evidence-Based Practice, *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27, 345-359.

Bond G.R., Becker D.R., Drake R.E., Rapp C.A., Meisler N., Lehman A.F., Bell M.D. and Blyler C.R. (2001) Implementing supported employment as an evidence based practice, *Psychiatric Services*. 52, 313-322.

Bond G.R., Resnick S.G., Drake R.E., Xie H., McHugo G.J. and Bebout R.R. (2001). Does competitive employment improve non-vocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(3), 489-501.

Brown S., Kim M., Mitchell C. and Inskip H. (2010) Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia, *British Journal of Psychiatry* 196, 116-121.

Central Statistical Office of Poland (2010) Labour Force Survey in Poland, III Quarter 2009: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_Is_labour_force_survey_IIIq_2009.pdf.

Chapman L. (2005) Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies, *American Journal of Health Promotion* 19(6), 1-11.

Corey L. and Keyes, M. (2002) The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life, *Journal of Health and Social Behavior* 43, 207-222.

Corrigan P.W., Markowitz F.E. and Watson A.M. (2004) Structural levels of mental illness stigma and discrimination, *Schizophrenia Bulletin* 30(3), 481-491.

Corrigan P.W. and Watson A.C. (2002) Understanding the impact of stigma on people with mental illness, *World Psychiatry* 1(1), 16-20.

Conseil de l'Union européenne (2000) Directive du Conseil 2000/78/CE portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail, Journal officiel L 303 , 02/12/2000 P. 0016 – 0022.

Department of Health (2011) No health without mental health: A cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages, London: HM Government.

Dixon L., Hoch J., Clark R., Bebout R., Drake R., McHugo G. and Becker D. (2002) Cost-effectiveness of two vocational rehabilitation programs for persons with severe mental illness, *Psychiatric Services* 53(9), 1118-1124.

Commission européenne (2009) Livre vert sur le personnel de santé en Europe. Disponible en ligne: http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/european_health_strategy/sp0005_fr.htm

Recommandation de la Commission européenne du 3 octobre 2008 sur l'inclusion active des personnes exclues du marché du travail (notifié sous le numéro de document C(2008) 5737). Disponible en ligne à l'adresse: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:307:0011:0014:FR:PDF>

Communautés européennes (2008) Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être. Disponible en ligne à l'adresse: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_fr.pdf.

Farkas M., Interview conducted by Lise Jul Pedersen, Danish users' movement: <http://www.youtube.com/watch?v=wZUYn6c0EDw&feature=related>.

Grammenos S. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (2003), *Illness, disability and social inclusion*, Luxembourg: Communautés européennes. Disponible en ligne à l'adresse: <http://www.eurofound.eu.int/publications/EF0335.htm>.

Harding C.M., Brooks G.W., Ashikaga T., Strauss J.S. and Breier A. (1987) The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I: Methodology study sample and overall status 32 years later, *American Journal of Psychiatry* 144, 718-726.

Jackson Y, Kelland J., Cosco T.D., McNeil D.C. and Reddon J.R. (2009) Non-vocational outcomes of vocational rehabilitation: reduction in health services utilization, *Work* 33(4), 381-387.

Knapp M., McDaid D. and Parsonage M. (2011) Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case, Department of Health.

Levin-Epstein J. (2005) Presenteeism and paid sick days. Washington, D.C.: CLASP Center for Law and Social Policy: <http://www.clasp.org/publications/presenteeism.pdf>.

Leal J., Luengo-Fernandez R., Gray A., Petersen S. and Rayner M. (2006) *Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union*, *European Heart Journal* 27(13), 1610-1619.

Marwaha S., Johnson S., Bebbington P., Stafford M., Angermeyer MC., Brugha T., Azorin, J.M., Kilian, R., Hansen, K. and Toumi, M. (2007) Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany, *British Journal of Psychiatry* 191, 307.

McDaid D. (2011) Background document for the Thematic Conference on Promotion of Mental Health and Well-being in Workplaces, Luxembourg: European Communities.

McDaid D., Zechmeister I., Kilian R., Medeiros H., Knapp M., Kennelly B. and the MHEEN Group (2008) Making the Economic Case for the promotion of mental well-being and the prevention of mental health problems, LSE PSSRU.

Perkins R. and Rinaldi M. (2002) Unemployment rates among patients with long-term mental health problems. A decade of rising unemployment, *Psychiatric Bulletin* 26, 295-298.

O'Sullivan C., Thornicroft G., Layte R., Burfeind C., McDaid D., Salize H.J., Daumerie N. and Caria A. (2010) Background document for the Thematic Conference on Promoting Social Inclusion and Combating Stigma for Better Mental Health and Well-being, Luxembourg: European Communities.

Sainsbury Centre (2007) Mental Health at Work: Developing the business case: http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/mental_health_at_work.pdf.

Sayce L. and Curran C. (2007) Tackling social exclusion across Europe in *Mental health policy and practice across Europe*, Open University Press, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Sobocki P., Jönsson B., Angst J. and Rehnberg C. (2006) Cost of Depression in Europe, *The Journal of Mental Health Policy and Economics* 9, 87-98.

Special Eurobarometer (2010) 345/Wave 73.2 Mental Health –TNS Opinion & Social.

Topor A. (2002) Vendepunkter ('Turning points'), Videnscenter for Socialpsykiatri (Centre of Knowledge on Social Psychiatry), 1. Udgave (First edition).

Topor A. (2004) Fra patient til person ('From patient to person'), Akademisk Forlag (Academic Publishers), 1. Udgave (First edition).

Assemblée générale des Nations Unies, Convention relative aux droits des personnes handicapées (2007) Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 24 janvier 2007, A/RES/61/106. Disponible en ligne: <http://www2.ohchr.org/french/law/disabilities-convention.htm>

Vanderplasschen W. (2004) The development and Implementation of Case Management for Substance Use Disorders in North America and Europe, *Psychiatric Service* 55(8), 913-922.

Wilken J. P. and Hollander D. (2005) Rehabilitation and Recovery a comprehensive Approach, SWP Publishers Amsterdam.

OMS (2005) Mettre fin aux violations des droits de l'homme dont sont victimes les personnes souffrant de troubles mentaux, Genève. Disponible en ligne à l'adresse: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr68/fr/index.html>

Sources en ligne

British Telecom's "Workfit Positive Mentality" Programme <http://www.dwp.gov.uk/health-work-and-well-being/case-studies/bt-mental-health/>

Condition Management Programme (CMP), UK: http://library.nhs.uk/mediaAssets/Leaflets/nhs.uk/condition_management_programme_leaflet.pdf

Equality and Human Rights Commission, UK: <http://www.equalityhumanrights.com/advice-and-guidance/guidance-for-employers/the-duty-to-make-reasonable-adjustments-for-disabled-people/>

International Community for Hearing Voices. Available online at: <http://www.intervoiceonline.org/>

Masto project, Finland: http://www.stm.fi/en/strategies_and_programmes/masto

Mental Health Providers Forum, Recovery Star Approach: <http://www.mhpf.org.uk/recoveryStarApproach.asp>

National Programme for training and improved employment of people with permanent disabilities, Bulgaria: <http://www.az.government.bg/Projecys/Prog/HU/Uvrej.htm>

PROTECT project, Ireland: <http://www.hse.ie>

WRAP project, Ireland: <http://www.imhrec.ie/recovery-wrap>

Ouvrages utiles

Department of Health (2011) Making it happen A guide to delivering mental health promotion, Department of Health publications.

Dornan et al. (2010) The Wellness Imperative Creating More Effective Organizations, WEF.

Commission européenne (2004) The state of Mental Health in the European Union, European Communities. Disponible en ligne: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_frep_06_en.pdf

Commission européenne (2010) Stratégie Europe 2020, Communautés européennes. Informations disponibles sur: http://ec.europa.eu/europe2020/index_fr.htm

Recommandation de la Commission européenne du 3 octobre 2008 sur l'inclusion active des personnes exclues du marché du travail (notifié sous le numéro de document C(2008) 5737). Disponible en ligne à l'adresse: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:307:0011:0014:FR:PDF>

Knapp et al. (2008) Economics, mental health and policy: An overview, PSSRU, LSE.

Link G. Bruce and Phelan C. Jo (2001) Conceptualizing Stigma, Annual Review of Sociology 27, 363-385.

Local Government Improvement and Development (2010) The role of local government in promoting wellbeing, Local Government Group.

McDaid (2008) Mental Health in Workplace Settings Consensus paper, Luxembourg: European Communities.

National Institute for Health and Clinical Excellence (2009) Business case: Promoting Mental Wellbeing at work, NICE public health guidance.

Perkins R., Farmer P. and Litchfield P. (2009) Realising ambitions: Better employment support for people with a mental health condition A review to Government, Department for Work and Pensions.

Scottish Government (2009) Changing Lives, Service Development Group:
<http://www.socialworkscotland.org.uk/resources/pub/PersonalisationPapers.pdf>

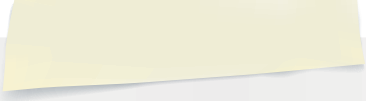
Silver H. (1994) Social exclusion and social solidarity: Three paradigms, International Institute for Labour Studies Discussion Paper No 69.

WHO (2011) Impact of economic crises on mental health, World Health Organisation, Geneva.

WHO (2001) Atlas: Mental Health Resources in the World. World Health Organisation, Geneva.

WHO (1980) The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). World Health Organisation, Geneva.

www.esn-eu.org



Ce rapport vise à diffuser les connaissances et l'apprentissage du groupe de travail d'ESN sur la santé mentale et du Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être. Il traite de plusieurs questions connexes: la stigmatisation; les services personnalisés et le rétablissement, la participation au marché du travail et la promotion de la santé mentale. Il cherche également à faire prendre conscience non seulement des conséquences sociales, mais aussi économiques d'une mauvaise santé mentale dans le cadre de la stratégie Europe 2020.

European Social Network
Victoria House
125 Queens Road
Brighton BN1 3WB
United Kingdom

Tel: +44 (0) 1273 739 039
Fax: +44 (0) 1273 739 239
Email: info@esn-eu.org
Web: www.esn-eu.org