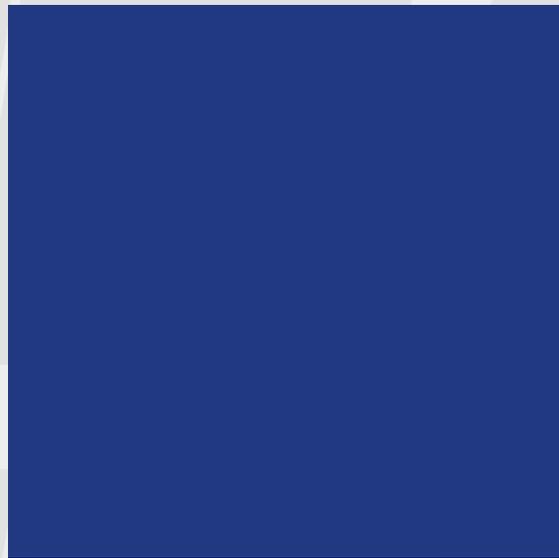


BEITRÄGE ZUR SOZIALEN SICHERHEIT

*Bericht im Rahmen des zweiten mehrjährigen
Forschungsprogramms zu Invalidität und Behinderung (FoP2-IV)*

***Profile von jungen IV-Neurentenbeziehenden
mit psychischen Krankheiten***

Forschungsbericht Nr. 19/15



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Bundesamt für Sozialversicherungen BSV
Office fédérale des assurances sociales OFAS

Résumé

Contexte

En Suisse et dans de nombreux autres pays industrialisés, la mise en invalidité de très jeunes adultes est un sérieux problème qui tend à empirer et qui affecte non seulement les jeunes concernés, mais aussi leur famille et la société. Ces vingt dernières années, l'octroi de rentes à des jeunes de 18 et 19 ans atteints de troubles psychiques a progressé de 6 % par an en moyenne, contre 2 % parmi les 20 à 24 ans (OCDE, 2014). Ce n'est qu'en 2014 que le taux de nouvelles rentes octroyées à de jeunes demandeurs s'est stabilisé à un niveau relativement élevé. Il est frappant que cette hausse soit intervenue au cours d'une décennie pendant laquelle le taux global des nouvelles rentes AI a significativement baissé. Il est donc évident que l'évolution des taux d'invalidité parmi les adolescents et les jeunes adultes s'écarte de la tendance générale.

Or une mise en invalidité à un jeune âge occasionne un coût économique considérable, car ces jeunes percevront très souvent une rente AI entière jusqu'à l'âge de la retraite. Le coût pour l'individu est également important. Les rentiers étant exclus du monde professionnel, ils ne profitent pas des effets bénéfiques du travail pour la santé mentale (contacts sociaux, identité, structure du temps, acquisition de compétences, etc.). Ils doivent donc plus souvent suivre des traitements et ceux-ci sont généralement plus longs. De manière générale, ils ont davantage recours à des services psychosociaux et médicaux.

La plupart du temps, la mise en invalidité à un très jeune âge est due à des problèmes psychiques ; les problèmes somatiques sont rares. Ce phénomène s'explique par le fait que trois quarts environ des troubles psychiques débutent avant l'âge de 25 ans (Kessler et al., 2005), à savoir bien plus tôt que les maladies physiques. Par conséquent, un nombre élevé de jeunes atteints de troubles psychiques présentent déjà des problèmes à l'école ou durant la formation (Baer et al., 2009). Ces jeunes sont deux fois plus nombreux à abandonner prématurément leurs études ou leur formation que les jeunes en bonne santé (OCDE, 2015).

Cette situation engendre d'autres effets négatifs : les jeunes sans qualification professionnelle ont beaucoup plus de difficulté à s'insérer dans le marché du travail. En moyenne, ils mettent près de trois ans et demi pour obtenir un premier emploi, alors que les personnes qualifiées trouvent du travail au bout de six mois à une année en moyenne (OCDE, 2015). En Suisse, le rapport entre le taux de chômage des personnes peu qualifiées et celui des personnes mieux formées s'est inversé par rapport au début des années quatre-vingt-dix : alors qu'il y a vingt ans, les jeunes adultes peu qualifiés étaient plus rarement au chômage que les gens hautement qualifiés, c'est le contraire aujourd'hui. De nos jours en Suisse, les travailleurs peu qualifiés présentent un taux de chômage deux fois plus élevé que les personnes plus qualifiées (OCDE, 2014).

Aucune étude n'a permis d'éclaircir les raisons de l'augmentation du taux de mise en invalidité des jeunes assurés. L'épidémiologie psychiatrique ne fournit, quant à elle, aucune explication puisque la fréquence des troubles mentaux dans la population globale n'a pas augmenté ces dernières décennies (par ex. Richter et al., 2008).

A ce jour, il n'existe pratiquement pas d'informations sur les jeunes rentiers AI en Suisse, sur le genre de problèmes psychiques dont ils souffrent, sur les critères associés à un risque accru de mise en invalidité ni sur les particularités des parcours qui aboutissent à l'octroi d'une rente. L'âge des jeunes rentiers au moment où les troubles commencent à se manifester n'est pas plus connu que la formation qu'ils suivaient ou la date du premier recours à des services spécialisés. Vraisemblablement,

l'assurance-invalidité n'est pas la première instance à laquelle s'adressent les jeunes concernés. Il semble plutôt probable que l'octroi de la rente est l'aboutissement, souvent provisoire, d'un long développement défavorable. En Suisse, cette situation ne s'explique pas par l'absence de services professionnels de soutien psychiatrique et psychothérapeutique, socio-éducatif ou psychologique, ces derniers étant très bien développés en comparaison internationale (OCDE, 2014). Le problème serait donc plutôt lié à un fonctionnement défaillant qu'à une pénurie de services.

A ce jour, il manque des données pertinentes pour planifier des mesures précoces et efficaces qui permettent à l'AI et aux autres acteurs (systèmes de formation, de santé, employeurs, etc.) de maintenir davantage de jeunes souffrant de troubles psychiques dans le système d'éducation ou sur le marché du travail. La présente étude a donc pour objectif d'analyser le profil des nouveaux rentiers AI atteints de troubles psychiques, d'examiner l'histoire médicale et le parcours de formation qui les a conduits à l'exclusion, d'analyser les systèmes d'aide et les mesures déployées et d'identifier les facteurs de risque d'une mise en invalidité précoce.

Méthodologie

Etant donné que les seules données du registre AI ne permettent pas de répondre à toutes ces questions, les dossiers AI de cinq cents assurés âgés de 18 à 29 ans ont été soumis à une analyse approfondie (N=500). L'étude a porté, d'une part, sur des assurés qui se sont vu attribuer une rente AI pour cause de problèmes psychiques dans les années 2010 à 2013 (N=400) et, d'autre part, sur un groupe de comparaison constitué de bénéficiaires de prestations de l'AI entre 2010 et 2011 qui n'ont pas perçu de rente AI (n=100). L'objectif de l'étude était d'identifier les facteurs de risque d'une mise en invalidité.

Les dossiers ont été choisis dans l'univers statistique de sorte à former deux échantillons disproportionnés d'assurés (avec et sans rente AI) au moyen de variables opérant, premièrement, avec le système de documentation utilisé par l'office AI (IGIS, OSIV, GILAI – comme un proxy pour la culture d'instruction de l'office) et, deuxièmement, avec la taille de l'office AI (petit, moyen ou grand), afin que les petits cantons soient suffisamment représentés. L'univers statistique comprenait les maladies psychiques les plus courantes (codes d'infirmité AI 641 à 646 et 649) ainsi que les infirmités psychiatriques congénitales (404 à 406).

Tous les dossiers ont été encodés au moyen d'une grille de référence, développée par les auteurs, en collaboration avec des experts venant des domaines de la pédopsychiatrie, de la psychiatrie, de la pédagogie curative, des services d'orientation professionnelle de l'AI, du case management formation professionnelle, de la psychologie scolaire et des milieux scolaires. L'étude s'est appuyée sur les connaissances de ces experts et praticiens ainsi que sur la recherche de prédicteurs en réadaptation psychiatrique et sur les travaux antérieurs des auteurs (Ruesch et al., 2013 ; Baer, Frick, Fasel, 2009). Le codage a été confié à des étudiants en psychologie avancés qui avaient suivi une formation à cet effet et étaient encadrés par l'équipe de recherche pour garantir le respect de critères de saisie uniformes.

Dans un premier temps, les données – dont la plausibilité a été vérifiée – ont fait l'objet d'une analyse descriptive. Les questions relatives aux parcours de formation et de traitement, qui se présentent sous la forme d'une chronologie d'états et de faits, ont été abordées au moyen d'une analyse séquentielle des données. Afin de structurer le grand nombre d'informations recueillies, différentes analyses typologiques (fondées sur des analyses en classes latentes, LTA) ont été menées. Un modèle de régression logistique a servi à calculer le risque relatif rapproché (*odds ratio*) de l'octroi d'une rente AI. Enfin, l'arbre de décision CART (*classification and regression tree*) a servi à examiner les interactions de facteurs de risques simultanés et leur incidence sur l'octroi d'une rente AI.

Résultats

Configurations de risques psychosociaux multiples chez les jeunes rentiers

Les jeunes bénéficiaires de rente AI ont souvent subi des difficultés biographiques à un jeune âge, présentent un parcours scolaire et de formation professionnelle de faible niveau et accidenté (marqué par des changements abrupts, tels que l'exclusion de l'école, la répétition d'une année scolaire, l'abandon des études) et souffrent de troubles psychiques graves qui nécessitent une multitude de longs traitements.

Pratiquement tous les jeunes rentiers (84 %), hommes et femmes à parts égales, perçoivent une rente AI entière et la moitié d'entre eux s'est vu octroyer la rente entre 18 et 22 ans. Les ressortissants étrangers sont sous-représentés dans ce groupe d'âge (20 %), mais un tiers des bénéficiaires de rentes a des parents de provenance étrangère.

S'agissant du parcours scolaire, plus de 40 % de jeunes rentiers n'ont pas dépassé le niveau secondaire I. 50 % environ ont suivi une formation du degré secondaire II, principalement sous la forme d'une formation professionnelle pratique, d'une formation élémentaire AI ou d'une formation professionnelle avec attestation. Un petit sixième (14 %) a accompli un apprentissage professionnel de trois ou quatre ans avec certificat fédéral de capacité (CFC). Près de deux tiers (60 %) ont fréquenté une classe ou une école spéciale pendant une partie au moins de leur scolarité obligatoire.

Plus l'assuré est âgé au moment d'obtenir une rente AI, moins son dossier atteste de difficultés scolaires et de formation. C'est notamment vrai pour les assurés qui se voient octroyer une rente après l'âge de 25 ans : ils sont beaucoup moins nombreux à avoir suivi une classe spéciale et disposent plus souvent d'une formation professionnelle sanctionnée par un CFC. Ce qui est particulièrement frappant chez les jeunes bénéficiaires de rente, c'est le taux élevé d'interruptions du parcours formatif : dans plus de 80 % des cas, le dossier documente au moins une interruption, le plus souvent par un changement de classe ou d'école (52 %), l'abandon d'une formation professionnelle (39 %) ou la répétition d'une année scolaire (23 %).

Un quart des jeunes rentiers n'a jamais exercé d'activité lucrative avant l'octroi de la rente AI, ni sur le marché primaire de l'emploi, ni même dans un environnement protégé. Un peu plus de 40 % ont néanmoins exercé une activité du moins épisodique sur le marché primaire du travail. Un tiers a eu une occupation dans un environnement protégé. Au moment du codage des dossiers, 5 % seulement des jeunes rentiers exerçaient une activité lucrative à temps partiel sur le marché primaire de l'emploi. Il s'agissait principalement de bénéficiaires d'une demi-rente ou d'un quart de rente.

Les difficultés familiales sont également plus fréquentes parmi les jeunes bénéficiaires de rente : un tiers environ des dossiers mentionnent une maladie psychique chez le père ou la mère. Cela signifie concrètement que ces assurés ont grandi dans une famille où les parents souffraient de problèmes psychiques notables. Le dossier d'un quart environ des jeunes rentiers fait état de conflits, de négligence ou d'actes de violence au sein de la famille. Un sixième des assurés est issu d'une famille ou au moins un des parents dépendait de l'aide sociale ou percevait une rente.

S'agissant des difficultés biographiques documentées, l'étude a classé les assurés (N=500) dans une des quatre catégories suivantes : 1) pas de problématique familiale (45 %), 2) familles monoparentales sans autre difficulté (16 %) – 3) familles monoparentales présentant des problématiques multiples graves (22 %) et 4) familles traditionnelles présentant des problématiques multiples graves (18 %). La proportion de troubles de la personnalité est particulièrement élevée chez les assurés appartenant à un des deux derniers types de famille. Le constat concernant les difficultés biographiques des jeunes rentiers corrobore les résultats de l'analyse des dossiers des bénéficiaires de

rentes octroyées pour des raisons psychiques (Baer et al., 2009). Les dossiers de 40 % des jeunes rentiers et les dossiers de 50 % de la population globale de bénéficiaires de rente pour cause psychique laissent présumer des difficultés biographiques considérables. Si la part des jeunes rentiers ayant eu des difficultés biographiques est plus faible, c'est que les populations analysées dans la présente étude et dans l'étude Baer 2009 se distinguent aussi par le type de maladie : les jeunes rentiers présentent plus souvent une diminution des facultés intellectuelles et d'autres infirmités congénitales qui n'ont pas de lien avec des difficultés biographiques.

Troubles psychiques des jeunes rentiers

Deux sources d'information ont été utilisées pour étudier les troubles psychiques diagnostiqués : les codes des infirmités de l'AI qui figurent dans les données des registres de l'AI (et qui sont attribués par les offices AI) et les diagnostics CIM des maladies psychiatriques. S'agissant des données des registres, les *codes d'infirmité de l'AI* suivants étaient particulièrement répandus : le code 649 (« autres troubles du caractère, du comportement et de l'intelligence », principalement déficience intellectuelle et troubles du développement) dans 33 % des cas, le code 646 (« troubles réactifs du milieu ou psychogènes », en premier lieu troubles de la personnalité) dans 27 % des cas et le code 641 (« schizophrénie ») dans 16 % des cas. Ces trois groupes recouvrent près de trois quarts des bénéficiaires de rente. Or, la déficience intellectuelle et les troubles du développement (code 649) ne sont prévalents que chez les jeunes assurés qui ont obtenu une rente entre 18 et 21 ans déjà. Dans ce groupe, la moitié des rentiers présentent ce diagnostic. Les assurés qui avaient entre 22 et 29 ans au moment de l'octroi d'une rente souffrent pour deux tiers d'un trouble de la personnalité ou de schizophrénie. La prévalence des différents diagnostics est pratiquement la même en Suisse romande et en Suisse alémanique.

Six types de *constellations diagnostiques* psychiatriques ont été mis en évidence chez les rentiers: 1) troubles du développement, déficience intellectuelle (24 %), 2) schizophrénie (souvent liée à la consommation de cannabis) (23 %), 3) troubles de la personnalité avec comorbidité affective et névrotique (15 %), 4) troubles précoces du comportement (19 %), 5) déficience intellectuelle et troubles précoces graves et multiples associés à des troubles du comportement et du développement (11 %) et 6) troubles du comportement associés à des problèmes d'addiction et à d'autres troubles (9 %). Ces différents types se distinguent non seulement pour ce qui est des difficultés biographiques impliquées, mais aussi quant au recours à des traitements, aux institutions fréquentées et aux parcours de formation suivis :

- les assurés souffrant de schizophrénie ou de troubles de la personnalité sont presque exclusivement traités sur le plan psychiatrique. En plus des services psychiatriques, leur problématique concerne souvent les employeurs. Ces assurés entrent en contact avec l'AI relativement tard (en comparaison du groupe des jeunes rentiers) et ont généralement suivi une scolarité régulière, avec néanmoins des interruptions assez fréquentes.
- Inversement, presque tous les assurés qui présentent des troubles du développement ou une déficience intellectuelle ont fréquenté des classes ou des écoles spéciales, mais aussi différents établissements, dont des homes. Ils sont souvent occupés dans des ateliers protégés.
- Les assurés présentant des troubles précoces du comportement et d'autres troubles précoces graves et multiples bénéficient quant à eux non seulement d'un traitement psychiatrique, mais aussi de services de pédagogie curative. Ce groupe sollicite le plus intensément les moyens d'aide, ses membres bénéficient depuis le plus jeune âge de multiples services de pédagogie curative, de soins psychiatriques et d'institutions spécialisées.

Apparition précoce, mais traitement tardif de la maladie

Chez un cinquième des jeunes rentiers, les premiers problèmes apparaissent dès la première année et chez un quart d'entre eux, dès la petite enfance (avant le début de la scolarité) ; dans l'ensemble, près de la moitié des troubles psychiques se manifestent donc avant la scolarisation. Dans près d'un sixième des cas examinés, le trouble psychique apparaît à l'âge de l'école primaire. Enfin, pour un tiers des assurés, le début du trouble psychique est documenté, pour la première fois, à l'adolescence ou au début de l'âge adulte seulement. Ce qui frappe est que de nombreux enfants dont le trouble psychique est apparu à un très jeune âge (infirmités congénitales, etc.) obtiennent leur premier traitement seulement lorsqu'ils fréquentent l'école enfantine ou primaire.

La comparaison entre le moment du premier traitement psychiatrique et la chronologie des interruptions scolaires (abandon précoce des études ou de la formation professionnelle) fait apparaître des différences évidentes suivant le type de diagnostic. La plupart des assurés dont les troubles psychiques sont apparus très tôt (troubles socio-émotionnels, troubles du développement, lésions cérébrales) ont déjà suivi de longs traitements psychiatriques avant d'abandonner leurs études ou leur formation professionnelle. Ce n'est pas du tout le cas des jeunes rentiers souffrant de schizophrénie : 75 % d'entre eux n'ont jamais suivi de traitement au moment où ils abandonnent leurs études.

Ces chiffres illustrent la problématique connue de la détection tardive des schizophrénies chez les jeunes (en moyenne, les jeunes rentiers souffrant de schizophrénie abandonnent leurs études à l'âge de 17 ans). Les schizophrènes constituent l'un des plus grands groupes de jeunes rentiers. Ils présentent souvent un niveau de formation relativement élevé. C'est pourquoi, même si du point de vue épidémiologique il s'agit d'un très petit groupe, il faut néanmoins déployer des efforts particuliers pour améliorer la détection précoce (à l'école) et pour commencer plus tôt le traitement, avant de recourir à l'AI.

Incohérences des recommandations et des pronostics médicaux

S'agissant de l'instruction médicale, on constate des écarts évidents entre les premiers rapports médicaux soumis à l'AI et les expertises réalisées par la suite : un sixième seulement des rapports proposent des mesures scolaires ou professionnelles pour améliorer la situation des patients, tandis que près de la moitié des expertises ultérieures en contiennent. Les rapports médicaux n'indiquent pratiquement jamais comment traiter l'assuré dans le cadre scolaire ou professionnel (alors que 20 % des expertises se prononcent sur cette question). Pourtant, afin de pouvoir planifier des mesures de réadaptation adéquates, il serait essentiel de disposer rapidement de recommandations médicales concernant les adaptations nécessaires à l'école ou dans l'entreprise. Les rapports médicaux commandés au début de la procédure AI seraient l'instrument idéal à cette fin. Comme les expertises ne sont généralement établies que tardivement, voire pas du tout – seuls 30 % des jeunes rentiers ont été expertisés –, les connaissances médicales qui pourraient favoriser la réadaptation ou éviter une exclusion de l'assuré manquent. La plupart du temps, les expertises sont seulement réalisées lors de la procédure d'instruction en vue de l'octroi d'une rente. Cette problématique, connue depuis plusieurs années, n'a guère évolué ces dix dernières années. Or notamment les très jeunes assurés auraient besoin d'une évaluation interdisciplinaire très complète en vue de la planification de leur intégration.

Le pronostic médical de l'état de santé, qui est un élément courant des rapports médicaux et des expertises de l'AI, soulève d'autres questions : si le pronostic est très favorable au début de la procédure (près de 50 % des jeunes rentiers se voient attester un état de santé perfectible), il se dégrade progressivement : seuls 22 % des derniers rapports ou expertises admettent un potentiel

d'amélioration. Les causes de cette dégradation progressive du pronostic ne sont pas claires. Les données disponibles ne permettent pas non plus d'expliquer pourquoi une rente était octroyée à plus d'un cinquième des jeunes assurés, quand bien même les médecins déclaraient que leur état de santé était perfectible.

L'étude montre par ailleurs que notamment les pronostics des troubles socio-émotionnels apparaissant durant l'enfance et l'adolescence (F9), des troubles cérébraux (F0), des troubles de la personnalité (F6) et de la déficience intellectuelle (F7) sont particulièrement favorables s'agissant du potentiel d'amélioration. Ces troubles sont évalués de manière plus optimiste que les troubles affectifs (F3) et névrotiques (F4), et beaucoup plus favorablement que les schizophrénies (F2). Toutefois, l'état de santé des assurés souffrant de troubles de la personnalité, de troubles cérébraux ou de déficience intellectuelle ne change pratiquement pas, alors qu'il peut très bien évoluer chez les sujets souffrant de troubles affectifs, névrotiques ou schizotypiques ; il faut donc se demander comment les médecins interprètent la question relative au pronostic. En l'état des choses, il est difficile de décrypter clairement les indications des médecins concernant le pronostic médical de leurs patients. Or il s'agit là d'une information décisive. Il faudrait donc expliciter la question correspondante dans le rapport médical destiné l'AI.

Parcours institutionnel complexe

La plupart des assurés suivent un long parcours institutionnel avant de se voir octroyer une rente : dans un peu plus de 50 % des cas, au moins sept institutions participent à l'évaluation ou à l'encadrement. Les trois principaux types d'institutions ou d'experts concernés sont les services médicaux régionaux (SMR), les cabinets de psychiatres ou de psychothérapeutes non médicaux et les entreprises formatrices. Un autre groupe d'institutions ou d'experts fréquemment impliqués (pour un tiers des assurés au moins) sont les services psychiatriques ambulatoires, les pédiatres, les services pédago-thérapeutiques, les ateliers protégés, les responsables hiérarchiques dans l'entreprise ainsi que les services de pédopsychiatrie. En outre, des séjours dans un home sont documentés chez un tiers des assurés. Le nombre d'institutions impliquées est particulièrement élevé chez les personnes atteintes de troubles précoces, comme des troubles du développement, une déficience intellectuelle, des troubles précoces du comportement ou des troubles précoces graves et multiples.

L'inventorisation des institutions et experts impliqués confirme cette impression. Elle a permis de définir cinq profils distincts de recours à l'aide de services et d'institutions. Deux profils – l'un avec, l'autre sans séjour en home –, qui regroupent environ 20 % des assurés, dont les personnes présentant une déficience intellectuelle, des troubles du développement ou des troubles précoces du comportement, se caractérisent par l'utilisation d'un grand nombre de services. Souvent les entreprises formatrices (protégées) sont impliquées. Deux autres profils – regroupant 58 % des assurés, dont ceux présentant des troubles de la personnalité et de type schizophrénique – se caractérisent par des traitements presque exclusivement psychiatriques. Dans l'un, les traitements commencent tôt et n'impliquent pas le monde professionnel, dans l'autre, les traitements débutent à l'âge d'adulte et les employeurs et entreprises de formation sont impliqués. Le cinquième profil enfin, qui concerne surtout les assurés plus jeunes, se distingue par le recours à des traitements pédiatriques puis à des environnements d'apprentissage protégés (troubles du développement ou troubles précoces du comportement).

Collaboration entre l'office AI et les acteurs externes

Dans l'ensemble, la collaboration entre les offices AI et les acteurs externes semble bonne. L'étude a néanmoins repéré quelques signes de coopération problématique dans un tiers des dossiers des

jeunes rentiers. La plupart du temps, ils concernent les psychiatres traitants ou chargés des expertises (dans 55 % des cas), les médecins de famille (environ 25 %) et les assurés ou leur curateur (environ 25 %). Les cas de collaboration difficile se concrétisent souvent dans le diagnostic des jeunes rentiers présentant des troubles affectifs, des troubles de la personnalité ou des lésions cérébrales. Selon les offices AI, les relations problématiques concernent majoritairement les médecins (traitants). Si le dossier contient plusieurs rappels adressés aux médecins ou des mentions explicites (éléments qui ont été documentés dans le cadre de l'étude), cela ne signifie pas forcément qu'il y a un problème de coopération. Inversement, on peut supposer que tous les cas de collaboration problématique ne sont pas désignés comme tels dans les dossiers. Compte tenu de l'importance d'une collaboration rapide et efficace entre l'office AI et les médecins traitants pour l'intégration des jeunes assurés, ces observations reflètent un problème significatif.

Traitements psychiatriques

Hormis les personnes atteintes de troubles du développement ou de déficience intellectuelle, qui n'ont bien souvent bénéficié d'aucun traitement psychiatrique (mais plutôt de mesures de pédagogie spécialisée), tous les bénéficiaires de rente ont suivi des traitements psychiatriques. Un tiers d'entre eux ont seulement bénéficié de soins ambulatoires, tandis que près de la moitié ont effectué des traitements ambulatoires et des séjours hospitaliers. Environ deux tiers ont également suivi une thérapie pharmacologique. Il est frappant que le premier traitement psychiatrique ambulatoire des futurs rentiers souffrant de certains troubles psychiques (schizophrénie ou troubles névrotiques, par. ex) est très court. On peut donc se demander si ce premier traitement n'était pas trop court et ne constitue pas une occasion manquée d'intervention précoce. C'est d'autant plus regrettable que les troubles névrotiques peuvent être traités et qu'ils ne débouchent pas forcément sur une mise en invalidité.

Mesures de l'AI

Les mesures de l'AI les plus courantes dont bénéficient les jeunes rentiers sont les mesures de réadaptation professionnelle (75 % des cas), suivies des mesures d'instruction (près de 60 %), des mesures de formation spéciale et des mesures médicales (près de 40 % chacune).

Les mesures d'ordre professionnel de longue durée (formation, reclassement, etc.) sont particulièrement fréquentes en lien avec les troubles socio-émotionnels précoces, les lésions cérébrales et la déficience intellectuelle, mais beaucoup plus rares en cas de schizophrénie, de dépression, de troubles névrotiques ou de troubles de la personnalité.

Les mesures d'intervention précoce et d'intégration, de plus courte durée, sont surtout déployées en cas de dépression, de troubles de la personnalité et de schizophrénie. Elles sont relativement peu répandues dans l'ensemble. Là aussi, on relève le peu d'importance accordée aux mesures d'ordre professionnel, surtout chez les assurés souffrant de schizophrénie. Bien que ces derniers aient généralement suivi une bonne formation scolaire en comparaison de nombreux autres jeunes rentiers, leur pronostic médical est d'emblée particulièrement décourageant et les moyens investis dans des mesures d'ordre professionnel sont faibles.

Par contre, l'AI investit beaucoup dans l'évaluation et l'intégration professionnelle d'assurés dont il est souvent clair d'emblée qu'ils pourront tout au plus être intégrés dans un environnement protégé (par ex. lésions cérébrales, déficience intellectuelle, troubles graves du développement).

Parcours de formation et de traitement typiques

L'analyse des parcours éducatifs a permis d'identifier quatre schémas types :

- *Retardataires ayant une formation lacunaire* (39 % de l'échantillon global). Ce groupe se compose de personnes qui sont entrées en contact avec l'AI tardivement et qui présentent des troubles psychiques graves, comme la schizophrénie et des troubles de la personnalité associés à des addictions. Elles sont nombreuses à avoir suivi une scolarité ordinaire et entamé une carrière sur le marché primaire du travail.
- *Touristes scolaires* (17 %). Ce groupe comprend principalement des assurés qui ont souvent changé d'école. Ces assurés présentent surtout des troubles du développement et des troubles précoces (par ex. infirmités congénitales). Environ la moitié du groupe exerce une activité professionnelle (dans un cadre protégé) au moment de l'étude, mais la proportion de ceux qui ont eu, à un moment ou un autre, un emploi sur le marché du travail primaire est très faible (7 %).
- *Personnes en rupture de formation* (29 %). La caractéristique de ce groupe est une transition difficile vers le degré secondaire II. La plupart de ces assurés ont suivi une scolarité ordinaire avec des intermédiaires dans des classes spéciales. Ils présentent souvent des troubles du développement et des troubles précoces. Ce groupe contient la plus forte proportion de personnes (32 %) n'ayant jamais exercé d'activité professionnelle.
- *Elèves d'écoles spéciales* (15 %). Les membres de ce groupe ont majoritairement fréquenté l'école spéciale avec peu de changements de classe ou d'école. Ils sont nombreux à avoir suivi une formation professionnelle et à exercer un travail (dans un environnement protégé). Les troubles du développement associés à une déficience intellectuelle sont prédominants dans ce groupe. Seulement 14 % de ces assurés ont mené une carrière sur le marché primaire du travail.

S'agissant des parcours de traitement et des mesures suivies, l'étude a cerné trois groupes types :

- Le groupe des assurés ayant suivi un parcours de *traitements psychiatriques* (44 % de l'échantillon global). Ses membres sont clairement plus âgés et présentent des troubles psychiques graves de type schizophrénique et des troubles de la personnalité associés à des addictions. Dans ce groupe, les mesures professionnelles et scolaires de l'AI sont moins fréquentes (68 %) et les mesures médicales sont très rares (9 %). Près d'un sixième des assurés du groupe n'a bénéficié d'aucune mesure de l'AI.
- Le groupe des assurés dont le parcours comprend des *mesures AI* (36 % des cas) est composé de sujets plus jeunes (la moitié environ ont entre 17 et 21 ans) qui présentent typiquement des troubles du développement associés à une déficience intellectuelle. Ils bénéficient généralement de mesures professionnelles et scolaires de l'AI et, dans la moitié des cas, de mesures médicales.
- Enfin, le groupe des assurés ayant suivi un parcours avec des *traitements ambulatoires* (20 % des cas) comprend la plus grande proportion d'adolescents (deux tiers). Les troubles dits précoces y sont particulièrement fréquents. Là aussi, pratiquement tous les assurés bénéficient de mesures professionnelles et scolaires de l'AI, mais les mesures médicales sont aussi très répandues (75 %).

Comparaison entre les bénéficiaires de rente et les assurés sans rente

La comparaison entre les assurés qui se sont vu octroyer une rente entre 2010 et 2013 et les assurés sans rente, qui ont bénéficié de la dernière mesure AI en 2010 ou en 2011, montre surtout que les assurés *sans* rente sont plus jeunes et qu'ils ont plus souvent accompli un apprentissage et obtenu

un CFC. Par contre, ces assurés présentent *davantage de difficultés familiales*. L'étude relève aussi que la collaboration entre les offices AI et les médecins est plus aisée pour les assurés sans rente.

S'agissant de la répartition des troubles psychiques, on constate des différences évidentes entre les deux groupes qui ont probablement un lien avec le plus jeune âge des assurés sans rente. Ces derniers souffrent beaucoup plus souvent de syndromes psycho-organiques (code 404) ou font partie de la catégorie de diagnostic CIM F9 (troubles précoces émotionnels et du comportement). Dans l'ensemble, les assurés sans rente semblent présenter des pathologies moins graves (moins de séjours hospitaliers, meilleurs pronostics médicaux). Or ces différences doivent être interprétées avec prudence vu le jeune âge des assurés sans rente, parce que

- a) le pronostic médical se dégrade avec le temps et le nombre de séjours hospitaliers peut augmenter ;
- b) les syndromes psycho-organiques et les TDAH se transforment souvent en troubles de la personnalité avec l'âge (ce diagnostic donne plus souvent lieu à une mise en invalidité).

Un certain scepticisme face au pronostic positif posé pour les assurés sans rente se justifie aussi du fait que nombre d'entre eux sont confrontés à de grandes difficultés familiales, une particularité typique chez les personnes souffrant de troubles de la personnalité. On peut donc supposer qu'une part significative de ces jeunes sans rente qui font face à des difficultés familiales et présentent un syndrome psycho-organique ou une TDAH finiront par soumettre une demande de rente AI fondée sur un trouble de la personnalité. En d'autres termes, une partie des assurés sans rente sont en fait de futurs rentiers.

Cette hypothèse semble corroborée par une comparaison du statut professionnel des deux groupes au moment du codage : aujourd'hui, il est très rare qu'un bénéficiaire de rente travaille (à temps partiel) sur le marché primaire (3,5 %), mais cette proportion est également très faible parmi les assurés sans rente (15 %). Même si certains assurés sans rente se trouvent encore en formation, ils ne forment pas un groupe de comparaison réellement « positif ». On peut en déduire qu'une partie des assurés sans rente sont menacés d'invalidité et devraient être suivis par l'AI.

Facteurs de risque d'une mise en invalidité précoce

L'étude a néanmoins permis, à l'aide de diverses procédures statistiques, de calculer plusieurs facteurs de risque concordants pour la mise en invalidité. Elle a notamment montré que les caractéristiques du trouble, le parcours de formation et les parcours AI jouent un rôle considérable dans le risque de mise en invalidité. Ainsi, le groupe des infirmités congénitales comporte un risque nettement moindre que le groupe de référence des troubles de la personnalité et des troubles réactifs psychogènes (code 646). C'est également le cas des troubles affectifs, qui comportent un faible risque de mise en invalidité. Par contre, les psychoses (codes 614 à 644) sont associées à un risque nettement plus élevé (facteur 4) de même que les schizophrénies (facteur 10). La déficience intellectuelle est un autre diagnostic lié à un risque de mise en invalidité accru. Ces facteurs reflètent l'effet net, ils indiquent donc la hausse ou la baisse du risque en tenant compte de tous les autres facteurs d'influence. Il en va de même pour les résultats ci-dessous.

Les assurés avec un faible niveau de scolarité ou ayant suivi des classes spéciales courent un risque accru de mise en invalidité. Ce sont les assurés qui n'ont bénéficié ni d'une mesure d'ordre professionnel ni d'une mesure médicale de l'AI qui courent, de loin, le plus grand risque de mise en invalidité (12 fois plus élevé que pour un bénéficiaire de mesures AI). Ce résultat peut être interprété de différentes façons : on peut imaginer que l'absence de mesures s'explique par le fait que l'assuré était trop handicapé pour en bénéficier. En revanche, il se pourrait aussi que l'absence de mesures ait fait croître le risque de mise en invalidité. Cette dernière hypothèse est d'autant plus plausible que

parmi les personnes obtenant clairement moins souvent une mesure d'ordre professionnel, il y a surtout des assurés atteints de schizophrénie, de dépression, de troubles névrotiques ou de troubles de la personnalité. D'autres recherches ont cependant montré de façon empirique, par exemple les programmes de recherche *Supported Employment* (OCDE 2012), que les mesures d'ordre professionnel avaient une influence sur les parcours des personnes présentant ces diagnostics.

Conclusions

L'octroi d'une rente, une issue incontournable ?

La présente étude montre que les jeunes bénéficiaires d'une rente AI (de 18 à 29 ans) sont particulièrement souvent affectés de troubles psychiques précoces et graves dus à des causes organiques (déficience intellectuelle, troubles du développement prononcés, schizophrénie) ou associés à des difficultés biographiques graves pendant la petite enfance (par ex. troubles de la personnalité). La plupart du temps, les jeunes rentiers se font remarquer dès la petite enfance, puisque chez la moitié d'entre eux, un premier trouble est détecté à l'âge préscolaire. Par la suite, ces assurés ont souvent besoin de l'aide continue de différents experts ou institutions, et ce jusqu'à l'âge adulte. En outre, une grande partie de ces jeunes rentiers n'ont jamais fréquenté l'école ordinaire ni eu d'emploi sur le marché primaire du travail, mais ont toujours évolué dans un environnement protégé. Dans l'ensemble, seul un sixième des jeunes rentiers (14 %) ont accompli une formation professionnelle sanctionnée par un CFC. Par ailleurs, aujourd'hui seuls 5 % des jeunes rentiers exercent une quelconque activité lucrative accessoire.

Compte tenu de ce contexte défavorable, on peut se demander si la mise en invalidité aurait pu être évitée. La présente étude montre que cela aurait été parfois possible : une minorité des jeunes rentiers ont peut-être été mis en invalidité trop tôt parce que le système d'éducation a manqué de détecter leur trouble à temps, parce que les informations et la coopération médicales étaient insuffisantes, parce que les perspectives de réadaptation manquaient ou parce que les processus de l'AI étaient inadéquats.

Cela montre que l'étiquette « troubles psychiques » cache parfois des situations de multimorbidité avec des troubles ou handicaps graves, fréquemment assortis d'une déficience intellectuelle. En résumé, l'étude montre que les bénéficiaires de rente souffrent globalement de troubles un peu plus graves que les assurés sans rente (même si certains diagnostics peuvent changer à l'âge adulte). A ce titre, la mise en invalidité peut être justifiée. L'étude a néanmoins mis en évidence quelques problèmes qu'il faudrait rapidement résoudre pour éviter désormais les mises en invalidité précoces :

- 1) *Détection et intervention trop tardives, octroi rapide d'une rente* : la moitié des personnes qui se voient octroyer une rente entrent en contact avec l'AI relativement tard. Il s'agit généralement d'assurés qui ont suivi l'école ordinaire ou commencé une formation professionnelle de 3 ou 4 ans sanctionnée par un CFC, sans pour autant l'achever. Les assurés de ce groupe, qui présentent un niveau de formation comparativement élevé, semblent souvent se faire remarquer (trop) tard à l'école et bénéficier d'un soutien insuffisant, qui entraîne une mise en invalidité très rapide en comparaison des autres assurés (les *schizophrènes* par ex. se voient octroyer une rente déjà deux ans après le premier rapport médical). Les mesures d'intervention précoce de l'AI sont très rares parmi les jeunes rentiers (10 %), ce taux étant tout de même un peu plus élevé chez les assurés souffrant de schizophrénie ou de troubles de la personnalité. L'AI devrait plus souvent déployer des mesures d'intervention précoce chez les élèves et les apprentis et instaurer des coopérations systématiques avec les écoles et les lieux d'apprentissage.
- 2) *Début tardif du traitement psychiatrique* : la plupart des jeunes rentiers souffrant de schizophrénie ou de troubles de la personnalité ne suivent leur premier traitement psychiatrique

qu'après avoir interrompu leurs études. Manifestement, le système d'éducation ne détecte pas assez tôt ces troubles chez ces jeunes et leur traitement débute trop tard. S'y ajoute le fait que ces jeunes sont souvent dans le déni face à leur maladie. Les jeunes schizophrènes ont beaucoup de mal à accepter la gravité de leur maladie et hésitent à s'adresser aux services psychiatriques ou à l'AI. Or un début de traitement très rapide est important parce qu'il améliore le pronostic d'une schizophrénie naissante. Pour cela, l'AI doit pouvoir compter sur une meilleure détection précoce des troubles chez les élèves, les apprentis et les étudiants et sur une attitude plus décidée des experts en psychiatrie. Les psychiatres devraient aborder plus ouvertement les options professionnelles et la possibilité d'un recours à l'AI avec ces jeunes patients.

- 3) *L'abandon des études n'est pas inévitable.* S'agissant de l'abandon des études, des différences liées au type de maladie ont été relevées. Chez les assurés souffrant d'une infirmité congénitale, de troubles du développement ou d'une déficience intellectuelle, l'abandon de la formation est souvent suggéré par l'entreprise formatrice (protégée) et non pas par l'assuré. Chez les assurés souffrant de psychoses, de troubles réactifs ou de troubles de la personnalité suivant une formation sur le marché primaire du travail, c'est le contraire : pour la plupart, ils abandonnent leurs études de leur propre initiative. Dans certains cas, l'entreprise ne considérerait pas l'abandon de la formation comme inévitable et l'assuré aurait peut-être pu la poursuivre en obtenant plus d'aide.
- 4) *Les mesures de l'AI sont-elles abandonnées précocement ?* Les dossiers montrent que la plupart des jeunes rentiers (principalement des schizophrènes ou des assurés souffrant de troubles réactifs ou de la personnalité) achèvent leur formation professionnelle CFC ou ne présentent qu'une seule interruption. Seuls 13 % des cas commencent et abandonnent plus d'une formation professionnelle. Vu que la majorité des décrocheurs (deux tiers) ne disposent pas d'un CFC, il faut supposer qu'ils renoncent à faire une deuxième tentative de formation professionnelle. Il faut se demander si l'on n'abdique pas trop rapidement. Une ou deux formations abandonnées ne devraient pas constituer en soi un motif de mise en invalidité de ces jeunes qui souffrent certes souvent de maladies chroniques, récidivantes ou fluctuantes, mais dont certaines pourraient se stabiliser progressivement.
- 5) *Interventions trop peu durables pour les troubles dépistés précocement :* les personnes présentant des troubles socio-émotionnels précoces (y compris syndrome psycho-organique et TDAH) ou des troubles du développement sont repérées pendant la scolarité obligatoire parce qu'elles redoublent des classes, changent d'école ou interrompent leurs études. Dans ces cas, le problème ne relève pas de la détection précoce, mais de l'incapacité de l'école et des autres acteurs de maintenir les jeunes dans le système éducatif tout en ménageant leur entourage. Il s'agit assez souvent d'enfants et de jeunes chez lesquels on constate à l'âge adulte qu'ils souffrent de troubles de la personnalité, à savoir du type de troubles qui est associé à un risque de mise en invalidité particulièrement important dans toutes les classes d'âge.
- 6) *Pessimisme dans le pronostic médical des troubles schizotypiques :* les médecins traitants ou chargés des expertises formulent souvent des pronostics particulièrement défavorables quant à l'évolution des troubles schizotypiques chez les jeunes. Leur pronostic est fréquemment plus optimiste pour tous les autres troubles, y compris la déficience intellectuelle. Cela peut expliquer pourquoi les personnes souffrant de schizophrénie, de dépression ou de troubles de la personnalité ne bénéficient que rarement de mesures d'ordre professionnel. Les résultats de la présente étude indiquent que le pessimisme des médecins et de l'AI s'agissant de la schizophrénie est excessif.
- 7) *Trop peu d'informations médicales concernant la réadaptation :* les rapports médicaux destinés à l'AI ne contiennent que rarement des informations sur des adaptations concrètes dans la formation ou au lieu de travail qui pourraient aider les jeunes assurés. Ils ne proposent

pratiquement jamais de conseils aux enseignants, aux formateurs, aux responsables hiérarchiques ou aux responsables de la réadaptation sur la manière de s'occuper de l'assuré. Ces informations sont un peu plus fréquentes dans les expertises, qui ne sont toutefois pas toujours établies et n'apparaissent généralement que vers la fin de la procédure d'instruction. Or ces informations sont presque toujours fournies lors de l'étude du droit à une rente, c'est-à-dire trop tard, car la planification de la réadaptation intervient généralement plus tôt. Notamment chez les jeunes menacés d'exclusion du marché du travail (irréversible dans la majorité des cas), une analyse détaillée interdisciplinaire de la problématique professionnelle et des interventions possibles serait importante.

- 8) *Evaluation détaillée au début de la procédure, pas seulement lors de l'examen du droit à la rente* : de manière générale, les premiers rapports médicaux devraient comprendre beaucoup d'informations. Il vaudrait la peine de mieux rémunérer ces rapports tout en exigeant des informations plus différenciées. Dans le même ordre d'idée, il faudrait envisager si une expertise ou une évaluation des très jeunes assurés présentant un certain potentiel d'intégration ne devrait pas être ordonnée au début plutôt qu'à la fin de la procédure. Pour être utiles, ces évaluations devraient être réalisées rapidement, sans être soumises aux exigences que doivent remplir les expertises effectuées en vue de l'octroi d'une rente. Aujourd'hui, 30 % seulement des jeunes rentiers AI ont été expertisés, une proportion qui semble assez faible.

Bilan et recommandations

Bilan

Pour une majorité des cas examinés, la mise en invalidité précoce semble justifiée par les circonstances documentées dans le dossier. Pour une minorité significative, l'analyse du dossier relève cependant que d'autres formes de soutien auraient pu être envisagées. Dans ces cas, on constate que la mise en invalidité est intervenue très rapidement, sur la base d'informations médicales parfois imprécises (pronostics, rapports médicaux incomplets) et sans que toutes les mesures de réadaptation de l'AI (très peu de mesures d'ordre professionnel) ni toutes les possibilités de traitement médical (traitement psychiatrique initial de très courte durée) n'aient été épuisées. Les diagnostics les plus fréquents chez ces assurés, dont certains ont peut-être été mis en invalidité trop rapidement, sont la schizophrénie, les troubles affectifs, les troubles névrotiques et les troubles de la personnalité.

Ces assurés disposent souvent d'un niveau de formation assez favorable à une intégration sur le marché primaire du travail. Or il semble que les mécanismes de soutien soient quelque peu déficients : ces assurés bénéficient d'un traitement psychiatrique complet, mais ils ne peuvent que rarement suivre une formation soutenue par l'AI, surtout s'ils ont abandonné une première formation. En revanche, chez la plupart des jeunes rentiers présentant une déficience intellectuelle ou d'autres infirmités détectables très tôt, l'AI prend en charge un grand nombre de mesures du domaine de la pédagogie spécialisée, ayant pour but d'intégrer l'assuré sur le marché protégé du travail. Les assurés qui présentent un trouble relevant de la psychiatrie de l'adulte devraient bénéficier d'un soutien similaire.

Des défauts ont été relevés non seulement au niveau de l'AI, mais aussi parmi les autres acteurs :

- La *procédure d'instruction médicale* n'est pas suffisamment axée sur la réadaptation, surtout au début de la procédure AI. Les informations disponibles ne sont pas très utiles pour les mesures de réadaptation parce qu'elles ne contiennent guère d'indices pour établir un plan de mesures ou parce qu'elles sont incompréhensibles (pronostics).
- Certains problèmes ont aussi été détectés au niveau du *traitement psychiatrique des jeunes assurés*. Souvent, les premiers traitements du trouble psychique ne sont pas durables. C'est certainement lié au fait que les jeunes patients ont tendance à nier le problème. Il est d'autant

plus important que les milieux psychiatriques prennent davantage conscience des conséquences invalidantes des troubles précoces graves et qu'ils agissent avec beaucoup de fermeté.

- L'étude a aussi montré que surtout dans ce groupe d'assurés, la *collaboration est plus souvent problématique entre l'AI et les psychiatres (notamment)*. Une bonne coopération est pourtant la condition sine qua non du traitement réussi d'un trouble psychique. Tant que les principaux acteurs ne coopèrent pas parfaitement, il ne faudrait donc pas octroyer de rente.
- Enfin, certaines lacunes ont été détectées du côté des *institutions de formation (professionnelle)* : les élèves, apprentis ou étudiants développant une schizophrénie, une dépression, des troubles névrotiques ou des troubles de la personnalité sont repérés trop tardivement dans le système d'éducation. Il se peut aussi que leur trouble soit détecté, mais qu'ils ne bénéficient pas assez rapidement d'un traitement professionnel.

Recommandations

- Chez les jeunes assurés AI présentant des troubles relevant de la psychiatrie de l'adulte et disposant d'un certain potentiel de travail, l'AI devrait mettre l'accent sur l'accomplissement d'une formation professionnelle qualifiée, tandis que les assurés plus âgés ont plutôt besoin de mesures de coaching, etc. Il faudrait clairement accorder davantage de mesures d'ordre professionnel.
- Il faudrait revoir les procédures AI qui déclenchent un examen quasi automatique du droit à une rente AI chez les jeunes assurés ayant abandonné une mesure AI. Même en cas d'abandon d'une mesure, ces assurés devraient bénéficier pendant plus longtemps de mesures d'ordre professionnel ou visant l'intégration.
- La perspective temporelle des mesures de réadaptation destinées aux jeunes assurés qui présentent un potentiel de travail, mais qui n'ont peut-être pas assez conscience de leur problème, devrait être clairement étendue. L'âge minimal pour l'octroi d'une rente devrait être relevé pour ces assurés et des mesures de réadaptation appliquées plus longtemps.
- Pour les jeunes souffrant de troubles psychiques, il faudrait revoir les rentes AI ou les revenus de substitution sociaux (AI et PC), car s'ils dépassent clairement les possibilités de gain réelles des jeunes assurés AI sans formation ni expérience de travail, ils risquent de représenter une incitation financière.
- L'AI devrait revaloriser les rapports médicaux établis au début. Elle devrait aussi poser des questions plus précises, montrer plus d'appréciation pour ces rapports et mieux les rémunérer, tout en donnant un retour d'information aux rédacteurs. En contrepartie, on pourrait limiter le nombre des expertises très coûteuses pour l'octroi des rentes et/ou réduire leur rémunération. S'agissant de la procédure d'instruction médicale, l'AI n'a pas encore achevé sa conversion d'assurance de rente en assurance de réadaptation.
- Pour les jeunes assurés AI souffrant de troubles psychiques, les offices AI devraient procéder à une évaluation systématique et interdisciplinaire dès le début de la procédure. C'est une exigence importante pour tous les assurés, mais elle est indispensable pour les jeunes. Tant l'assuré, que le SMR AI, le service d'orientation professionnelle, le médecin traitant et, le cas échéant, la famille ou le curateur devraient y participer.
- Chez les jeunes assurés souffrant de troubles psychiques qui n'ont guère conscience, dans un premier temps, de la problématique de leur maladie, une bonne relation avec le conseiller AI devrait permettre d'insister sur l'importance de suivre sur le long terme les mesures octroyées. Une prise de conscience insuffisante ne devrait pas déboucher sur une mise en invalidité.

- Les médecins traitants aussi devraient s'engager davantage en faveur des efforts de réadaptation. A cette fin, l'OFAS devrait élaborer avec le corps médical des accords et des directives de collaboration. Il ne faudrait pas qu'une attitude polarisée entre soignants et pouvoirs publics ne soit à l'origine d'une mise en invalidité précoce, surtout pas chez les assurés souffrant de troubles qui les empêchent de prendre conscience de leur maladie. Par ailleurs, il faudrait avoir recours à un spécialiste du travail dès le début du traitement psychiatrique.
- Les offices AI devraient mettre en place une coopération systématique avec les écoles (niveau secondaire II), les entreprises formatrices et les institutions de formation tertiaire, et veiller au bon fonctionnement des mesures d'intervention précoce.
- La détection précoce de problématiques psychiques à l'école et durant la formation professionnelle devrait être améliorée.