

Prévention dans le domaine de la santé mentale

Pourquoi, pour qui et comment ?

Svetlana Sholokhova — Service d'études

Remerciements à Hélène Henry et Sophie Cès

Résumé

Les maladies mentales demeurent un problème fondamental de la santé publique : malgré les progrès en psychiatrie et en psychologie, la prévalence des maladies mentales ainsi que leur impact sur la mortalité n'ont pas diminué ces dernières années. L'efficacité des traitements des maladies psychiques reste limitée, surtout s'il ne s'agit pas d'une combinaison entre des traitements médicamenteux et psychothérapeutiques. De plus, encore aujourd'hui beaucoup de personnes ne reçoivent pas ou reçoivent trop tard un suivi par un·e spécialiste.

Les limites de l'efficacité du traitement sont également liées au fait que les maladies mentales (tant leur apparition que leur suivi) dépendent fortement des facteurs sociaux, économiques et environnementaux. C'est pourquoi le traitement ne peut pas être une solution unique pour protéger ou améliorer la santé mentale de la population. Ainsi selon l'OMS, « la seule méthode durable pour réduire la charge causée par ces troubles est la **prévention** » (Organisation mondiale de la Santé, 2004, p. 13). Les recherches scientifiques montrent en effet que la prévention permet d'éviter, au moins partiellement, l'apparition et/ou d'atténuer la gravité des maladies mentales.

Dans cet article, nous allons d'abord délimiter le champ de la prévention dans le domaine de la santé mentale : en quoi consistent la prévention des maladies et la promotion de la santé ? Quelle est la spécificité du domaine de la santé mentale ? Pourquoi convient-il de distinguer la souffrance psychique de la maladie mentale ? Et qu'est-ce qui détermine l'apparition d'une maladie mentale ? Dans la deuxième partie, nous déclinerons cette dernière question, sous l'angle du public à risque des maladies mentales.

Nous en distinguerons trois, en partant de trois facteurs qui influencent la santé mentale : économique, ethnique et de genre. Ensuite, après avoir déterminé pour qui et pourquoi la prévention des maladies mentales doit être mise en place, on s'interrogera sur comment il est possible de le faire, c'est-à-dire : qui sont les acteurs·rices de la prévention et de la promotion de la santé mentale en Belgique ? Quels sont les liens entre eux·elles et quelle vision de la santé soutiennent-ils·elles ?

Mots-clés : Prévention des maladies psychiques, promotion de la santé mentale, vision large de la santé, inégalités sociales de santé, universalisme proportionné

1. Introduction

Dans notre étude sur la vision, la structure et le financement de la prévention et de la promotion de la santé en Belgique, nous avons vu que sur le plan politique, ce domaine est particulièrement complexe (Sholokhova, 2021). Les compétences en prévention et promotion de la santé sont fragmentées sur les trois niveaux de pouvoir : fédéral, régional et communautaire, ce qui complique considérablement la coordination des politiques et la communication entre elles. Cette fragmentation des responsabilités en matière de politique publique en prévention et promotion de la santé risque d'entraîner des divergences importantes dans la vision de la santé qui soutient les actions en prévention. Tandis que les acteurs-rices de terrain s'inspirent de la vision large de la santé et cherchent à prendre en compte les différents aspects de la vie de la personne (sa vie sociale, son statut économique, son environnement, etc.), plus on monte l'échelle des pouvoirs, plus l'attention se focalise sur les aspects biomédicaux de la santé et donc sur la prévention médicale (vaccination, dépistages, etc.).

L'absence d'une vision large de la santé partagée à tous les niveaux a deux conséquences importantes. D'une part, lors de la répartition des ressources en soins de santé, un soutien beaucoup plus conséquent est fourni aujourd'hui au secteur curatif en délaissant ainsi les services et prestations préventifs ou encore les actions nationales ou locales en promotion de la santé. Les dépenses pour la prévention et la promotion de la santé s'élèvent en effet à 2% à peine du montant total des dépenses pour les soins de santé en Belgique (Sholokhova, 2021). D'autre part, c'est la santé au niveau physique qui reçoit le plus de soutien en termes organisationnels et financiers. Il n'est alors pas surprenant que, dans le cadre de la gestion de la pandémie de COVID-19, l'impact sur la santé mentale des personnes de la crise socio-économique provoquée par la pandémie et des mesures sanitaires pour contrer la pandémie n'ait été considéré qu'après-coup. En début de pandémie, l'absence d'expert-es de la santé mentale des comités de concertation visant à décider les mesures sanitaires a été de ce point de vue significative.

La prévention dans le domaine de la santé mentale souffre dès lors de l'accumulation des difficultés dans chacun de ces domaines séparément : la prévention, d'une part, et la santé mentale, d'autre part. Comme

nous venons de le voir, aucun d'entre eux ne constituait jusque-là une priorité pour les politiques nationales et régionales de la santé. La prévention en santé mentale est donc malheureusement un domaine doublement délaissé.

Et pourtant les professionnel-les et les chercheur-euses insistent aujourd'hui sur la nécessité de se préparer à une autre épidémie qui suivra celle de COVID-19, et qui sera cette fois liée à la souffrance psychologique (Organisation mondiale de la Santé, 2021). Dans cette perspective, il est essentiel de considérer la santé mentale sous l'angle de la prévention.

La prévention est en effet incontournable quand nous parlons des maladies mentales. On pourrait distinguer trois types de raison en reprenant les termes de D'Arcy : « humanitaire » (car être en bonne santé c'est mieux que d'être malade), économique (afin d'éviter le coût pour le budget des soins de santé) et pratique (afin d'éviter la surcharge du système des soins de santé qui se trouve déjà en manque de personnel) (D'Arcy & Meng, 2014). Dans notre article précédent, nous avons discuté des limites d'une approche de la santé qui opère sur base d'une logique purement économique (Sholokhova, 2021). S'il est vrai que l'argument sur la nécessité d'investir dans la prévention afin d'éviter les coûts ultérieurs des soins est fondé, il comporte des présuppositions idéologiques qui sont loin d'être anodines en véhiculant notamment l'idée de la santé comme capital. Le problème est que cette idée tend toujours à terme à attribuer à chaque personne la responsabilité ultime de l'accumulation (ou de la préservation) de ce capital et oublier que le comportement individuel n'est qu'une dimension parmi d'autres de la santé. La raison pratique, à notre avis, ne se détache finalement pas de la raison économique.

La raison dite « humanitaire » doit de son côté être abordée d'un point de vue qui n'est pas abstraitement universel, mais qui prenne en compte la façon inéquitable dont la santé est distribuée au sein de la société. L'apparition et le déroulement des maladies sont déterminés en large partie par des facteurs d'ordre social, économique et environnemental et dans ce sens reproduisent des inégalités inhérentes à la société en général. Or, si nous sommes d'accord sur le caractère fondamentalement injuste de ces inégalités, les maladies et leurs conséquences non seulement peuvent être évités ou atténués, mais *doivent* l'être dans la mesure du possible.

2. Que veut dire la prévention dans le domaine de la santé mentale ?

2.1. Prévention et notion large de la santé

Avant de nous pencher sur la prévention des maladies mentales, précisons ce que nous entendons par la prévention en général. Habituellement on entend par prévention la prévention médicale qu'on distingue alors de la promotion de la santé. La différence entre les deux peut être décrite par l'ampleur du champ d'action qu'elles couvrent. Ainsi tandis que la **prévention médicale** consiste en une action qui vise à éviter une maladie ou ses éventuelles complications, la **promotion de la santé** rend, pour ainsi dire, ces actions préventives possibles. Concrètement, si un examen radiologique de dépistage du cancer du sein est un acte de prévention, une campagne qui vise à attirer l'attention du public sur les risques du cancer du sein pour certains types de populations, sur l'importance de son diagnostic précoce et sur la possibilité d'avoir un remboursement pour le dépistage, est du ressort de la promotion de la santé. La prévention médicale appartient donc au champ de la promotion de la santé. La raison se trouve dans la vision de la santé, plus large que celle de la prévention médicale, qui anime les actions en promotion de la santé, car la santé n'est pas réduite à l'absence d'une maladie (Sholokhova, 2021).

Néanmoins, dans notre perspective, c'est la conception large ou holistique de la santé qui devrait être également mobilisée pour penser la prévention. Cela permet de dépasser la conception classique de la prévention qui tend à concevoir cette dernière de façon linéaire en fonction du développement d'une maladie : la **prévention primaire** a lieu avant que la maladie ne se déclare (c'est le cas de la vaccination) ; la **prévention secondaire** vise la détection précoce d'une maladie (comme des dépistages) ; la **prévention tertiaire** a pour objectif d'éviter les complications d'une maladie ; enfin, la **prévention quaternaire** permet d'accompagner la fin de vie comme c'est le cas pour les soins palliatifs.

Cette conception classique tend en effet à ignorer la réalité de la situation clinique dans laquelle se trouvent les patient-es. La situation clinique ne se réduit pas à une ligne abstraite de temps de développement d'une maladie, mais se déploie dans une relation entre le-la patient-e et le-la médecin qui se construit à la fois autour des plaintes du-de la patient-e et des préoccupations du-de la médecin. Ce qui se joue dans la situation clinique est donc la façon dont chacun des participant-es envisage le problème : d'un côté, le-la patient-e évalue s'il se sent bien ou pas et, de l'autre côté, le-la médecin se prononce sur le diagnostic (voir Tableau 1). De ce point de vue, la prévention a pour référence non seulement le développement de la maladie, mais également la façon dont ce développement se rapporte à la vie du-de la patient-e prise dans sa globalité.

Tableau 1 : Quatre définitions de la prévention (adapté de Jamouille & La Valle, 2019)

		Médecin	
		Pas de maladie	Maladie
Patient-e	Se sent bien	Prévention I Action menée pour éviter ou supprimer la cause d'un problème de santé d'un-e patient-e avant son émergence	Prévention II Action menée pour prévenir <ul style="list-style-type: none"> à un stade précoce le développement d'un problème de santé d'un-e patient-e en réduisant sa durée ou sa progression ; le report des soins et/ou le non-traitement
	Se sent mal	Prévention IV Action menée pour <ul style="list-style-type: none"> identifier les risques de surmédicalisation; protéger le-la patient-e d'interventions médicales invasives; lui proposer des procédures de soins éthiquement acceptables 	Prévention III Action menée pour réduire l'effet sur une personne d'un problème de santé chronique en minimisant le handicap fonctionnel induit par un problème de santé aigu ou chronique ; inclut la réhabilitation

✕ Comment définir la santé mentale ?

Les définitions qu'on utilise aujourd'hui de la santé en général et de la santé mentale en particulier sont le résultat d'une longue évolution conceptuelle dont les dernières sont la définition proposée par l'OMS en 1948, la définition figurant dans la charte d'Ottawa et enfin deux définitions de la santé mentale de l'OMS datant de 2010. Ainsi, dans les soixante dernières années, on est passé de la définition de la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne réside pas seulement dans l'absence de maladies et d'invalidité » ([Organisation mondiale de la Santé, 1948](#)) - un état considéré comme un but en soi et atteignable grâce aux ressources sociales et personnelles disponibles - à l'idée de la santé « comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie » ([Organisation mondiale de la Santé, 1986](#)). Dans le cas de la santé mentale, il s'agit notamment d'une ressource grâce à laquelle la personne « peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » ([Organisation mondiale de la Santé, 2014](#)).

Un apport important de ces définitions consiste en ce qu'elles visent à définir la santé mentale non pas simplement négativement (en l'opposant à la maladie), mais positivement. Ainsi, un texte ministériel français définit la santé mentale comme une capacité « de s'adapter aux diverses situations de la vie » ([Centre d'analyse stratégique, 2014, p. 24](#)). Néanmoins, il nous semble important de rester vigilant face aux implications de cette définition et notamment à la conception de l'humain qui en ressort. Car si « la personne en bonne santé mentale est quelqu'un qui se sent suffisamment en confiance pour s'adapter à une situation à laquelle elle ne peut rien changer » ([Centre d'analyse stratégique, 2014, p. 24](#)), alors les « frustrations », les « moments difficiles », les « peurs et des blessures anciennes », ont-ils encore de la place dans la vie de la personne ? Ou doivent-ils être dépassés et évités en s'adaptant aux circonstances données ? Quelle est la frontière entre le pathologique et le normal ?

Devrions-nous en conclure que toute personne qui refuse de s'adapter à une situation qui ne dépend pas d'elle tout en souffrant présente un problème de santé mentale ? Cette vision serait réductrice. Non seulement il serait alors possible d'émettre un doute sur toute forme de contestation sociale, mais on en viendrait à évacuer de la définition de l'existence humaine tout ce qui, à notre sens, au contraire la spécifie, à savoir notre vulnérabilité et notre inconscient. Pouvoir être affecté par un événement, et même en souffrir, constitue au contraire une dimension « normale » et « saine » de l'existence humaine. Pour la notion de santé mentale, toute référence à une norme est en effet plus délicate, voire plus problématique, que pour la santé somatique.

Il est vrai que l'idée de la santé comme quelque chose de dynamique et fluctuant répond au besoin de ne pas « normaliser la santé ». Néanmoins, cette idée est flanquée par l'appréhension de santé comme une ressource. Cette conception est d'abord utilitariste puisqu'elle tend à considérer la santé comme un moyen d'atteindre des objectifs. Or l'objectif principal dans ce cas est souvent l'efficacité économique (voir par exemple la définition figurant sur le site de la Commission européenne où la santé mentale est définie comme « la capacité de participer aux activités sociales et économiques » : « Les personnes qui sont physiquement, mentalement et socialement en bonne santé sont plus susceptibles de mieux réussir sur le plan scolaire et sur le marché du travail. Ils sont également plus susceptibles d'éviter la pauvreté », <https://health-inequalities.eu/>). Serions-nous alors d'accord que les dépenses pour la santé ne se justifient que dans le cadre de l'augmentation de la productivité économique ? Notons que cela mettrait par ailleurs en question le droit à la santé qui justement n'est pas conditionné par la contribution à l'économie. C'est pourquoi dans notre article nous reprenons les définitions de l'OMS tout en tenant compte de leurs limites.

2.2. La spécificité de la santé mentale par rapport à la santé somatique

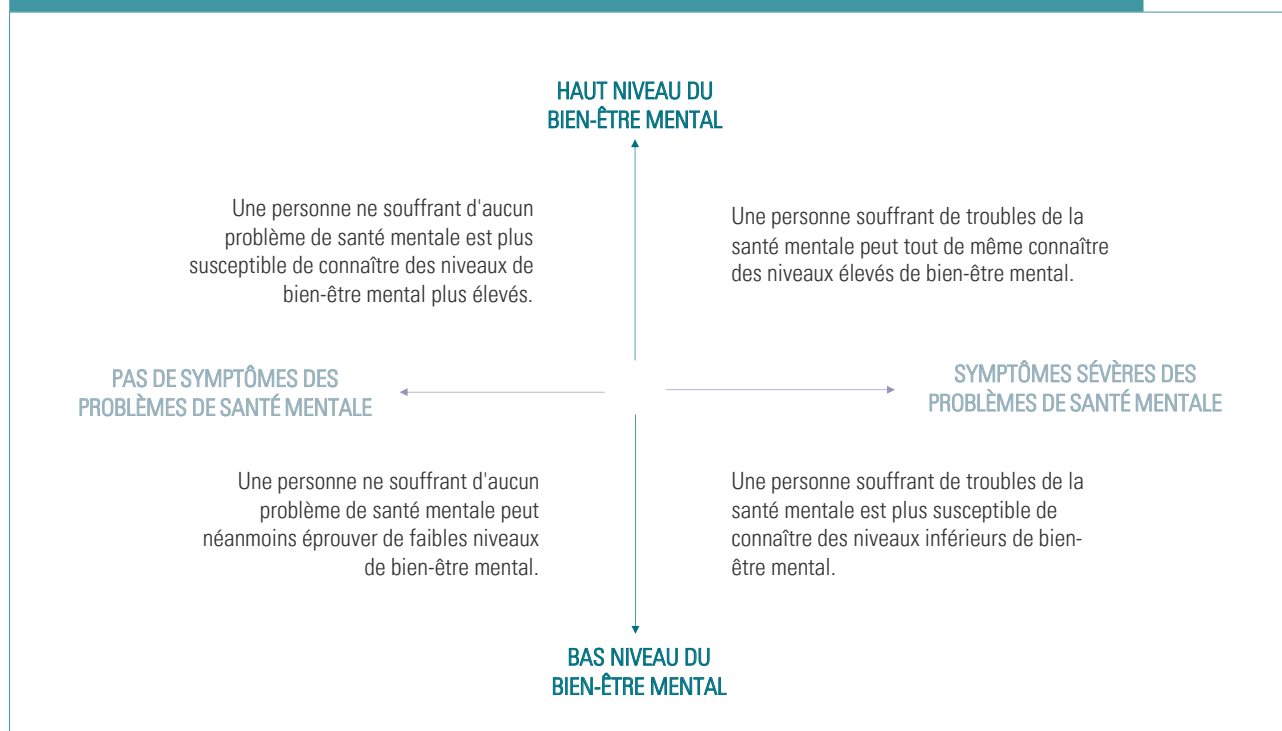
Éviter de limiter la discussion sur la prévention à la prévention purement médicale permet également de prendre en compte **la spécificité de la santé mentale** par rapport à la santé somatique.

Premièrement, le déroulement d'une maladie mentale n'est pas comparable à celui d'une maladie somatique. Non seulement, comme c'est aussi le cas des maladies somatiques chroniques, **la disparition complète d'une maladie mentale n'est pas toujours envisageable**, mais son impact sur la vie de la personne est tel que le retour à l'état « d'avant » souvent n'est simplement pas possible. C'est pourquoi il convient de parler des objectifs de traitement d'une maladie psychique plutôt en termes de rétablissement que de guérison. À la différence de la guérison, le rétablissement « ne signifie pas nécessairement que la maladie ait complètement disparu, mais que la personne ait pu se dégager d'une identité de malade psychiatrique et recouvrer une vie active et sociale, en dépit d'éventuelles difficultés résiduelles... [...] Ni déni, ni désintérêt pour la maladie, c'est au contraire une prise de conscience de la maladie et de ses conséquences, et sur cette base une forme de prise

de distance à leur égard, au profit d'une focalisation sur des objectifs personnels et le souci de son propre devenir » (Pachoud, 2012, p. 258).

Or si le rétablissement se focalise davantage sur la réintégration de la personne dans la société, c'est parce que ce sont avant tout les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent qui jouent un rôle crucial dans le développement des maladies mentales (tant dans leur apparition que dans leur évolution). En effet, **le cadre proprement biomédical, la génétique et la neurologie notamment, ne permettent pas d'expliquer de façon exhaustive ce qui se passe dans les maladies psychiques**. Par ailleurs, les promesses de trouver les biomarqueurs qui permettraient de détecter les maladies psychiques avant leur apparition ne se sont jamais réalisées (Fuchs, 2018). De même **les symptômes des maladies ne peuvent pas être traités uniquement comme des signes de perturbations de l'activité cérébrale, mais doivent être interprétés à partir du sens qu'ils ont pour la personne**. Ce qui caractérise une maladie psychique, c'est en effet la façon dont la vie de la personne, son rapport au monde, aux autres et à soi-même est affectée. Dans cette perspective, **il apparaît clair que la prévention des maladies psychiques ne devrait pas se concentrer uniquement sur la prévention des symptômes, ou sur leur diminution,**

Figure 1 : La relation entre le bien-être mental et les symptômes des problèmes de santé mentale (source : Organisation mondiale de la Santé, 2022, p. 13)



mais sur la qualité de vie de personnes, c'est-à-dire son insertion et épanouissement dans le contexte social, économique, la qualité de son environnement (le lieu d'habitation, la qualité de l'air, etc.).

2.3. Maladie mentale et souffrance psychique

Une autre considération importante concerne la différence entre la maladie mentale et la souffrance psychique. Nous proposons en effet de distinguer ces deux concepts et de définir la souffrance psychique comme un état qui n'entrave pas de façon considérable la vie de la personne, son rapport au monde, aux autres et à elle-même (voir Figure 1).

Premièrement, cette distinction permet de mettre en avant l'idée que la santé mentale n'est pas un état binaire (où on est malade ou sain), mais « existe sur un continuum complexe, avec des expériences allant d'un état de bien-être optimal à des états débilissants de grande souffrance et de douleur émotionnelle » (Organisation mondiale de la Santé, 2022, p. 13). Ainsi de même que quelqu'un peut avoir un problème de santé physique et être en bonne santé physique, il est possible de bénéficier de niveaux de bien-être mental plus élevés même si on présente des symptômes modérés ou sévères des problèmes de santé mentale.

En outre, cette distinction permet d'éviter la tendance vers la pathologisation de certaines expériences négatives. Car une personne qui ne souffre pas de maladie mentale peut avoir un niveau bas de bien-être mental. En effet, on pourrait se demander si toute souffrance doit être évitée, atténuée au plus vite et, enfin, oubliée une fois passée. L'être humain ne doit-il pas se définir dans sa capacité d'éprouver et de dépasser les désillusions, les pertes et les déceptions ? C'est dans ce sens que nous pouvons alors parler de résilience, c'est-à-dire de notre capacité de surmonter les événements, les circonstances négatives de la vie.

Il ne s'agit toutefois pas ici de nier l'impact qu'une souffrance psychique peut avoir sur la vie de la personne, ni le fait que l'exposition prolongée à une souffrance psychique intense peut conduire au développement d'une maladie mentale. Certains chercheurs distinguent ainsi trois types de stress en fonction du type de réponse que leur oppose le corps humain sur le plan biologique : le stress positif qui est caractérisé par les périodes courtes

de réaction (le rythme cardiaque, la tension, et le niveau hormonal élevé), mais qui se déroule dans le contexte de relations stables ; le stress tolérable qui pourrait perturber l'architecture du cerveau (par exemple, en perturbant les circuits neuronaux), mais qui est atténué par des relations de soutien qui facilitent l'adaptation ; et le stress toxique qui se réfère à une activation forte, fréquente, et/ou prolongée des systèmes de réponse de l'organisme en l'absence du contexte protecteur (Shonkoff, Boyce, & McEwen, 2009). Dans cette perspective, le stress toxique peut donc mener à une souffrance psychique qui entrave la vie de la personne. En outre, il faut tenir compte du fait que la souffrance psychique qui peut rester « diffuse, n'est pas identifiée comme telle par le "patient" qui n'a pas de "demande" » (Jacques, 2004, p. 21), mais qui nécessite néanmoins une intervention.

Dans le cadre de la présente étude, le but principal de cette distinction entre la maladie mentale et la souffrance psychique consiste à ne pas confondre la prévention des maladies mentales avec la prévention de la souffrance psychique. Quand bien même la prévention de la souffrance psychique pourrait avoir un impact positif en termes de prévention des maladies mentales, ces actions visent néanmoins un public plus large que celui des personnes affectées par les maladies mentales ou à risque.

En reprenant la structure présentée sur le Tableau 1, on peut dire que la prévention des souffrances psychiques renvoie avant tout à la prévention primaire quand la personne se sent encore bien et il s'agit de diminuer les facteurs de risques, ou encore à la prévention tertiaire (pour plus d'exemples, voir Tableau 2, voir aussi par exemple Compton, 2010). La prévention des maladies mentales quant à elle a lieu premièrement via la prévention secondaire et quaternaire quand il s'agit de trouver un traitement adapté à la personne et favoriser son rétablissement.

2.4. Déterminants sociaux de la santé

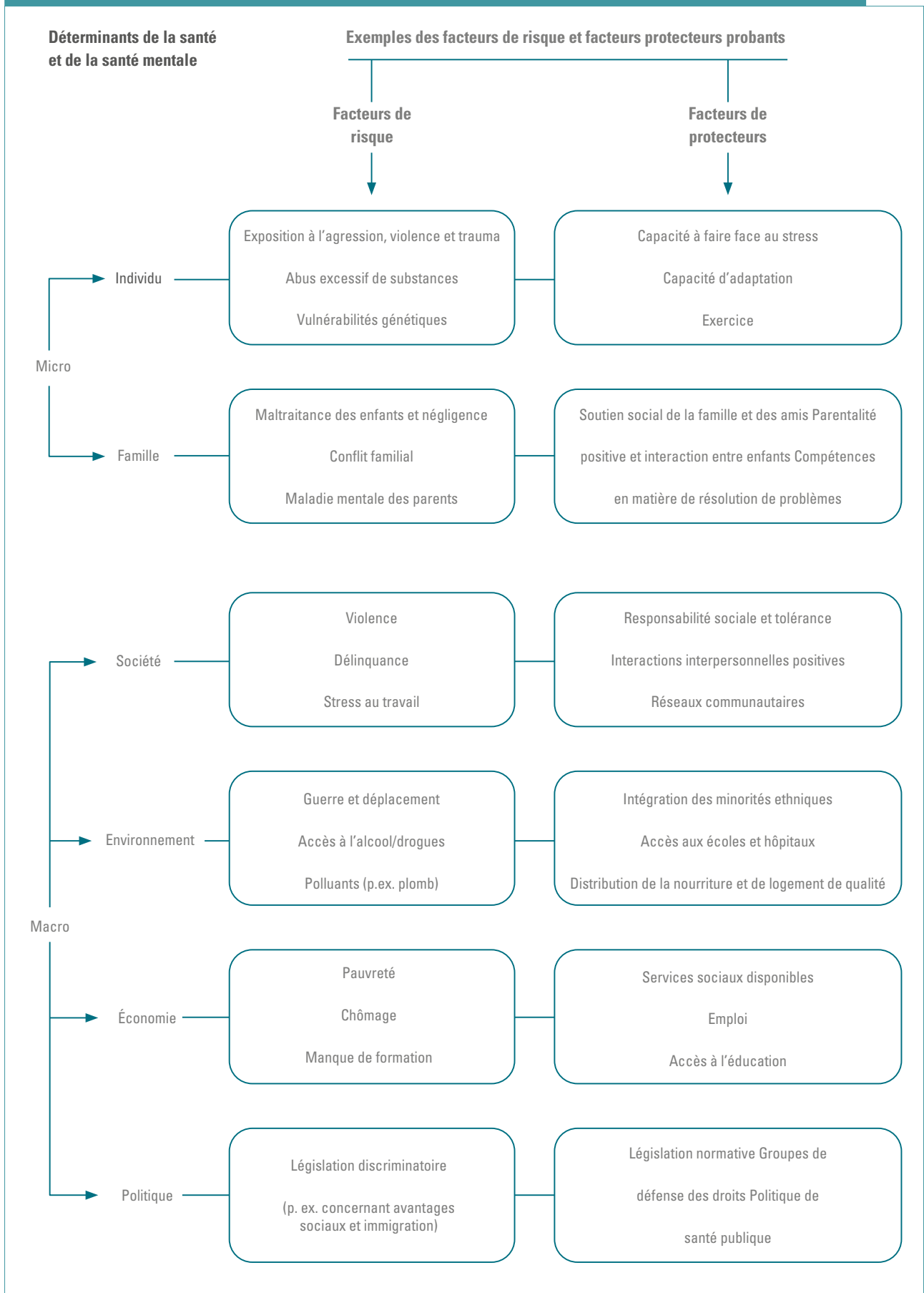
La conception de la prévention des maladies mentales présentée à la figure 1 reste néanmoins insuffisante par le fait même qu'elle prétend être universelle. Or, la santé n'est pas distribuée de façon équitable au sein de la société. En effet, la santé mentale dépend de nombreux facteurs tels que familiaux, sociétaux, environnementaux, économiques et politiques ainsi que biomédicaux

Tableau 2 : Exemples des actions de prévention des troubles de santé mentale

		Professionnel-le de santé ou acteur-riche de terrain	
		Pas de maladie mentale	Maladie mentale
Individu	Se sent bien	<p>Prévention I</p> <p>Réduire les facteurs qui sapent ou qui détériorent les conditions de vie des individus, en premier lieu, ceux qui entravent la capacité à subvenir aux besoins essentiels, entraînant une dévalorisation et un isolement social des individus afin de prévenir la violence, la détresse, la dépression, la négligence, l'abus, etc.</p>	<p>Prévention II</p> <ul style="list-style-type: none"> • Éviter le report de soins, • mener une détection précoce des troubles de santé mentale (par exemple chez les jeunes, chez les personnes en situation de vulnérabilité comme c'est le cas des femmes dans la période péri- et postnatale, etc.).
	Se sent mal	<p>Prévention IV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Éviter une souffrance psychique prolongée qui pourrait résulter en une maladie psychique, • éviter la sur-prescription des médicaments, par exemple des médicaments antipsychotiques chez les personnes âgées notamment résidant dans les maisons de repos, ou chez les jeunes enfants en dehors du cadre défini (<i>off label</i>) 	<p>Prévention III</p> <p>Contribuer au rétablissement des personnes porteuses de maladies mentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • éviter la chronicisation des maladies mentales (comme la dépression) à l'aide d'un traitement médicamenteux et/ou psychothérapeutique, etc., • en favorisant l'accès aux services spécialisés, • en favorisant l'intégration sociale, • en réduisant la stigmatisation au sein de la société, • en prévenant les rechutes, • en réduisant la probabilité de développer des comorbidités, • en prévenant des tentatives de suicide, etc.



Figure 2 : Déterminants de la santé et de la santé mentale en relation avec les facteurs de risque et de protection fondés sur des données probantes (source : Vandiver, 2008, p. 34)



(voir Figure 2). Notons que ces facteurs peuvent être de nature positive (on parle alors des facteurs protecteurs) ou négative (facteurs de risque) : un déséquilibre entre les facteurs de risque et les facteurs protecteurs peut agir sur les différents niveaux de la vie de la personne en ayant pour conséquences la baisse (dans le cas de prévalence des facteurs de risques) ou au contraire l'amélioration (dans le cas de la prévalence des facteurs protecteurs) de la santé mentale.

Le schéma des relations entre les facteurs de risques et les facteurs de protections et les déterminants de la santé mentale illustre bien que la plupart de facteurs qui influencent la santé mentale d'une personne dépassent la maîtrise de cette dernière et sont dépendants de la structure sociétale. Cette structure à son tour étant caractérisée par des rapports d'inégalité, le déséquilibre entre les facteurs protecteurs et facteurs de risque est défini majoritairement par ces inégalités sociétales. Ainsi plus le statut social de la personne est bas, plus elle est exposée aux facteurs de risque et moins elle a de chance de bénéficier des facteurs protecteurs (Vandiver, 2008). Elle risque donc davantage d'avoir des problèmes de santé (y compris de santé mentale), mais aussi de souffrir de leurs conséquences. En effet, plus la situation de la personne est précaire, plus sa maladie a un impact sur sa situation générale (on peut penser à l'impact du coût de l'hospitalisation, de l'absence de travail, de l'impossibilité de s'occuper des enfants, etc.).

Afin de prendre en compte le fait que la santé mentale n'est pas distribuée de façon équitable au sein de la société, les actions en prévention ne peuvent donc pas rester simplement universelles, mais doivent aussi être calibrées en fonction du niveau de désavantage. Il s'agit donc de respecter le principe de l'universalisme proportionné : « Pour réduire la pente du gradient social de santé, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale » (Marmot, Goldblatt, Allen, & et al, 2010, p. 16, nous traduisons). Or leur mise en place est loin d'aller de soi. Notamment afin de mettre en œuvre ce principe plusieurs problèmes doivent être abordés : comment définir le seuil à partir duquel les politiques

et les actions doivent être calibrés différemment ? Et surtout comment assurer que ce calibrage soit d'ordre qualitatif et donc prendre en compte la diversité des publics ? Pour répondre à ces questions, nous partirons de la définition des publics qui se trouvent le plus à risque de maladies mentales.

3. Publics à risque de maladies mentales

Quels sont les publics les plus à risque de maladies mentales aujourd'hui ? Nous proposons d'aborder cette question à partir des formes principales d'inégalité sociale. On peut alors identifier des groupes plus à risque d'un point de vue économique (personnes appartenant à des classes plus pauvres), du point de vue des discriminations sur base de religion ou ethnique (personnes racisées) et du point de vue des discriminations genrées (personnes discriminées en fonction de leur sexe et/ou leur sexualité)¹.

Évidemment, en réalité, ces divisions coexistent et se superposent. Il convient toujours dès lors de privilégier une approche intersectionnelle, c'est-à-dire « un cadre théorique permettant de comprendre comment les multiples identités sociales telles que la race, l'orientation sexuelle, le statut socio-économique et les incapacités se combinent au niveau micro de l'expérience individuelle pour refléter des systèmes interdépendants de privilèges et d'oppression » (Bowleg, 2012 ; pour la première conceptualisation de l'intersectionnalité voir Crenshaw, 1989). Notons que par intersectionnalité il convient d'entendre non pas une simple accumulation des problèmes, mais un véritable croisement ou superposition qui a pour conséquence la création d'une situation particulière et le renforcement d'un type de discrimination et de ses effets par les autres. La présentation à partir de trois perspectives (économique, raciale/ethnique et genrée) que nous proposons ici a donc une visée analytique : elle fournit une grille d'analyse des déterminants de la santé mentale et, pour cela, décompose ces trois facteurs qui dans la vie réelle se présentent toujours sous forme synthétique.

1 Dans la présente étude, il nous serait impossible de traiter de façon exhaustive les discriminations liées au genre. Notamment, nous ne pouvons pas nous arrêter sur les questions de sexualité. Il est tout de même important de mentionner les risques des maladies mentales élevés chez les personnes LGBTQ+.

3.1. Inégalités économiques

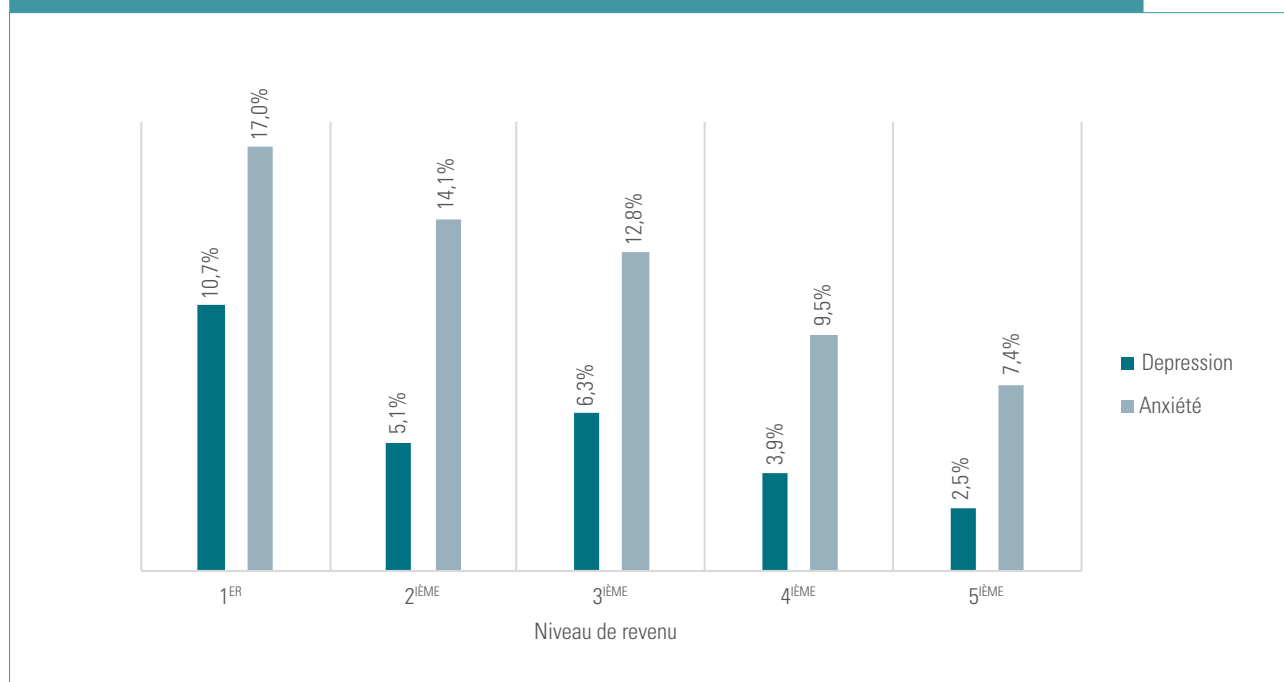
Les inégalités économiques découlent de la hiérarchisation entre les différents groupes en fonction des moyens économiques qui se trouvent à leur disposition. Elles se manifestent dans les inégalités au niveau des revenus, des conditions et contenus de travail, de l'héritage et du patrimoine, de l'insécurité financière, de la qualité (ou absence) de logement, mais aussi de l'éducation. Selon les dernières estimations, l'inégalité dans la répartition des richesses en Belgique est très élevée : « les 1% des ménages belges les plus riches possèdent environ 24% de la richesse nette totale, et 42% de richesse revient à 5% des ménages belges » (Apostel & O'Neill, 2022, nous traduisons).

Les recherches confirment également l'existence d'un **fort gradient économique dans la prévalence des troubles** de la santé mentale en Belgique : plus les gens sont pauvres, moins leur santé mentale est bonne. Les données de l'enquête de santé de Sciensano pour 2018 montrent ainsi que plus le revenu à disposition de la

personne est élevé, moins il y a des personnes (au sein du groupe avec le même niveau du revenu) affectées par des troubles de l'anxiété généralisée (voir Figure 3). L'écart entre les groupes se trouvant à des extrêmes est impressionnant : parmi les personnes dont le revenu est inférieur à 750 euros par mois, 17,7% semblent être affecté par les troubles d'anxiété, tandis que parmi les personnes dont le revenu est supérieur à 2.500 euros par mois, seulement 7,4% sont affectés². La même tendance peut être observée pour la dépression. Selon les données de Sciensano, parmi les personnes dont le revenu est inférieur à 750 euros par mois, 10,7% semblent être affectées par la dépression, tandis que parmi les personnes dont le revenu est de plus de 2.500 euros par mois, 2,5% sont affectées.

Nous constatons également l'existence d'un gradient social très accentué dans **le recours aux soins curatifs** de santé mentale (hospitalisations et traitements médicamenteux avant tout)³. Ainsi, selon les analyses de l'Agence Intermutualiste, « les individus appartenant à la

Figure 3 : Prévalence des troubles de l'anxiété généralisée et de la dépression en fonction du revenu familial (données de Sciensano, 2018)



2 Le niveau de revenu est calculé sur la base du «revenu total disponible du ménage», pour lequel une échelle équivalente est appliquée (OCDE, 1982). Les différents membres du ménage reçoivent un poids spécifique : 1,0 pour le premier membre adulte du ménage, 0,5 pour chaque adulte supplémentaire (18+ ans) et 0,3 pour chaque enfant (< 18 ans). Le revenu total disponible du ménage est ensuite divisé par la somme des poids de tous les membres du ménage pour calculer le revenu équivalent. Les 5 niveaux de revenu sont : 1) < 750 euros ; 2) 750-1.000 euros ; 3) 1000-1500 euros ; 4) 1.500-2.500 euros ; 5) > 2.500 euros. Notons, que cette analyse par quintile reste limitée dans la mesure où elle ne permet pas de dégager les situations extrêmes, c'est-à-dire où les personnes disposent de très peu de revenu ou au contraire ont des revenus extrêmement élevés. Il faut en outre tenir compte qu'en réalité chaque quintile rassemble en son sein des situations très diverses.

classe la plus faible présentent, en 2016, un surrisque de 149% d'avoir une hospitalisation psychiatrique par rapport à ceux qui appartiennent à la classe la plus élevée » (Avalosse, et al., 2019, p. 49)⁴. La situation est similaire dans le cas de la consommation des **antidépresseurs et des antipsychotiques** : les individus de la classe la moins riche présentent un surrisque de 18% de recourir aux antidépresseurs et un surrisque de 112% de recourir aux antipsychotiques par rapport à ceux qui appartiennent à la classe la plus riche (Avalosse, et al., 2019).

Les études montrent donc que la santé est très dépendante de la situation économique et diminue au fur et à mesure qu'on descend l'échelle sociale. De ce point de vue Marmot a raison quand il dit que « dans les inégalités de santé il ne s'agit pas uniquement des gens pauvres en mauvaise santé, mais des gradations de santé en fonction de notre positionnement sur l'échelle sociale » (Marmot, 2015, pp. 27-28, nous traduisons). Concrètement, cela implique par exemple que les publics concernés seraient non pas uniquement les personnes au chômage, mais aussi celles qui travaillent. En effet, dans la société d'aujourd'hui, le travail ne protège pas contre les problèmes de santé. On constate par exemple que le nombre de personnes en incapacité de travail a atteint ces dernières années ses maxima historiques, notamment en raison de facteurs liés à l'organisation du travail. Selon l'étude menée auprès des personnes concernées, pour 89,9% de répondant-es qui déclarent être en burnout, et pour 68,8% des personnes qui déclarent avoir une affection psychique, c'est bien leur situation professionnelle qui est à l'origine de leur incapacité de travail (Vancorenland, et al., 2021).

Travailler peut donc nuire à la santé, et ceci parce que la qualité du travail prime sur le simple fait de travailler. Ainsi, une étude récente montre clairement « les relations entre la position sur le marché du travail et l'auto-perception de la santé générale et mentale des individus en âge de travailler en Belgique, même en tenant compte du fait que la position d'un individu sur le marché du travail est nécessairement ancrée dans un contexte social plus large » : « Les chômeurs et

les personnes occupant des emplois de faible qualité (précaires) sont les plus susceptibles d'être confrontés à des problèmes de santé » (Van Aerden, Gadeyne, & Vanroelen, 2017, nous traduisons).

Les perspectives de plus long terme sont également mauvaises : les inégalités économiques continuent à croître et avec elles, par conséquent, les inégalités de santé. Selon les données d'Eurostat, en 2018, 20% de la population belge présente un risque de pauvreté ou d'exclusion sociale. Et selon les auteurs du rapport intersectoriel des « Évolutions des problématiques sociales et de santé 2013-2018 », nous faisons face à « la précarisation croissante du public et la complexité des demandes qui découlent de la pauvreté, mais aussi de notre société multiculturelle et globalisée, et la régression des législations en matière d'accessibilité aux droits sociaux » (Willaert & Moriau, 2018, p. 3). La crise provoquée par la pandémie de COVID-19 est venue accentuer cette tendance avec la détérioration rapide de la situation socio-économique des groupes vulnérables. Dans cette perspective, les problèmes de santé mentale vont croître inévitablement.

3.2. Discriminations raciales

Il est vrai que la situation économique des personnes victimes de discriminations en raison de leur origine explique en partie le fait qu'elles ont une plus mauvaise santé que les autres groupes : les personnes racisées sont surreprésentées parmi les personnes avec les plus bas revenus au sein de la société. Néanmoins, de nombreuses recherches démontrent que la situation économique n'explique pas tout et que la discrimination raciale⁵ en elle-même est responsable des inégalités de santé. Ainsi, dans son étude centrale pour ce sujet, Williams postule que « la race est un antécédent et un déterminant du statut socio-économique, et les différences raciales dans le statut socio-économique reflètent, en partie, la mise en œuvre réussie de politiques discriminatoires fondées sur l'infériorité de certains groupes raciaux » (Williams, 1999, p. 177, nous traduisons).

3 Notons que calculer l'utilisation des soins signifie mesurer l'utilisation d'une partie de l'offre, mais ne nous permet ni d'évaluer la demande telle qu'elle est exprimée par le patient ni ses besoins réels. Voir Ces, 2021.

4 Comme pour l'analyse par quintile de Sciensano, cette étude de l'IMA travaille avec des catégories peu discriminantes. Cela veut dire que, si on pouvait analyser la situation au niveau individuel, l'écart de santé entre les différentes catégories serait encore plus grand.

5 « "Race" est utilisée exactement au même titre que classe et sexe, c'est-à-dire comme catégorisation socialement construite, comme résultat de la discrimination comme production idéologique... Je fais donc ici un usage stratégique du mot race lequel renvoie à un concept politique, culturel et social, et n'est évidemment pas à prendre au sens biologique » (Kergoat, 2009, p. 112).

« Le groupe dominant dévalorise, prive de ses droits et attribue de manière différenciée les opportunités et ressources sociétales souhaitables aux groupes raciaux considérés comme inférieurs » (Williams, 2018, nous traduisons). Les préjugés discriminatoires deviennent un facteur de stress pour les personnes et peuvent ainsi nuire à leur santé mentale. En outre, certaines personnes racisées intériorisent les stéréotypes raciaux négatifs omniprésents dans la culture (concernant leur infériorité), c'est-à-dire qu'elles finissent par les percevoir comme vrais. Les recherches indiquent que ce processus de l'intériorisation est associé à un bien-être psychologique moindre et à des niveaux plus élevés de consommation d'alcool, de symptômes dépressifs et d'obésité (Williams & Mohammed, 2009).

Les facteurs qui influencent la santé mentale des personnes racisées relèvent également des modes de fonctionnement mêmes du système de santé (Smedley, Stith, & Nelson A. R, 2003), que ce soit par rapport au manque d'accès aux soins, aux inégalités de traitement (par exemple de biais dans le diagnostic), etc. (Hairston, Gibbs, Wong, & Jordan, 2020). Par exemple, on constate une tendance chez les professionnel·les de santé à négliger les plaintes des personnes appartenant à des minorités ethniques ou encore de considérer ces plaintes comme relevant du somatique (cette tendance déjà présente à l'égard des personnes appartenant au groupe non minoritaire est exacerbée dans le cas des groupes minoritaires) (Perrotin & Pascariello, 2022). La stigmatisation peut dès lors influencer l'usage des services de santé mentale : la négligence, voire la maltraitance par les professionnel·les de santé a pour conséquence le fait que les personnes sont moins enclines à recourir aux soins de santé. C'est le problème de la moindre acceptabilité des soins par ces groupes de population qui sont plus à risque de voir leur besoins en soins non satisfaits en raison de leur mauvaise expérience des services de santé (Cès, 2021).

Malheureusement très peu de données sur la santé mentale des personnes racisées sont disponibles en Belgique. Cela s'explique en partie par la façon dont les données de santé sont enregistrées. À la différence des États-Unis, par exemple, où les informations sur la provenance ethnique de la personne sont récoltées systématiquement à côté de celles sur l'âge et le sexe, en Belgique on n'enregistre pas ce type d'information, bien que la nationalité (et la date d'obtention de cette dernière si elle ne devait pas être la nationalité d'origine) des membres des organismes assureurs soit connue par ces derniers.

De ce point de vue, l'Enquête de Santé menée depuis quelques années par Sciensano⁶ constitue une source d'information précieuse, car elle prévoit des questions sur la nationalité et le lieu de naissance des participant·es, mais aussi sur le lieu de naissance de leurs parents. L'analyse de l'enquête permet donc de qualifier les répondant·es comme migrants de première ou deuxième générations en distinguant en outre parmi eux les personnes provenant des pays européens ou non européens. Ces données peuvent être utilisées afin d'investiguer la présence des corrélations entre le statut de migrant des participant·es à l'enquête et leur état de santé⁷.

Les chercheur·ses de l'Université de Gand ont mené une telle analyse des données récoltées dans le cadre de l'Enquête de Santé pour l'année 2013 (Van Roy, De Maesschalck, Vyncke, Piccardi, & Willems, 2018). Les résultats de cette étude sont interpellant notamment en ce qui concerne les troubles dépressifs, l'anxiété et les troubles du sommeil. Pour ces trois catégories, les personnes migrantes signalent avoir plus de problèmes par rapport aux personnes non migrantes.

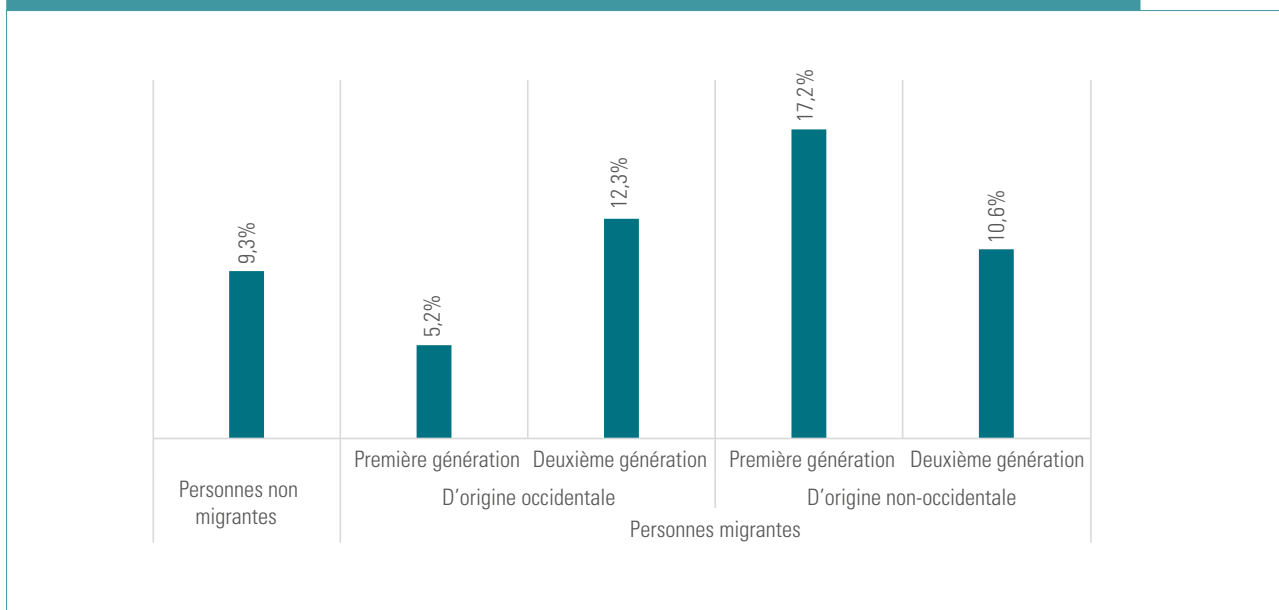
Par exemple, on constate une différence importante entre la possibilité d'avoir un trouble d'anxiété entre les personnes non migrantes (9,3%) et la première génération des personnes migrantes d'origine non-occidentale⁸ (17,2%) (voir Figure 4). En outre, ces différences persistent malgré la prise en compte d'autres facteurs

6 <https://www.sciensano.be/fr/projets/enquete-de-sante>

7 Nous utilisons ici le statut de migrant comme proxy pour les discriminations raciales afin de voir si ces dernières ont comme conséquence des inégalités en santé mentale. Cette approche reste limitée dans la mesure où elle laisse hors cadre les personnes qui souffrent des discriminations raciales malgré le fait que leurs parents sont nés en Belgique. C'est pourquoi, il nous semble légitime de considérer dans le cadre de notre questionnement portant sur les personnes racisées (et non seulement migrantes), les chiffres présentés dans l'enquête comme une sous-estimation. Par ailleurs, il ne faut pas confondre les migrants tels que définis ici avec les populations étrangères, dont les statistiques peuvent être trouvées dans les données de Statbel où il s'agit des populations qui ont ou avaient d'autres nationalités que la nationalité belge.

8 Les catégories suivantes ont été définies pour les pays occidentaux : pays voisins de la Belgique, Europe occidentale, Europe du Nord, Europe du Sud, Amérique du Nord, Australie et Océanie. Parmi les pays non-occidentaux, les chercheurs ont classé l'Europe de l'Est, Turquie, Maroc, autres pays d'Afrique, autres pays d'Asie, autres pays d'Europe (par exemple, Albanie et Serbie), Amérique centrale et Amérique du Sud.

Figure 4 : Pourcentage de personnes de l'échantillon qui risquent de souffrir d'un trouble anxieux (source : Van Roy, De Maesschalck, Vyncke, Piccardi, & Willems, 2018)



comme le revenu, ce qui montre que c'est spécifiquement le fait d'être migrant et pas seulement le fait d'avoir des difficultés économiques qui influencent la santé mentale des personnes (même si avoir un statut socio-économique plus élevé en termes de revenu et de niveau d'éducation diminue partiellement les chances de présenter les symptômes des troubles d'anxiété).

Les résultats de l'étude de l'Université de Gand confirment d'autres recherches européennes et également des études menées en Belgique il y a quelques années (Fossion, et al., 2004). Des recherches publiées en 2007 et 2009 ont notamment montré l'existence de plus de troubles de dépression et d'anxiété chez les personnes migrantes en Belgique en provenance de la Turquie et du Maroc, à la fois de la première et de la deuxième génération de migration, par rapport aux personnes non migrantes (Levecque, Lodewuckx, Bracke 2009). Selon les analyses des auteurs, cela s'explique par le fait que, en raison des discriminations et du racisme, parmi les populations étudiées il y a plus de personnes pauvres, au chômage ou ayant des emplois stressants ou potentiellement nuisant à la santé.

3.3. Discriminations genrées

Les inégalités de genre se manifestent également avant tout à travers les inégalités économiques. En Belgique,

les différences économiques entre les hommes et les femmes restent criantes. En 2018, l'écart salarial annuel entre hommes et femmes dépassait 20% : pour atteindre l'égalité salariale, les salaires des femmes devraient augmenter de 25,4% (Ghesquière, 2021). Ces inégalités s'expliquent par le fait que les femmes travaillent plus souvent que les hommes à temps partiel, sont surreprésentées dans les secteurs mal rémunérés, ont moins d'accès à des postes de direction, mais aussi par le fait que pour une même profession, un même secteur, un même âge, un même diplôme, etc., les femmes sont systématiquement moins rémunérées que les hommes.

La santé mentale des femmes est influencée néanmoins également par des facteurs qui ne sont pas d'ordre économique (ou en tout cas qui ne sont pas directement liés à ce dernier). Par exemple, les inégalités de genre persistent au sein de la société sous la forme de l'assignation des femmes aux activités domestiques qui peuvent devenir une source d'épuisement, de stress et constituent ainsi un facteur de risque de maladies mentales.

Selon l'étude de l'Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes, « en moyenne, les hommes effectuent davantage de travail rémunéré et disposent de plus de temps libre, tandis que les femmes prennent en charge davantage de tâches ménagères » (Institut pour l'Égalité entre Femmes et Hommes, 2020). Plus précisément, en 2013 « en semaine, une femme consacre 1 heure et 20 minutes

de plus qu'un homme aux tâches ménagères » et « durant le weekend, les hommes disposent en moyenne de plus d'une heure de temps libre de plus que les femmes, et 44 minutes les jours de semaine » (Institut pour l'Égalité entre Femmes et Hommes, 2020). Cette répartition inégale des tâches domestiques a pour conséquence le fait que les femmes se trouvent à porter seules la responsabilité de l'organisation de la vie quotidienne familiale. Ainsi, les mères sont deux fois plus touchées par l'épuisement parental que les pères (UCLouvain & MC, 2019).

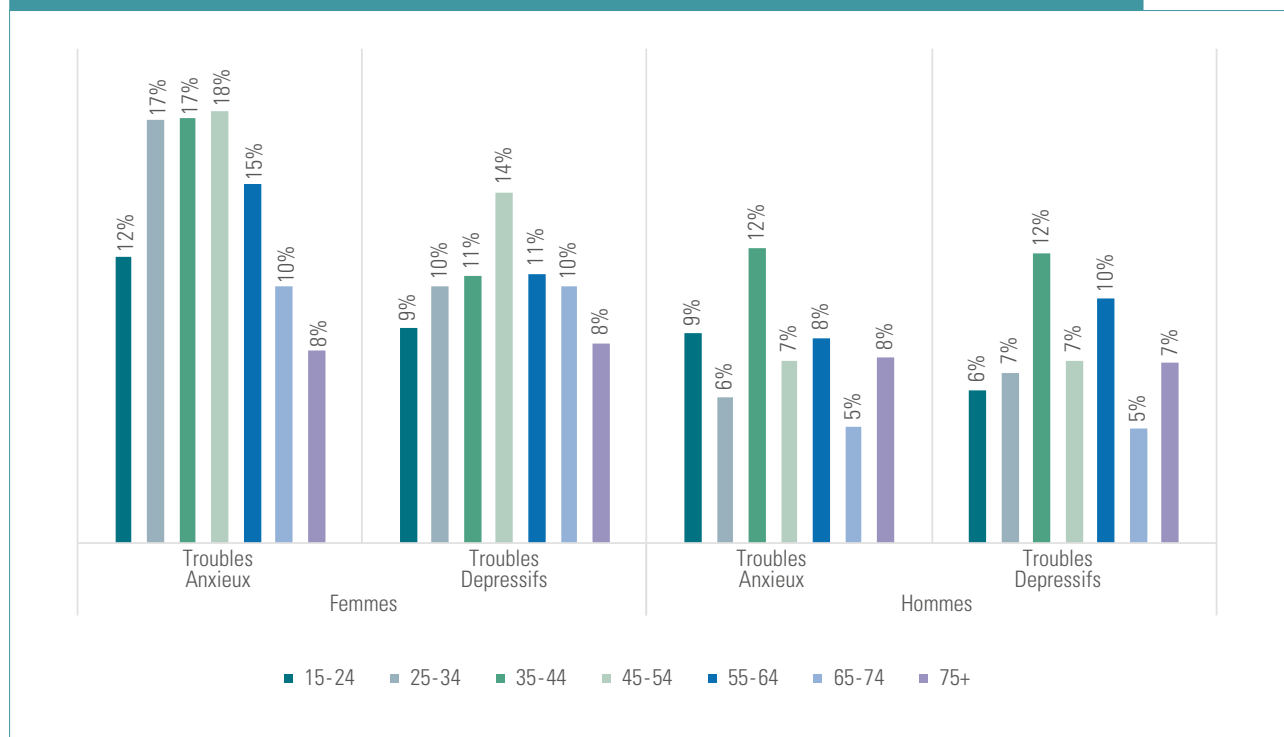
En outre, selon les données de l'Enquête de santé menée par Sciensano, en 2018 pour les troubles dépressifs « les femmes présentaient une prévalence plus élevée (14,2% pour l'anxiété et 10,7% pour la dépression) que les hommes (7,9% pour l'anxiété et 8% pour la dépression) » (voir Figure 5).

Un autre exemple de l'exposition au risque de maladie mentale dû au genre est la dépression périnatale. La dépression périnatale, par laquelle on entend des épisodes dépressifs mineurs et majeurs qui ont lieu durant la grossesse ou les 12 mois qui suivent l'accouchement, peut avoir des conséquences dévastatrices tout autant pour la mère que pour son enfant et la famille en général : « la dépression périnatale a été associée à des

interactions de moindre qualité entre les mères et leurs enfants, à des rendez-vous pédiatriques manqués et à un recours accru aux services d'urgence, à des niveaux plus élevés de troubles psychiatriques chez les enfants et à une plus grande insécurité des enfants dans leurs relations d'attachement » (Gavin, et al., 2005, nous traduisons). Une revue systématique des études menées dans les pays riches montre la prévalence instantanée de la dépression qui atteint 12,9% durant le troisième mois après l'accouchement (Gavin, et al., 2005). À cela il faut ajouter que le risque de souffrir d'autre type de trouble non psychotique comme les troubles d'anxiété, le syndrome de stress post-traumatique et les troubles alimentaires augmentent aussi durant cette période (Howard, et al., 2014).

Nous pouvons donc conclure en disant que la santé mentale est bien un domaine genré, dans la mesure où par le genre nous entendons « un système de bicatégorisation hiérarchisé entre les sexes (hommes/femmes) et entre les valeurs et représentations qui leur sont associées (masculin/féminin) » (Bereni, Chauvin, Jaunait, & Revillard, 2020, p. 10) : en fonction de leur sexe et donc de leur position dans la hiérarchie entre les sexes, les personnes ne sont pas exposées à des maladies mentales de la même façon.

Figure 5 : Prévalence des troubles anxieux et troubles dépressifs par âge et sexe (données Sciensano, 2018)



4. Les acteurs de prévention et de promotion de la santé mentale

4.1. Approche institutionnelle

4.1.1. Soins de santé et promotion de la santé

Si nous voulions mettre en avant ces trois types de public (les personnes pauvres, les personnes racisées et les personnes discriminées sur la base de leur sexe et/ou leur sexualité) comme ceux qui se trouvent particulièrement à risque des maladies mentales, il ne s'agit pas de suggérer que la solution au problème serait à rechercher chez eux, dans leurs capacités individuelles à surmonter le stress, par exemple, mais bien dans les conditions de vie qui déterminent ces groupes comme dominés ou discriminés. Qu'est-ce qui pourrait être fait et quels sont les acteurs qui mettent en place des actions concrètes dans ce domaine ?

La prévention des maladies psychiques et la promotion de la santé mentale, considérées au sens large du terme, font aujourd'hui l'objet de nombreux services en Belgique. Il s'agit avant tout du secteur des soins de santé et notamment de la prévention et de la promotion de la santé. Institutionnellement, il s'agit d'une organisation très complexe, les **compétences étant partagées entre les trois niveaux de pouvoir** (fédéral, régional, communautaire).

Prenons par exemple le niveau régional: la prévention des troubles psychiques figure de manière explicite dans les plans de santé régionaux. **En Flandre**, l'accent est mis sur la prévention des suicides (avec le renforcement des méthodologies existantes par les outils numériques et le meilleur traitement des données statistiques), le soutien scolaire (tant pour les élèves que pour les enseignant-es, avec l'appui sur des méthodes scientifiquement probantes) et une attention particulière au public socialement vulnérable (Parlement Flamand, 2021). **En région bruxelloise**, le nouveau Plan Social-Santé intégré pose parmi ses objectifs la lutte contre la stigmatisation de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale notamment par le biais de la multiplication de « lieux de liens » et le soutien des initiatives d'accueil en santé mentale « non dirigiste et

non prescriptif » (Cocom, à paraître). **En Wallonie**, la promotion d'une bonne santé mentale et du bien-être global constitue un des axes stratégiques du plan de prévention et promotion de la santé : à côté de la promotion de la confiance et des compétences liées à la vie quotidienne, il s'agit de la prévention de l'usage addictif d'alcool et d'autres substances psychoactives, et de la prévention du suicide (Gouvernement Wallon, 2017).

Au niveau fédéral, on pense avant tout à la gestion du budget des soins de santé. Jusqu'à 2022, le budget en soins de santé était en effet construit uniquement par secteurs de soins (hôpitaux, médicaments, etc.), ce qui rendait difficile la mise en avant de domaines transversaux comme celui de la prévention des maladies psychiques. Avec la nouvelle méthodologie de travail sur le trajet budgétaire des soins de santé basée sur la formulation des objectifs de soins de santé, la prévention en santé mentale pourrait enfin trouver sa place dans la politique de santé publique : ainsi plusieurs projets en prévention secondaire et tertiaire, y compris un en soins psychiatriques, devraient être financés en 2022 (voir Mahieu, Cès, & Lambert, 2022).

Néanmoins, tant au sein du secteur des soins de santé que celui de la promotion de la santé, la santé mentale occupe une place mineure. Cela se reflète notamment par le niveau de financement. Pour le domaine des soins de santé par exemple, selon le groupe de travail « Les effets pervers des mécanismes de financement » des États généraux de soins en santé mentale, seulement 6% des dépenses en soins de santé sont dédiées à la santé mentale⁹. Pour le domaine de la prévention, ce chiffre n'est pas disponible, mais il est sans doute encore plus petit en termes de dépenses absolues, sachant que toutes les dépenses pour la prévention et la promotion de la santé en Belgique dépassent à peine 2% de toutes les dépenses en soins de santé (Sholokhova, 2021).

4.1.2. Santé (mentale) dans toutes les politiques

La prévention des maladies psychiques et la promotion de la santé mentale ne se limitent pourtant pas à ces deux domaines, car elles sont réalisées et financées également au sein d'autres secteurs, notamment les secteurs social et culturel, mais aussi dans l'enseignement, les entreprises, le secteur du logement, etc. Prenons par exemple au travail des centres psycho-médi-

9 <https://www.statengeneraalggz.be/wp-content/uploads/2021/03/WGFinanciering.pdf>

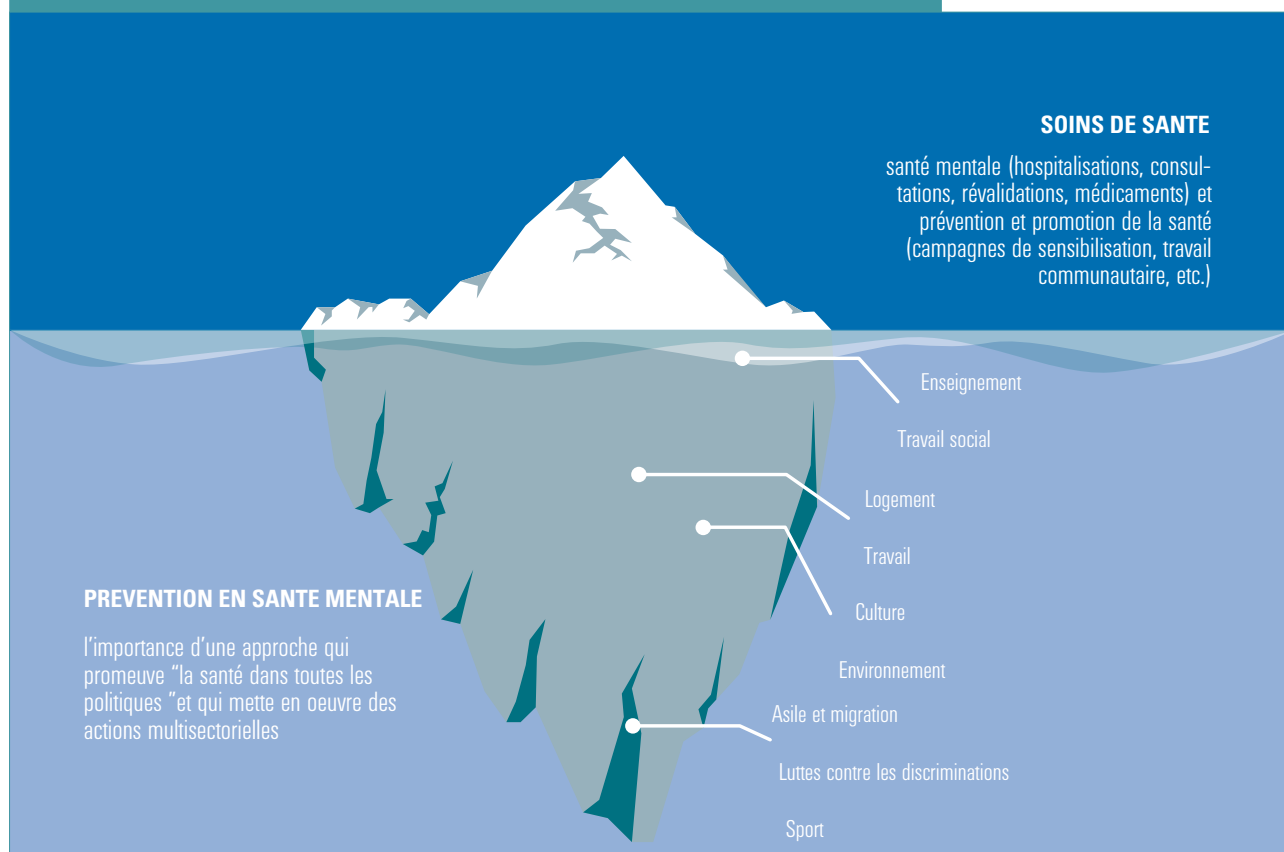
co-sociaux au sein des écoles qui vise à répondre aux difficultés en lien avec la santé mentale chez les enfants et les adolescent-es et à promouvoir leur bon développement psychologique (c'est ici que les pouvoirs communautaires jouent un rôle important), ou encore au travail des services sociaux qui veillent au maintien et/ou à l'ouverture des droits des personnes, ou encore au service de prévention dans les entreprises. Bref, de nombreux secteurs y contribuent plus ou moins directement : le travail social, l'environnement, le logement, la culture, le sport, l'asile et migration, la lutte contre les violences et discriminations. D'où l'importance d'une approche qui promeuve la « santé dans toutes les politiques » (*health in all policies*) et qui mette en œuvre des actions multi-sectorielles (voir Figure 6).

Le secteur médical, et notamment les soins psychiatriques, semble toutefois avoir une place prédominante quand on parle de la prévention des troubles psychiques. D'une part, cette illusion d'optique relève de la tendance à associer de façon générale la santé avec

le secteur des soins de santé. Or la consommation des soins de santé notamment en termes d'hospitalisation et de prescription de médicaments signale plutôt un échec de la prévention (avant tout de la prévention primaire, mais potentiellement aussi de la prévention secondaire ou tertiaire s'il s'agit d'une rechute).

D'autre part, comme nous l'avons vu dans notre étude sur la prévention en Belgique, la prévention est aussi considérée au niveau fédéral avant tout sous l'angle biomédical (Sholokhova, 2021). Cela implique que la contribution d'autres secteurs et notamment du secteur scolaire dans la prévention des maladies psychiques et la promotion de la santé mentale reste dans l'ombre. Cela se complique par le fait que certaines activités préventives comme celles qui ont un lien avec le processus de l'intégration sociale (prévention tertiaire) ont été régionalisées : ce qui amène à avoir au sein des hôpitaux psychiatriques financés et administrés au niveau fédéral, des services travaillant au nom des régions ou des communautés.

Figure 6 : Différents secteurs impliqués dans la prévention des troubles de santé mentale



4.2. Approche par type d'action

Afin d'avoir une meilleure compréhension du domaine de la prévention en santé mentale, nous pouvons également prendre en compte le type d'actions mises en œuvre et plus précisément le type de public visé. De ce point de vue, nous pouvons d'abord identifier les services et organisations avec **une approche « universelle »**, c'est-à-dire qui ne visent pas un public spécifique et dont les méthodologies sont considérées ouvertes à tout type de public. Ce sont les services publics (fédéraux, régionaux et communautaires) qui ont habituellement cette approche.

Notons que les actions universelles reposent globalement sur des approches comportementalistes qui considèrent la population comme un ensemble d'individus autonomes et rationnels qui agissent dans leur masse de façon prévisible en réponse à des interventions. La rationalité posée comme critère d'action a comme conséquence l'idée que les mauvais comportements sont synonymes de méconnaissance, et qu'un public averti tendra naturellement vers le meilleur comportement. Or cette approche ignore le fait que « lorsque les gens adoptent des comportements qui ne sont pas bons pour leur santé, ce n'est généralement pas parce qu'ils ne sont pas conscients du risque, mais plutôt parce que les contraintes de leur vie et les dispositions qu'ils ont accumulées au cours de leur vie les empêchent de modifier leur comportement » (Baum & Fisher, 2014, p. 216, nous traduisons).

Les approches comportementalistes restent aujourd'hui dominantes. Les raisons sont à la fois historiques (prévention et promotion de la santé ayant ses racines dans la lutte contre les maladies infectieuses), idéologiques (la vision néo-libérale de la société faisant amalgame entre les choix individuels dans la sphère économique et les relations sociétales en général) mais aussi pratiques (leur implémentation semble être toujours plus facile et immédiate), sans oublier le lobby des grandes industries dont l'existence n'est jamais menacée si l'objectif consiste à changer les objets de consommation au lieu de questionner le principe même du système axé sur la production exponentielle (Baum & Fisher, 2014). En outre, le fait de ne pas prendre en compte le contexte de la vie de personnes et de refuser de se focaliser sur l'expérience de groupes minoritaires amène à ce que les pratiques universelles tendent finalement à mettre en avant les besoins des groupes dominants et privilégiés (Heard, Fitzgerald, Wigginton, & Mutch, 2020).

Ensuite, nous pouvons identifier les services et les organisations qui travaillent avec des publics spécifiques à risque de maladies psychiques. Il s'agit donc des **actions ciblées**. Ces services et organisations proposent des approches multidisciplinaires et ont souvent des financements hybrides et non-structurels. Ils essaient de comprendre et de répondre aux expériences complexes et diverses d'inégalité et de mauvaise santé en prenant en compte leur contexte structurel. Suivant le type de l'inégalité sociale visée on peut par exemple distinguer :

- les services qui s'adressent aux personnes en difficulté financière (en proposant du soutien matériel ou financier, des services gratuits, etc.) ;
- les services qui s'adressent aux personnes discriminées à cause de leur sexe (et visent à répondre aux problèmes qui se posent spécifiquement pour les femmes : violence, maltraitance, épuisement maternel, précarité menstruelle, etc.) et aux personnes discriminées sur base de leur orientation sexuelle ;
- les services qui s'adressent aux personnes racisées (défense des droits et lutte contre les discriminations, etc.).

Quand bien même des actions ciblées ont le mérite de s'adresser au public dont les besoins sont grands, la réussite de ces actions peut rencontrer de nombreux obstacles, notamment l'exclusion de certaines personnes qui en aurait besoin ou au contraire l'inclusion de personnes qui en réalité ne correspondent pas aux critères de sélection d'un programme (Francis-Oliviero, Cambon, Wittwer, Marmot, & Alla, 2020). En outre, « les services destinés aux pauvres deviennent souvent des "services pauvres" et sont facilement ghettoïsés, réduits ou complètement arrêtés parce qu'ils ne bénéficient pas du soutien de l'ensemble de la population » (Allen, Balfour, Bell, & Marmot, 2014, nous traduisons). C'est pourquoi il est préférable de s'appuyer sur les méthodologies basées sur le principe de **l'universalisme proportionné**, où les actions sont calibrées en fonction des besoins des personnes.

Il reste tout de même difficile d'identifier aujourd'hui, au sein du domaine de la prévention en santé mentale, des actions basées sur ce principe, même si le principe lui-même se retrouve dans les plans régionaux ou dans les notes d'intention des acteurs de terrain. Or l'avantage de la mise en œuvre des actions basées sur le principe de l'universalisme proportionné consiste également

dans la possibilité d’agir non seulement au niveau individuel en améliorant la santé des personnes ou en augmentant leurs chances d’avoir une meilleure santé mais aussi au niveau plus global en réduisant les risques pour les personnes de se trouver au sein des publics défavorisés. Néanmoins, en attendant, il est clair que les actions ciblées prouvent leur efficacité et doivent donc être soutenues davantage (Welsh, et al., 2015).

4.3. Frontières floues du secteur social-santé

La multitude de ces acteur·rices pourrait être inspirante – la prévention des maladies psychiques et la promotion de la santé mentale sont les missions de différents secteurs, animent l’activité de différents types d’organisations et mobilisent une quantité importante de travailleur·euses – mais en même temps, cela pose beaucoup de questions, notamment concernant la pérennité de ces efforts et les moyens effectifs qui se trouvent à disposition de différent·es acteur·rices. En outre, on pourrait s’interroger sur la cohérence, voire la compatibilité des différentes actions.

Il est également important de tenir compte du fait que cette multitude de portes d’accès est aussi la conséquence de la façon dont fonctionne la demande en santé, et notamment du fait que parfois elle reste non exprimée, et que parfois les besoins mêmes ne sont pas identifiés. C’est ainsi que, parfois, « des souffrances psychiatriques aboutissent dans les services sociaux ». C’est un des exemples où se brouille la frontière entre le social et la santé d’un point de vue institutionnel et où « pour répondre à cette souffrance, on voit se développer des pratiques cliniques dans les « interstices » sociaux : des psychologues font du « social » et des travailleur·euses sociaux font de « l’écoute » auprès de jeunes en difficulté, dans des cités, auprès de chômeur·euses de longue durée, auprès de sans-papiers, de SDF » (Jacques, 2004, p. 21).

Il faut reconnaître que ce phénomène est certes problématique, mais a aussi le mérite de nous inviter à mettre en lumière le caractère structurel des problèmes de santé mentale dans notre société. Pour Goethals, il ne faut pas sous-estimer ce deuxième aspect, car « le recours au psychologue dépolitise les politiques sociales : l’individualisation via l’écoute fournie par des consultations chez un psychologue ou un psychiatre gomme les inégalités structurelles de notre société » (Goethals, 2020).

5. Conclusion

Avoir une vision large de la santé implique aussi de ne pas restreindre le fait de prendre soin de la personne au système des soins de santé. Pour le domaine de la santé mentale, cela veut dire que la prévention ne peut pas être uniquement l’affaire des spécialistes ou de la première ligne médicale en général. La prévention se joue avant tout dans le secteur social – le secteur de la petite jeunesse, l’école, le sport, l’aide à la jeunesse, l’aide à la parentalité, le travail, etc.

Comment améliorer la prévention des maladies psychiques et promouvoir davantage la santé mentale ? Selon les données probantes et les expériences internationales, une politique de santé transversale (qui crée des synergies entre différents niveaux de pouvoir) et transdisciplinaire (qui met autour de la table les professionnel·les des différents secteurs ainsi que les patient·es et leurs aidant·es) est la clé pour aborder cette question. En outre, cette politique doit être guidée par le principe de l’universalisme proportionné : l’ampleur et l’intensité des actions doivent être proportionnelles au niveau de défaveur sociale du public cible. Car l’amélioration de la santé mentale de la population ne peut se faire qu’en réduisant les inégalités de santé, c’est-à-dire en apportant davantage de soutien et de ressources à ceux qui en ont plus besoin : les personnes pauvres, les personnes racisées et les femmes.

En Belgique, plusieurs pas ont été faits dans cette direction notamment avec la nouvelle méthodologie de travail sur le budget de soins de santé et la nouvelle convention sur les soins psychologiques qui prévoit de meilleurs remboursements des soins psychologiques de première ligne. Ce cadre doit toutefois être élargi pour que la santé mentale ne reste pas identifiée aux *soins* de santé mentale. Le contexte économique difficile actuel invite à repenser les moyens mis en œuvre pour lutter contre l’accroissement des inégalités socio-économiques, en premier lieu contre l’appauvrissement de la population. Des initiatives basées sur le principe « santé dans toutes les politiques » doivent trouver leur véritable place dans les secteurs tels que le logement, l’emploi, l’enseignement, l’environnement, etc. Entre-temps, un meilleur financement des initiatives régionales et communautaires s’impose comme une priorité afin de développer les actions auprès des publics les plus à risque d’avoir une mauvaise santé mentale et de maladies psychiques et, réduire ainsi les inégalités de santé.

Bibliographie

- Allen, J., Balfour, R., Bell, R., & Marmot, M. (2014). Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 392-407.
- Apostel, A., & O'Neill, D. (2022). A one-off wealth tax for Belgium: Revenu potential, distributional impact, and environmental effects. *Ecological Economics*, 196.
- Avalosse, H., Maron, L., Lona, M., Guillaume, J., Allaoui, E., & Di Zinno, T. (2019). *Inégalités sociales en santé*. Bruxelles: Agence inter-mutualiste.
- Baum, F., & Fisher, M. (2014). Why behavioural health promotion endures despite its failure to reduce health inequities. *Sociology of Health & Illness*, 36(2), 213-225.
- Bereni, L., Chauvin, S., Jaunait, A., & Revillard, A. (2020). *Introduction aux études sur le genre*. Bruxelles: De Boeck.
- Centre d'analyse stratégique. (2014). *La santé mentale, affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie*. Paris: La documentation française.
- Cès, S. (2021). L'accès aux soins de santé: définition et enjeux. *MC-Informations*, 286, 4-22.
- Compton, M. (2010). *Clinical Manual of Prevention in Mental Health*. Washington, London: American Psychiatric Publishing.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167.
- D'Arcy, C., & Meng, X. (2014). Prevention of common mental disorders: conceptual framework and effective interventions. *Current opinion in psychiatry*, 27(4), 294-301.
- Fossion, P., Servais, L., Rejas, M.-C., Ledoux, Y., Pelc, I., & Minner, P. (2004). Psychosis, migration and social environment: an age-and-gender. *European Psychiatry*(19), 338-343.
- Francis-Oliviero, F., Cambon, L., Wittwer, J., Marmot, M., & Alla, F. (2020). Theoretical and practical challenges of proportionate universalism: a review. *Pan American Journal of Public Health*, 44, e110.
- Fuchs, T. (2018). *Ecology of the Brain: The phenomenology and biology of the embodied mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Gavin, N., Gaynes, B., Lohr, K., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal Depression: A Systematic Review of Prevalence and Incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5), 1071-1083.
- Ghesquière, F. (2021). Écart salarial entre femmes et hommes, déconstruire les indicateurs. *Observatoire belge des inégalités*.
- Goethals, M. (2020). *Précarité économique et santé mentale*. Bruxelles: Centre Permanent pour la Citoyenneté et Participation.
- Gouvernement Wallon. (2017). *Plan Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie. Partie 2: Référentiel pour l'action*.
- Hairston, D., Gibbs, T., Wong, S., & Jordan, A. (2020). Clinician Bias in Diagnosis and Treatment. Dans M. Medlock, D. Shtasel, N.-H. Trinh, & D. Williams, *Racism and psychiatry* (pp. 105-137). Springer Nature.
- Heard, E., Fitzgerald, L., Wigginton, B., & Mutch, A. (2020). Applying intersectionality theory in health promotion research and practice. *Health Promotion International*, 35, 866-876.
- Howard, L., Molyneaux, E., Dennis, C.-L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*, 384, 1775-1788.
- Institut pour l'Égalité entre Femmes et Hommes. (2020). *Femmes et hommes en Belgique. Statistiques et indicateurs de genre. Troisième édition*.
- Jacques, P. (2004). Souffrance psychique et souffrance sociale. *Pensée plurielle*, 2(8), 21-29.
- Jamouille, M., & La Valle, R. (2019). Le concept de prévention quaternaire et la responsabilité sociétale des facultés de médecine. Dans C. Boelen, M. Cauli, & J. Ladner, *Dictionnaire francophone de responsabilité sociale en santé*. Rouen Le Havre: Presses Universitaires Rouen Le Havre.
- Kergoat, D. (2009). Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux. Dans E. Dorlin, *Sexe, race, classe, pour une épistémologie de la domination*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Mahieu, S., Cès, S., & Lambert, L. (2022). Budget 2022 : une nouvelle méthodologie pour le budget des soins de santé en Belgique. *Santé & Société*, 2, 6-17.
- Marmot, M. (2015). *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World*. London: Bloomsbury.
- Marmot, M., Goldblatt, P., Allen, J., & et al. (2010). *Fair Society, Healthy Lives*. The Marmot Review.
- Organisation mondiale de la Santé. (1948). *Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé*.
- Organisation mondiale de la Santé. (1986). *Promotion de la santé. Charte d'Ottawa*.
- Organisation mondiale de la Santé. (2004). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Genève.
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). *La santé mentale: renforcer notre action : aide-mémoire n°220*.
- Organisation mondiale de la Santé. (2021). La santé mentale devrait être un droit humain pour tous. Consulté le mars 2021, sur <https://www.euro.who.int/fr/media-centre/sections/press-releases/2021/mental-health-should-be-a-human-right-for-all>
- Organisation mondiale de la Santé. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.

- Pachoud, B. (2012). Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. *L'information psychiatrique*, 88(4), 257-266.
- Parlement Flamand. (2021). *Remarques sur la politique et le budget: Bien-être, santé publique, Famille et réduction de la pauvreté. Budget 2022*.
- Perrotin, D., & Pascariello, P. (2022, 05 31). « Putain, parlez dans le téléphone ! » : le Samu mis en cause après le décès d'une Martiniquaise. *Mediapart*.
- Sholokhova, S. (2021). Vision, structure et financement de la prévention et promotion de la santé en Belgique. *MC-Informations*, 283, 42-57.
- Sholokhova, S., Noirhomme, C., Morissens, A., & Verniest, R. (2021). L'impact de la pandémie de COVID-19 sur le recours des enfants et adolescents aux soins de santé mentale. *MC-Informations*, 286, 23-45.
- Shonkoff, J., Boyce, W., & McEwen, B. (2009). Neuroscience, Molecular Biology, and the Childhood Roots of Health Disparities. *JAMA*, 301(21), 2252-2259.
- Smedley, B., Stith, A., & Nelson A. R. (2003). *Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington (DC): National Academies Press.
- UCLouvain, & MC. (2019). *Parents à la dérive : Des solutions pour sortir du Burnout parental*. Dossier de Presse. Récupéré sur https://www.mc.be/media/dossier-presse-BOP_tcm49-56326.pdf
- Van Aerden, K., Gadeyne, S., & Vanroelen, C. (2017). Is any job better than no job at all? Studying the relations between employment types, unemployment and subjective health in Belgium. *Archives of Public Health*, 75.
- Van Roy, K., De Maesschalck, S., Vyncke, V., Piccardi, C., & Willems, S. (2018). *Diversiteit in gezondheid en gezondheidszorggebruik: analyse van de data uit de Belgische gezondheidsenquête*. Gent: Universiteit Gent.
- Vancorenland, S., Noirhomme, C., Henry, H., Avalosse, H., Van der Elst, K., & Lambert, L. (2021). Trajets de l'incapacité de travail : l'expérience des personnes avant, pendant et après leur incapacité. *MC-Informations*, 284, 4-55.
- Vandiver, V. (2008). *Integrating Health Promotion and Mental Health: An Introduction to Policies, Principles, and Practices*. Oxford: Oxford University Press.
- Welsh, J., Strazdins, L., Ford, L., Friel, S., O'Rourke, K., Carbone, S., & Carlon, L. (2015). Promoting equity in the mental wellbeing of children and young people: a scoping review. *Health Promotion International*, 30(S2), ii36-ii76.
- Willaert, A., & Moriau, J. (2018). *Rapport intersectoriel 2018: Evolution des problématiques sociales et de santé 2013-2018: Analyse et recommandations*. Bruxelles: Conseil Bruxellois de Coordination Sociopolitique.
- Williams, D. (1999). Race, socioeconomic status, and health. The added effects of racism and discrimination. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 173-188.
- Williams, D. (2018). Stress and the Mental Health of Populations of Color: Advancing Our Understanding of Race-related Stressors. *Journal of health and social behavior*, 59(4), 466-485.
- Williams, D., & Mohammed, S. (2009). Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 20-47.

