MC-Informations
Analyses et points de vue

Périodique trimestriel de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes

280

juin 2020

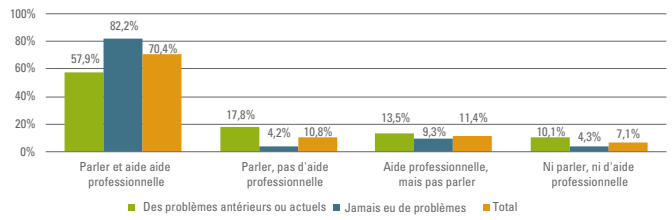
Enquête de santé

La MC défende que les mutualités ont un rôle multifactoriel dans l'accompagnement et le soutien de chacun pour vivre en bonne santé. La santé est un travail permanent et non un état qu'on a puis qu'on perd.

Littératie en santé

La littératie en santé est un puissant médiateur entre les déterminants de la santé et les résultats de santé. En effet, elle joue un rôle crucial dans la distribution inéquitable des opportunités en matière de santé.

Figure 4 : Parler et/ou aide professionnelle pour les problèmes psychologiques



Santé mentale

Aussi les membres de la MC doivent surmonter divers obstacles pour faire le pas vers une aide formelle ou informelle. Cela peut entraîner une nouvelle détérioration non seulement de la santé mentale, mais aussi de la qualité de vie.

Soins personnes âgées

L'étude de la MC montre que la consommation des antipsychotiques et antidépresseurs reste élevée en maison de repos.

Tableau 1 : % de membres MC en maison de repos ayant consommé des antidépresseurs et antipsychotiques (30 DDD) – Données MC 2018

	Antidépresseurs	Antipsychotiques	N
	%	%	
Type de MR			
MRS	41,28%	21,59%	45.713
MRPA	35,72%	14,64%	38.553
Total	38,74%	18,41%	84.266

Santé mentale

Bien que les membres de la MC ne semblent en général pas avoir une attitude négative prononcée envers les personnes en situation de vulnérabilité mentale et d'assistance psychologique, certains résultats indiquent qu'ils ont toutefois certains préjugés et que, dans certaines situations, ils souhaiteraient eux aussi prendre plus de distance. Nous observons donc aussi des traces de stigmatisation chez les membres de la MC.

MUTUALITE CHRETIENNE

La **solidarité**, c'est bon pour la santé.

Edito

On sait maintenant que le recours aux soins de santé ne représente que 20% des facteurs influençant une vie en bonne santé. Ce constat nous impose un changement permanent de représentations de ce qu'est la santé pour nous. Dans ce numéro, nous vous proposons d'explorer en quoi notre manière de comprendre la santé impacte notre capacité à vivre une vie qui corresponde à nos aspirations.

A cet égard, l'étude de la santé des Belges de Sciensano est une mine d'informations. L'étude se consacre notamment aux différents déterminants de la santé. Ses constats ne vont pas uniquement dans le sens d'une augmentation au sein de la population belge des facteurs de risques pour le développement de maladies chroniques ou de comorbidité (sédentarité, diabète, obésité), mais portent également sur les écarts entre la manière dont nous percevons notre état de santé et la réalité. Or, une représentation erronée peut augmenter un risque face auquel une réaction plus rapide peut avoir des effets vertueux sur le long terme. Dans notre article, nous n'avons pas voulu faire une recension de l'étude, mais bien l'analyser à partir de notre vision de mutualité santé. Nous défendons que les mutualités ont un rôle multifactoriel dans l'accompagnement et le soutien de chacun pour vivre en bonne santé. Notre constat est que la santé est un travail permanent et non un état qu'on a puis qu'on perd. C'est une condition pour vivre sa vie selon ses désirs, besoins et valeurs, pas un but en soi. Notre approche doit donc consister en un plan d'action à différents niveaux : combiner le développement d'actions, de connaissances, d'outils à destination des individus, mais aussi la construction collective de revendications politiques visant une meilleure régulation qui permette à chacun.e de s'épanouir et de se réaliser.

Si une représentation erronée de son propre état peut conduire à un comportement inadéquat, il en va de même pour la représentation collective qu'on se fait de certains problèmes de santé. La santé mentale pâtit, encore de nos jours, d'une grande ignorance et d'un grand manichéisme (normal/anormal) dans l'imaginaire collectif. Ces stéréotypes et tabous s'observent tant dans la représentation de sa propre santé mentale que dans la norme que nous projetons chez les autres. Dans ce domaine, la nuance est essentielle. Nous analysons cette thématique dans deux articles : le premier concerne la vision que nous nous faisons de nos besoins en termes d'accompagnement et de soin pour notre santé mentale et le second concerne les stéréotypes que nous pouvons avoir sur la maladie mentale. Dans les cas des troubles de santé mentale, une mauvaise évaluation de notre état conduit souvent à une réaction insuffisante ou inadéquate et à un aggravement du problème ayant des conséquences dans tous les domaines de la vie (troubles du sommeil, isolement, incapacité à travailler, développement de problèmes physiques). Afin de lever les obstacles qui empêchent les personnes de se tourner vers une aide adéquate, il faut s'atteler à déconstruire les préjugés sur la santé mentale, mais également renforcer l'accès aux soins pour toutes les catégories de population. En effet, notre article montre également une forte disparité dans l'accès aux soins psychologiques en fonction du niveau de vulnérabilité de la population. Les soins de santé mentale sont encore fortement perçus comme non essentiels ou non prioritaires dans une politique de santé publique.

Notre deuxième article sur ce thème s'intéresse au revers de ce constat : comment nous percevons la maladie mentale chez les autres. Là encore, une représentation inadéquate provoque une stigmatisation, une exclusion et un renforcement du problème initial. Nous avons confronté nos membres à des 'vignettes' représentant des symptômes de différentes formes de troubles psychologiques (dépression et psychose) et les avons interrogés sur la manière dont ils percevaient les personnes qui en souffraient. Les résultats montrent qu'il existe encore aujourd'hui une grande méfiance à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux, fortement influencée par une méconnaissance de ces derniers. Ces représentations collectives ont une réelle incidence sur l'accès aux soins de santé mentale, mais également sur l'intégration des personnes dans la vie sociale. En effet, une stigmatisation a un double effet délétère d'internalisation (on résiste à demander de l'aide) et d'externalisation (le non-recours au soin provoque une vision tronquée du besoin réel de la population et une offre insuffisante).

La santé mentale et sa gestion sont également au cœur de notre article sur l'analyse de la consommation d'antipsychotiques et d'antidépresseurs en maison de repos. Notre étude, qui actualise des chiffres que nous avions déjà analysés en 2018, montre que la consommation de ces deux classes de médicament reste élevée en maison de repos. Lorsque nous comparons les résultats avec une population identique qui bénéfice de soins à domicile, nous observons que la consommation est plus élevée chez les résidents des maisons de repos. De même, la consommation augmente après l'institutionnalisation. Cette analyse montre également de fortes disparités entre les différentes maisons de repos. Ces résultats portent à croire que le taux de consommation de ces traitements médicamenteux est inadéquat en maison de repos (et de soins). Ici encore, nous plaidons pour une gestion beaucoup plus holistique de la santé mentale à la fin de la vie en généralisant notamment les normes en termes de qualité des soins, en développant la prévention, mais également l'implication des familles dans la prise en charge des patients.

Enfin notre dernier article fait le point sur les recherches sur la littératie en santé. Notre article se veut autant informatif que critique : la littératie en santé, si elle permet l'auto-apprentissage des individus à agir de manière adéquate pour leur santé, est un outil puissant pour agir sur les déterminants de santé, mais également sur les inégalités de santé. Or, son efficacité dépend tant de la qualité du contenu de connaissance à vulgariser que de la méthode par laquelle ce contenu est transmis ou co-construit avec le bénéficiaire. C'est une évidence, mais une politique de santé préventive efficace est une politique qui est suivie par chaque individu. La crise sanitaire sans précédent que nous vivons en est un rappel permanent : l'efficacité d'une politique de santé préventive est plus grandement corrélée à l'adhésion des individus à cette dernière qu'à la prise de la bonne décision. Cette dimension participative est la condition de réussite de « la santé dans toutes les politiques ». Notre approche en littératie en santé ne peut donc se limiter à une méthode purement universaliste et verticale. Comme mutualité santé, nous ne voulons pas être un opérateur détaché qui conseille sans connaître les réalités vécues par les populations que nous accompagnons, nous voulons des solutions particulières qui répondent réellement aux besoins et aux aspirations des individus et des groupes, même les plus vulnérables. Notre recommandation est qu'il faut abandonner une conception idéalisée de la santé valable pour tous et plutôt mettre l'individu et la collectivité au centre du processus de décision pour sa santé. L'enjeu de la littératie en santé est bien d'augmenter, chez l'individu et plus largement au sein de la société, la capacité à porter des choix autonomes pour sa santé et de décider ensemble de construire une société où la santé est accessible à tous, un vecteur d'égalité et de réalisation.

Elise Derroitte
Directrice Service d'études

Enquête de santé 2018 – Jeter un pont entre les chiffres et la pratique : nous y mettrons-nous ensemble ?

Kristien Van der Elst, Sigrid Vancorenland, Astrid Luypaert (Service d'études)

Synthèse

En 2018, 11.611 habitants de Belgique ont été interrogés sur leur santé à l'occasion de l'enquête nationale de santé. Trois quarts d'entre eux (77%) estimaient être en bonne santé. C'est une donnée stable depuis la première enquête de santé en 1997. Les personnes plus âgées et celles moins scolarisées ont signalé un moins bon état de santé. La proportion des personnes souffrant d'affections chroniques (29%) et de pathologies multiples (15%) est par contre en hausse. La qualité de la vie liée à la santé se détériore également. Environ 60% des personnes de plus de 65 ans risquent de se retrouver dans une situation de fragilité ou sont fragiles et donc moins capables de faire face aux problèmes auxquels elles sont confrontées. La prévention est importante pour ces groupes à risque afin de lutter contre l'apparition de futures affections chroniques ou pathologies multiples.

Une nouveauté de 2018 est l'enquête nationale de santé par examen, au cours de laquelle la santé de 1.184 personnes a été mesurée objectivement. La comparaison de ces mesures objectives avec les informations transmises par les personnes interrogées montre qu'une personne sur cinq ayant une tension trop élevée et une sur deux ayant un taux de cholestérol excessif n'en sont pas conscientes. Ce sont pourtant d'importants facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et du diabète.

En ce qui concerne le mode de vie, un facteur déterminant de la santé, l'évolution n'est pas positive. Le problème de surpoids augmente et touche déjà la moitié de la population belge. Du fait de notre mode de vie, nous bougeons trop peu et restons trop assis. Bien que le nombre de fumeurs continue à diminuer, la consommation problématique d'alcool et de drogue est en hausse.

Les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et du diabète sont bien dépistés. Concernant les autres programmes de dépistage, des améliorations sont encore possibles, en particulier pour les personnes moins scolarisées. Un Belge sur trois a trop peu de compétences en matière de santé et n'est donc pas en mesure de chercher, comprendre, juger et appliquer des informations relatives à la santé. Ce sont justement les groupes qui en ont le plus besoin – les personnes âgées, celles qui sont le moins scolarisées et celles en mauvaise santé – qui ont les moins bonnes compétences en matière de santé.

L'enquête de santé 2018 a une fois de plus apporté son lot d'informations précieuses sur la santé des Belges. En tant que mutualité santé, c'est à nous à présent de nous mettre au travail. Les défis sont divers. Il s'agit aussi bien de proposer des informations fiables que d'infléchir de manière collective et individuelle les modes de vie qui nuisent à la santé. Stimuler la conscience du risque représenté par certains facteurs, comme une tension ou un taux de cholestérol élevés. Accompagner les gens pour qu'ils accèdent à une meilleure qualité de vie. En outre, inscrire la santé dans un cadre plus large et appliquer le principe de « la santé dans toutes les politiques ». Car l'amélioration de la santé passe également par un revenu digne, un logement décent, … Enfin, il ne faut pas perdre de vue que tout le monde n'a pas les mêmes besoins et qu'outre une approche collective, une approche individuelle s'impose.

Mots-clés : Enquête de santé, enquête nationale de santé par examen, mutualité santé, affections chroniques, fragilité, mode de vie, dépistage, compétences en santé, qualité de vie

1. L'enquête de santé : objectif, méthodologie et lien avec la mutualité santé

En 2018, une enquête de santé a été organisée pour la 6e fois. Les éditions précédentes datent de 1997, 2001, 2004, 2008 et 2013. Les commanditaires de cette enquête nationale sont les ministres de la Santé publique des niveaux fédéral, régionaux et communautaires. Sciensano, l'ancien Institut scientifique de Santé publique, fut à nouveau chargé de son organisation et Statbel a exécuté le travail de terrain. Au total, entre le 8 janvier et le 31 décembre 2018, 11.611 personnes ont été interrogées chez elles : 4.296 en Région flamande, 3.099 dans la Région de Bruxelles-Capitale, 3.288 en Région wallonne et 928 personnes de la Communauté germanophone.

Ce qui est nouveau dans cette dernière édition, c'est l'organisation d'une enquête nationale de santé par examen en 2018 et 2019 auprès de 1.184 personnes qui ont participé à l'enquête de santé de 2018. Des mesures objectives de problèmes de santé ont ainsi été collectées : mesure de la tension, détermination du poids, taille et tour de taille ainsi que du taux de cholestérol et de sucre dans le sang (figure 1). Grâce à la combinaison des informations fournies par les personnes interrogées et des mesures objectives, on a pu pour la première fois examiner dans quelle mesure la population est consciente des problèmes de santé qu'elle présente.

Cette enquête nationale à grande échelle a fourni un large éventail d'informations relatives à la santé issues du point de vue même des personnes interrogées. Nous avons également obtenu de précieuses informations sur l'utilisation et l'accessibilité des soins de santé ainsi que sur l'inégalité socio-économique en matière de santé. Ce sont en d'autres termes des données fécondes et nécessaires pour pouvoir mettre sur pied une politique d'amélioration des soins de santé publique basée sur les besoins réels de la population.

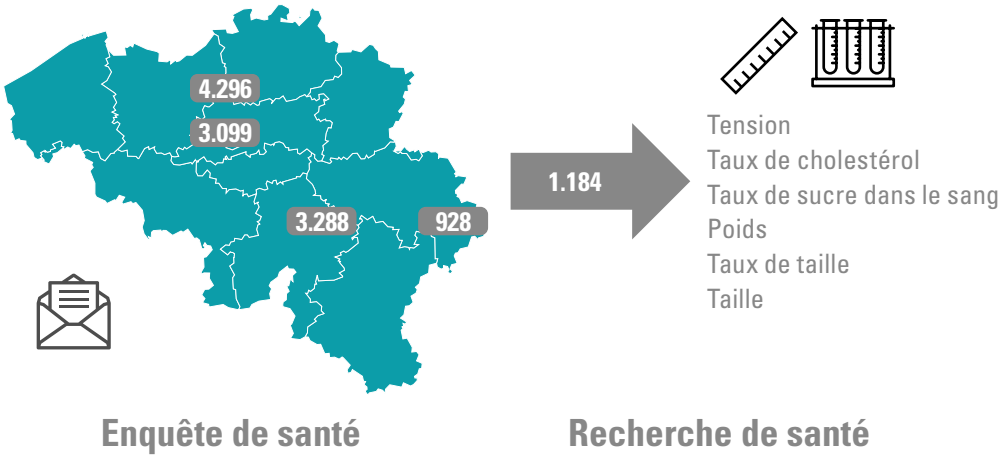
Les rapports issus de l'enquête de santé 2018 sont accessibles en ligne[1].
Nous abordons dans cet article les sujets suivants :

- Santé et qualité de vie
- Mode de vie
- Connaissances relatives à la santé et prévention
- Santé mentale
- Enquête de santé par examen

Trois rapports étaient toujours en cours d'élaboration lors de la rédaction de cet article et ne sont donc pas discutés ici : utilisation des services de santé, santé et société, santé buccale.

Pour la mutualité santé qu'est la MC, cette enquête représente une source importante d'informations. Elle nous indique quelles actions entreprendre, en tant que partenaire fiable en matière de santé, pour nos membres et non-membres.

Figure 1 : 11.611 Belges ont participé à l'enquête de santé. En 2018, les données fournies par 1.184 de ses participants ont été associées aux paramètres objectifs de santé mesurés lors de la première enquête nationale de santé par examen.



1. https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Accueil.aspx

Nous allons d'abord nous concentrer sur quelques données frappantes de l'enquête de santé 2018. Nous traduirons ensuite ces chiffres dans la perspective de la MC-mutualité santé.

En tant que mutualité santé, la Mutualité chrétienne travaille dans une perspective large de la santé, et fournit à ses membres des ressources et des services pour les aider à mener une vie de la meilleure qualité possible.

La MC reste une mutualité qui, dans le cadre de l'exécution de l'assurance maladie, intervient financièrement et offre un service chaleureux et de qualité au cas où ses membres tomberaient malades et nécessiteraient des soins. Seulement, nous voulons également veiller à ce qu'ils ne tombent pas malades en leur donnant des outils et des points de référence pour favoriser leur santé et leur bien-être et en les y aidant, ainsi qu'en influençant l'environnement social pour que l'alternative saine soit la meilleur marché et la plus facile.

Nous voulons réaliser cette ambition de manière :

- proactive : avant même que les gens ne sachent qu'ils peuvent avoir un problème, leur donner la possibilité de le résoudre. Les délester de leurs soucis.
- préventive : investir dans des activités offrant aux gens une qualité vie et leur permettant de rester plus longtemps en bonne santé.
- coopérative : laisser les gens agir et décider autant que possible eux-mêmes, ne pas les déposséder d'actions et de choix si ce n'est pas nécessaire. Aller avec eux à la recherche de la meilleure solution pour leurs problèmes et des personnes qui peuvent les aider à les régler.

Enfin, par définition, la santé est un problème collectif. Un individu ne peut fonctionner sainement que dans un environnement favorisant une santé optimale (physique, sociale, économique et politique). Concrètement : on peut soi-même fournir de nombreux efforts pour manger sainement et bouger suffisamment. Mais si de l'autre côté de la rue une usine rejette de l'air pollué, en tant qu'individu, on ne peut pas y changer grand-chose. C'est pourquoi nous voulons, en tant que mutualité santé, peser à tous les niveaux. Et faire ainsi des soins de santé l'affaire de tous.

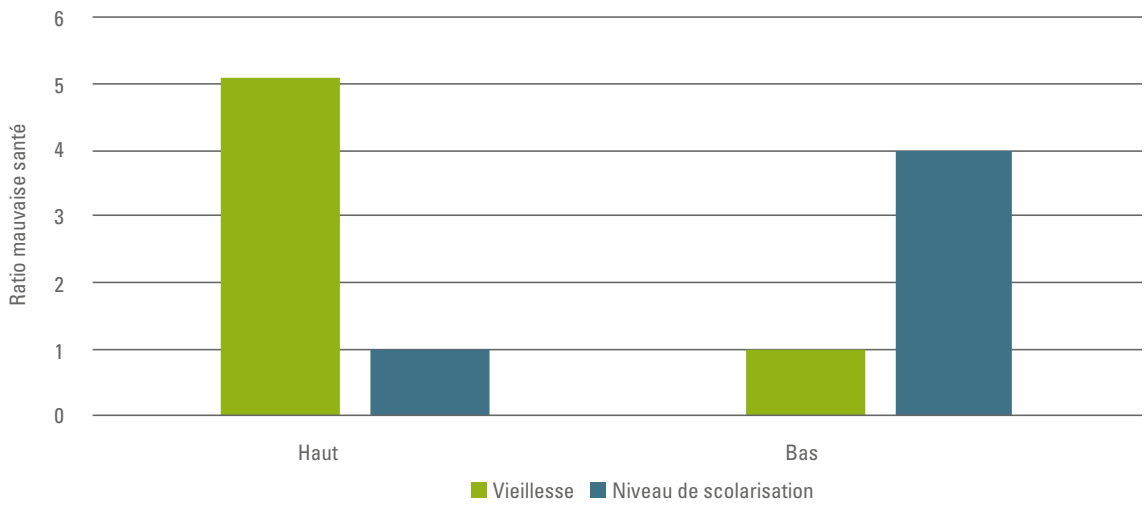
2. Résultats

2.1. Santé et qualité de vie

Comment les Belges jugent-ils leur santé ?

« Quel est votre état de santé en général ? » À cette simple question, 77% de la population répondait en 2018 qu'elle était bonne à très bonne. Il est frappant de voir que les Belges considèrent leur santé de la même manière depuis la première enquête de santé de 1997, malgré l'augmentation du nombre de personnes présentant une ou plusieurs affections chroniques et la part plus grande des personnes âgées. Sans surprise cependant, plus les personnes sont âgées, plus elles témoignent d'une mauvaise santé : 41,7% dans la catégorie des personnes les plus âgées (+ de 75 ans) et 8,2% dans la catégorie des plus jeunes (15-24 ans). Ce n'est pas seulement l'âge qui détermine la façon dont on ressent sa santé, mais aussi son niveau de

Figure 2 : Mauvaise santé
Vieillesse et niveau de scolarisation sont déterminants dans la déclaration de mauvaise santé
(âge élevé = + de 75 ans, jeune âge = 15-24 ans)



scolarisation. S'il est bas, les plaintes de mauvaise santé sont jusqu'à quatre fois plus élevées que lorsqu'on bénéficie d'une scolarisation plus élevée (figure 2).

Quelles affections chroniques sont-elles les plus citées ?

L'enquête nationale de santé a également sondé la prévalence de 38 maladies et affections chroniques. En 2018, 29,3% des personnes interrogées déclaraient souffrir d'une maladie chronique, ce qui diffère peu des résultats de 2013 (28,6%). Toutefois, il s'agit ici du plus haut pourcentage depuis la première enquête en 2001 (25,1%). Le nombre de Belges souffrant de pathologies multiples[2] augmente également systématiquement lors de chaque enquête ; on observe en 2018 presque le double du premier pourcentage enregistré en 1997. Les habitants de la Région de Bruxelles-Capitale rapportent dans une moindre mesure être affectés d'affections chroniques et de pathologies multiples que ceux de Flandre et de Wallonie.

De plus en plus de personnes disent souffrir d'affections chroniques fréquentes. Ainsi, un quart de la population belge (23,2% des hommes, 26,4% des femmes) déclare avoir des problèmes au bas du dos (figure 3). Chez les hommes, ces problèmes figurent en tête des affections chroniques qu'ils signalent. On trouve en deuxième position un taux de cholestérol trop élevé (18,9%) et en troisième une tension élevée (17,2%). Le pourcentage d'hommes présentant ces facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires augmente au fil du temps ; parmi eux, ceux de 40 à 64 ans, forment un important groupe à risque.

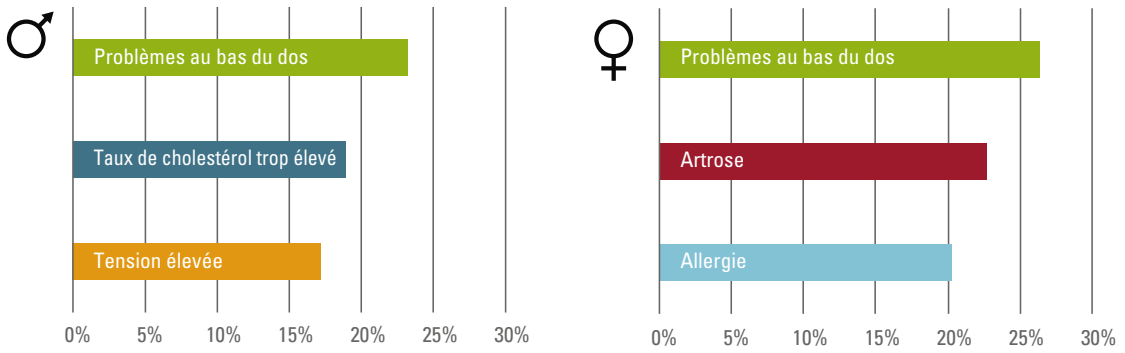
Chez les femmes, les affections chroniques les plus fréquentes sont l'arthrose (22,7%) et les allergies (20,3%). Mais une tension excessive est également un important problème de santé chez les femmes, elle arrive en troisième position avec 17,9% des femmes en souffrant.

Bien que les trois affections les plus fréquemment rapportées diffèrent chez les hommes et les femmes, tous âges confondus, chez les personnes de plus de 65 ans, elles sont les mêmes, quel que soit leur sexe : taux de cholestérol excessif, tension trop élevée et arthrose.

Le pourcentage de personnes ayant du diabète a plus que doublé depuis la première enquête de santé en 1997 (2,7% en 1997 contre 5,9% en 2018). On mesure une hausse significative du nombre de personnes souffrant d'asthme et d'allergies (+ 4,3% et + 4,7% respectivement) par rapport aux résultats de 2013.

Enfin, le nombre de personnes ayant été confrontées à une dépression[3] a légèrement augmenté en 10 ans (6% des Belges en 2008, 7,4% en 2018). Le groupe à risque est constitué des personnes entre 45 et 64 ans (prévalence la plus élevée avec 9,2%) et des moins scolarisées (elle est deux fois plus fréquente que chez le groupe des personnes les plus scolarisées). Un dernier résultat remarquable est le pic sans précédent de fatigue prolongée[4] (8,2%). Ce sont surtout les femmes entre 45 et 54 ans qui rapportent ce problème de santé.

Figure 3 : Trio des affections chroniques les plus rapportées par les hommes (à gauche) et les femmes (à droite)



2. La pathologie multiple est définie par la présence d'au moins deux des six affections chroniques suivantes : maladie cardiaque, maladie pulmonaire chronique, diabète, cancer, arthrite et/ou arthrose et hypertension.
3. Dépression : concerne plus précisément une morosité grave ou dépression pendant une période d›au moins deux semaines au cours de l›année écoulée.
4. Fatigue prolongée : fatigue persistant pendant une période d'au moins trois mois.

Comment la santé détermine-t-elle la qualité de vie liée à la santé ?

L'enquête de santé a cartographié la qualité de vie liée à la santé[5]. Cette expression est utilisée pour les recherches sur la qualité de vie qui se limitent aux effets de l'état de santé. On ne tient donc pas compte de tous les aspects de la qualité de la vie, on se concentre sur ceux qui peuvent être affectés par la maladie ou son traitement. Cela permet de prendre en compte, outre la présence ou non de maladies, leurs conséquences sur la qualité de la vie. La qualité de vie liée à la santé est évaluée en fonction de cinq dimensions : la mobilité, l'autonomie personnelle, les activités courantes, les douleurs/gêne et l'anxiété/dépression. On établit pour l'évaluer un score s'échelonnant entre 0 et 1 (1 étant le score le plus élevé).

La qualité de vie liée à la santé a baissé significativement entre 2013 (0,81) et 2018 (0,79). Les problèmes les plus fréquemment rapportés sont ceux concernant la douleur/gêne (56,2%) et l'anxiété/dépression (31,5%). Ils sont nettement en hausse par rapport à 2013 où la douleur ou la gêne étaient rapportées chez 50,1% des personnes et l'anxiété ou la dépression chez 26,5%.

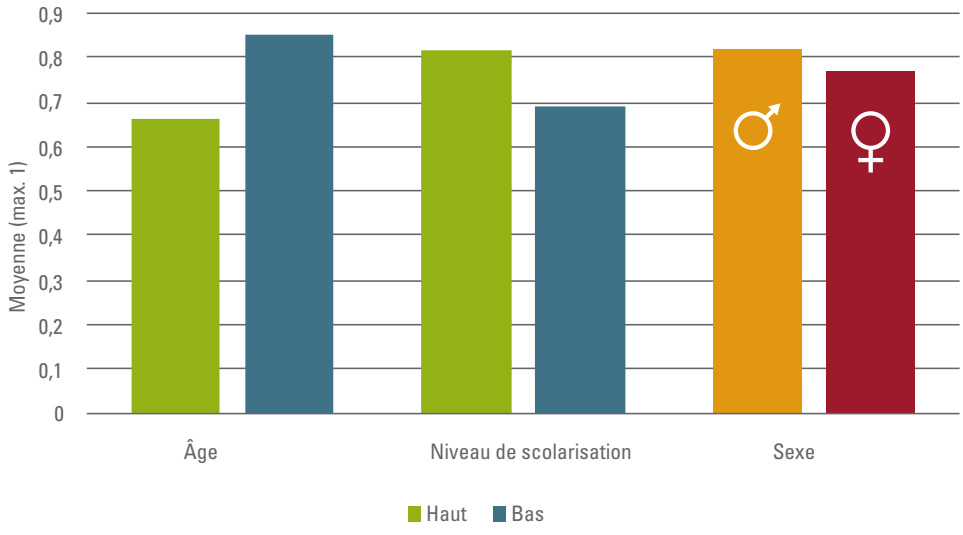
L'évaluation de la qualité de vie chez les femmes est inférieure à celle chez les hommes (0,77 vs 0,82). Les femmes vivent, pour toutes les dimensions examinées, significativement plus de difficultés que les hommes, sauf en ce qui concerne l'autonomie personnelle.

La qualité de vie diminue avec l'âge (0,85 pour les 15-24 ans et 0,66 pour les plus de 75 ans). Pour toutes les dimensions, la proportion des problèmes signalés augmente avec l'âge, bien qu'il y ait des différences selon les dimensions.

- Les problèmes de mobilité sont multipliés par cinq avec l'âge (de 9,1% chez les 15-24 ans à 53,1% chez les plus de 75 ans).
- Globalement, les problèmes d'autonomie personnelle augmentent à partir de 75 ans.
- Les problèmes d'exécution des activités courantes augmentent chez les femmes à partir de 35 ans. Chez les hommes, ces difficultés prennent de l'ampleur à partir de 75 ans.
- Plus les personnes sont âgées, plus elles rapportent douleur ou gêne (74,1% des plus de 75 ans). Cependant, plus d'1 jeune sur 3 (37,7% des 15-24 ans) mentionne aussi douleur ou gêne.
- La dépression ou l'anxiété augmentent significativement chez les femmes d'âge moyen. On observe par contre une baisse significative de la dépression ou de l'anxiété chez les hommes à partir de l'âge de la pension.

Pour finir, la qualité de vie augmente lorsqu'on a un niveau de scolarisation élevé : score de 0,69 pour les personnes les moins scolarisées et de 0,82 pour celles diplômées de l'enseignement supérieur. Pour toutes les dimensions, on constate un plus grand nombre de problèmes nuisant à la qualité de vie chez les personnes moins scolarisées (figure 4).

Figure 4 : Qualité de vie
les personnes de plus de 75 ans, celles avec un niveau de scolarisation faible et les femmes déclarent une qualité de vie liée à la santé significativement inférieure
(âge élevé : + de 75 ans – jeune âge : 15-24 ans)



5. L'enquête de santé 2018 a utilisé une échelle de qualité de vie standardisée. Il s'agit d'un questionnaire simple et rapide qui permet d'évaluer la qualité de vie en fonction de cinq dimensions : mobilité, autonomie personnelle, activités courantes, douleur/gêne et anxiété/dépression. Pour chacune des cinq dimensions, des questions permettent de calculer un score qui fournit une mesure de la qualité de vie liée à la santé. Un score élevé correspond à un haut niveau de qualité de vie. Le score maximum est 1.

Comment se portent les personnes âgées en 2018 ?

Les gens vivent de plus en plus vieux et la proportion des personnes âgées dans l'ensemble de la population belge ne fera qu'augmenter ces prochaines années. L'enquête 2018 a collecté pour la première fois des informations sur la fragilité des plus de 65 ans[6]. C'est important car la fragilité est un moyen fiable pour prédire l'apparition de problèmes de santé graves. Dans l'enquête de santé, la fragilité est définie comme « un manque de réserve physiologique qui empêche les personnes âgées de faire face aux problèmes auxquels elles sont confrontées ». Plus 1 personne de plus de 65 ans sur 3 (37,3%) court un grand risque de fragilité liée à l'âge (« pré-fragilité »), et 1 sur 5 (22,8%) s'avère être fragile[7]. La fragilité peut être considérée comme le stade précurseur de problèmes de santé graves, mais elle est toutefois réversible. La prévention et la détection précoce de la fragilité peuvent contribuer à réduire des problèmes majeurs associés au vieillissement, tels que les maladies chroniques, les pathologies multiples, la polypharmacie et la pression sur les soins de santé. La fragilité est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, elle augmente avec l'âge et est plus importante chez les personnes moins scolarisées. Chez les personnes âgées, elle est significativement plus fréquente en Région bruxelloise (28,1%) qu'en Région flamande (21,5%).

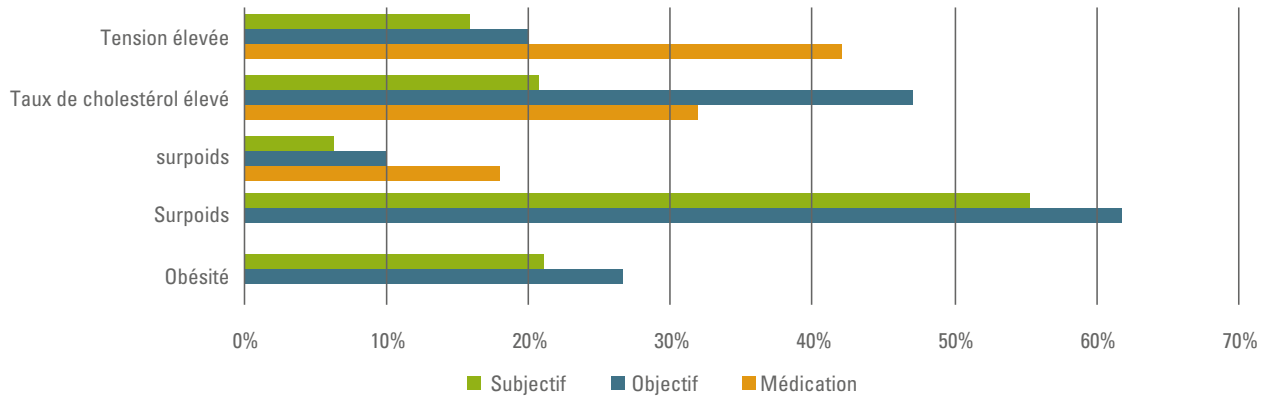
En outre, 1 personne sur 3 de plus de 65 ans se déclare limitée dans les activités courantes et 1 sur 4 est limitée quant à ses activités ménagères en raison de sa santé. Bien qu'1 sur 5 soit demandeuse d'aide pour l'accomplissement de ces activités, celle-ci n'est actuellement pas proposée. Néanmoins, le nombre de personnes âgées présentant des limitations dans l'exercice de leurs activités diminue, ce qui plaide en faveur de la poursuite du développement des soins professionnels et informels ainsi que de l'autogestion de ce groupe cible.

Par ailleurs, le groupe des personnes de plus de 65 ans reste un groupe à risque. Les maladies ou affections chroniques augmentent avec l'âge, les pathologies multiples sont également en forte hausse avec le vieillissement (37,9% des plus de 65 ans en souffrent). 8,2% des plus de 75 ans rapportent une dépression.

2.2. L'enquête de santé par examen

Étant donné que les déclarations de la population constituent une mesure subjective de la santé, une autre enquête relative à la santé des citoyens, par examen, a été associée à l'enquête de santé de 2018, et a permis de collecter quelques mesures objectives. Cette enquête par examen a été réalisée auprès de 1.184 personnes ayant participé à l'enquête de santé. Des paramètres tels que la tension, le poids, la taille, le tour de taille, le taux de cholestérol et de sucre dans le sang ont été mesurés selon les directives européennes. Lorsque les mesures objectives sont comparées aux informations rapportées par ce groupe de personnes dans l'enquête de santé, on remarque plusieurs différences frappantes (figure 5).

Figure 5 : Les Belges ne sont pas toujours conscients de leurs problèmes de santé et la médication est souvent insuffisante pour garder sous contrôle les paramètres objectifs.
Subjectif = déclarations des personnes interrogées dans l'enquête de santé. Objectif = sur la base de l'enquête de santé par examen. Médication = % des Belges qui, malgré la prise de médicaments pour leur problème de santé, n'obtiennent pas des valeurs sanguines contrôlées.



6. L'enquête 2018 a intégré pour la première fois un instrument pour mesurer la fragilité des personnes âgées. Cinq dimensions ont été évaluées : manque d'énergie, perte d'appétit, faible force musculaire, vitesse de marche lente et faible activité physique. Sur la base des informations concernant ces cinq dimensions, il est possible de déterminer le niveau de fragilité d'une personne.
7. Elle sera considérée comme fragile en présence d'au moins trois des cinq critères. Le stade intermédiaire de pré-fragilité correspond à la présence d'un ou deux critères et signifie un risque accru de fragilité.

- **Tension trop élevée**[8] : 15,9% des personnes interrogées déclarent avoir une tension élevée. Ce pourcentage est inférieur à celui des personnes ayant effectivement une tension élevée (20%). Cela signifie donc que de nombreuses personnes ne sont pas conscientes qu'elles ont une tension élevée.
  Si on y ajoute les personnes ayant une tension normale mais qui prennent des médicaments pour leur tension (tension potentiellement trop élevée), on obtient alors un tiers (32,8%) de personnes ayant une tension élevée ou potentiellement élevée. Dans leur cas aussi, leur conscience du problème est assez faible, car seules 44,9% d'entre elles rapportent une tension élevée.
  58% seulement des personnes qui prennent des médicaments pour une tension trop élevée ont des valeurs tensionnelles normales.

- **Un taux de cholestérol trop élevé**[9] : une personne sur cinq déclare avoir un taux de cholestérol trop élevé (20,8%). Près de la moitié des personnes (47%) dont le taux de cholestérol a été mesuré a un taux trop élevé. À nouveau, de nombreuses personnes ne sont pas conscientes d'avoir un taux de cholestérol trop élevé.
  Si on y ajoute celles ayant un taux de cholestérol normal parce qu'elles prennent un médicament à cet effet (taux élevé potentiel de cholestérol), on arrive à 58,3% de personnes ayant un taux de cholestérol élevé ou potentiellement élevé. Seule 1 personne sur 3 parmi elles rapportent un cholestérol élevé.
  Les médicaments destinés à faire baisser le taux de cholestérol (statines) n'atteignent leur objectif (cholestérolémie optimale, soit moins de 190 mg/dl dans le sérum) que chez 68% des personnes.

- **Hyperglycémie et diabète**[10] : 6,2% des personnes interrogées rapportent un diabète. L'enquête par examen montre qu'1 personne sur 10 en souffre. Lors de cette enquête, aucune distinction n'a été effectuée entre le diabète de type 1 et celui de type 2. De plus, 1 personne sur 3 ayant du diabète n'en est pas conscient et 5% de la population a une forme de diabète qu'elle ne connaît pas ou mal contrôlée.
  Seules 82% des personnes sous médicaments pour leur diabète ont une glycémie contrôlée.

- **Poids corporel malsain** : l'enquête par examen a montré que 55,4% de personnes ont un surpoids et 21,2% sont obèses (sur la base des mesures objectives de la taille et du poids). Ces mesures objectives montrent que le surpoids et l'obésité représentent un problème plus important que ne le laissaient supposer les données fournies par les personnes interrogées. Le pourcentage réel de personnes en surpoids ou obèses est supérieur de respectivement 6,4 et 5,4%. Cette différence est due au fait que les personnes interrogées ont sous-estimé leur poids et surestimé leur taille, ce qui a fait baisser les valeurs de l'IMC.

La comparaison entre la tension et la cholestérolémie rapportées (enquête) et celles mesurées (enquête par examen) montre que tout le monde n'est pas conscient de ses problèmes. Il est pourtant important de les connaître afin de pouvoir diminuer de manière ciblée et proactive le risque de développement de maladies cardio-vasculaires et de diabète, par exemple. Même si ces problèmes de santé ne donnent pas ou peu de symptômes au début, à long terme, ils peuvent avoir des conséquences graves.

2.3. Mode de vie

Le mode de vie est, avec les facteurs biologiques, l'environnement et les équipements de soins, un déterminant important de la santé[11]. Les informations sur le mode de vie sont intéressantes car la recherche scientifique les associe à l'apparition ou à la persistance de certaines affections (par exemple les maladies cardio-vasculaires, le diabète de type 2, certains cancers) et même à une mort précoce. Le mode de vie est donc un facteur déterminant pour la santé et peut être en partie pris en main par chaque personne. Cependant, on peut observer grâce à l'enquête de santé que, globalement, les Belges n'ont pas vécu de manière plus saine ces dernières années. Nous nous pencherons ci-dessous sur les chiffres relatifs au poids corporel, au mouvement, à la position assise, à l'alimentation, au tabagisme, à la consommation d'alcool et de drogue et à la santé sexuelle. En ce qui concerne le mode de vie, peu d'évolutions positives ont été observées lors des dernières éditions de l'enquête de santé et différents groupes à risque sont apparus.

Le problème de surpoids et d'obésité continue à s'aggraver

Notre poids corporel est déterminé par la génétique, le statut socio-économique, mais également par notre mode de vie. Quand on est en surpoids (IMC[12] de 25 ou plus) ou obèse (IMC de 30 ou plus), une alarme doit sonner. Lors de la première enquête en 1997, l'IMC moyen des Belges était de 24,5, en 2018, il avait grimpé à 25,5. En 2018, près de la moitié de la

8. Une tension excessive = une tension systolique ≥ 140 mmHg ou une tension diastolique ≥ 90 mmHg
9. L'examen de santé a déterminé le cholestérol total moyen dans le sérum, le cholestérol HDL moyen, le cholestérol non-HDL moyen et le rapport cholestérol total moyen/cholestérol HDL. Nous parlons dans cet article d'un cholestérol trop élevé lorsqu'il est supérieur à 190 mg/dl.
10. Diabète défini comme une glycémie à jeun ≥ 126 mg/dl ou hémoglobine glycosylée (HbA1C) ≥ 6,5% ou utilisation de médicaments contre le diabète (déclaration de la personne sondée)
11. La santé est influencée par différents types de facteurs, nous les appelons « déterminants de la santé ». Le « Health Field Concept » (concept des champs de santé – Lalonde, 1974) les résume en quatre catégories : les facteurs biologiques, les habitudes de vie, les conditions environnementales et l'organisation du système de soins. www.gezondleven.be, consulté le 15 avril 2020
12. IMC : Indice de Masse Corporelle (kg/m²), calculé en divisant le poids en kg par la taille en mètre au carré.

population adulte (49,3%) déclarait être en surpoids et 15,9% obèse. Il y a vingt ans, 41,3% de la population déclarait un surpoids et 10,8% une obésité. En général, ce sont les personnes moins scolarisées qui ont le plus de risque de surpoids. Ainsi, dans le groupe des personnes les moins scolarisées, presque deux adultes sur trois (61,8%) ont un surpoids et plus d'un cinquième (21,8%) est obèse. Le risque de surpoids augmente aussi avec l'âge. Deux hommes sur trois d'âge moyen (45-74 ans) déclarent un surpoids.

Bien que la vieillesse fasse augmenter le risque de surpoids, on voit également une tendance au surpoids chez le groupe des jeunes de 2 à 17 ans. 20% d'entre eux ont un surpoids et 6% sont obèses, pourcentages pratiquement identiques à chaque enquête (figure 6). Ce qui est frappant, c'est la prévalence élevée de surpoids (24,4%) et d'obésité (11,7%) chez les enfants âgés de 2 à 4 ans. Une attention particulière doit être accordée à la fragilité supplémentaire que vivent les jeunes issus de familles peu scolarisées. De plus, 40,5% de ces jeunes ont un surpoids et 14% sont obèses, alors que chez les jeunes de familles ayant un niveau élevé de scolarisation, ce risque est presque 4 fois moindre (respectivement 12,9% et 2,9%).

Notre mode de vie est trop sédentaire

L'édition 2018 de l'enquête a collecté plus de données sur les activités physiques et pour la première fois, sur la position assise. L'Organisation mondiale de la Santé recommande une activité physique d'intensité modérée pendant 150 minutes au moins chaque semaine. L'enquête permet de conclure qu'on bouge trop peu de manière régulière et qu'on reste trop assis, aussi bien pendant le travail que durant les loisirs. En dehors des heures de travail, environ un tiers des adultes (30,1%) suit la recommandation de l'Organisation mondiale de la Santé. Si nous observons l'ensemble des activités physiques (y compris celles liées au travail), alors 55,8% des Belges bougent suffisamment pour leur santé.

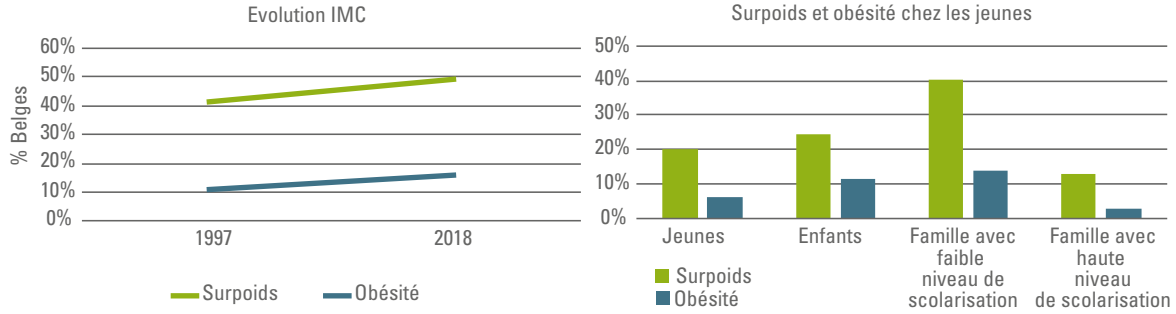
Les hommes (60,2%) et les personnes avec un niveau de scolarisation élevé (58,4%) ont de meilleurs résultats que la moyenne en matière d'activités physiques. Les jeunes de 18 à 24 ans bougent plus en moyenne (59,3%), en partie parce qu'ils se déplacent plus à vélo ou à pied que les autres catégories d'âge. Mais en ce qui concerne la position assise, les jeunes et les personnes avec un haut niveau d'instruction, ont justement un moins bon résultat. Pour les plus de 75 ans, c'est aussi un point à surveiller, ils restent assis en moyenne 6,7 heures par jour. En moyenne, le Belge reste assis 5,8 heures par jour.

L'enquête de santé montre que près d'1 Belge sur 3 (28,8%) de 15 ans et plus s'expose à un problème de santé par manque d'exercice physique pendant son temps libre. Ce chiffre est plus ou moins stable depuis 2004. Mais ce qui est inquiétant, c'est que presque 65% des femmes à partir de 75 ans court un risque de problème de santé en raison d'un manque de mouvement. Et ce risque est également fortement tributaire du niveau de scolarisation (il passe de 18,9% chez les personnes ayant le plus haut niveau de scolarisation à 53,8% chez les moins scolarisées).

L'alimentation saine reste un défi

Les recommandations en matière d'alimentation (manger des légumes, des fruits et des produits riches en calcium ; déjeuner) représentent un défi pour les Belges. Même si les femmes, les personnes plus âgées et celles ayant un niveau de scolarisation élevé les suivent mieux. Les jeunes et les personnes peu scolarisées ont plus de mal à mettre en pratique ces recommandations. Nous observons cependant depuis 2013, où les premières mesures ont été effectuées, une baisse

Figure 6 : Plus de la moitié des Belges déclarent un surpoids ou une obésité en 2018 (à gauche). La prévalence de surpoids et d'obésité est élevée chez les jeunes. Ceux issus d'une famille peu scolarisée sont particulièrement vulnérables (à droite)
(jeunes = 2-17 ans, enfants = 2-4 ans, famille avec un faible/haut niveau de scolarisation = jeunes issus d'une famille avec un faible/haut niveau de scolarisation)



de la consommation de sodas (25,5% en 2013, 20,4% en 2018) et de snacks sucrés et salés (41,6% en 2013 et 38,3% en 2018). En examinant plus en détail ces résultats, on remarque que ce sont surtout les jeunes adultes qui consomment ces boissons sucrées (presque 30% parmi les 15-34 ans) et que près de la moitié des enfants (48,9%) mangent tous les jours des snacks sucrés et salés (figure 7).

Pour la première fois en 2018, les personnes ont été interrogées à propos des allergies et des intolérances alimentaires. Presque 1 personne sur 10 (9,0%) déclare en être atteinte ; chez 5,2%, l'allergie ou l'intolérance ont été diagnostiquées par un médecin.

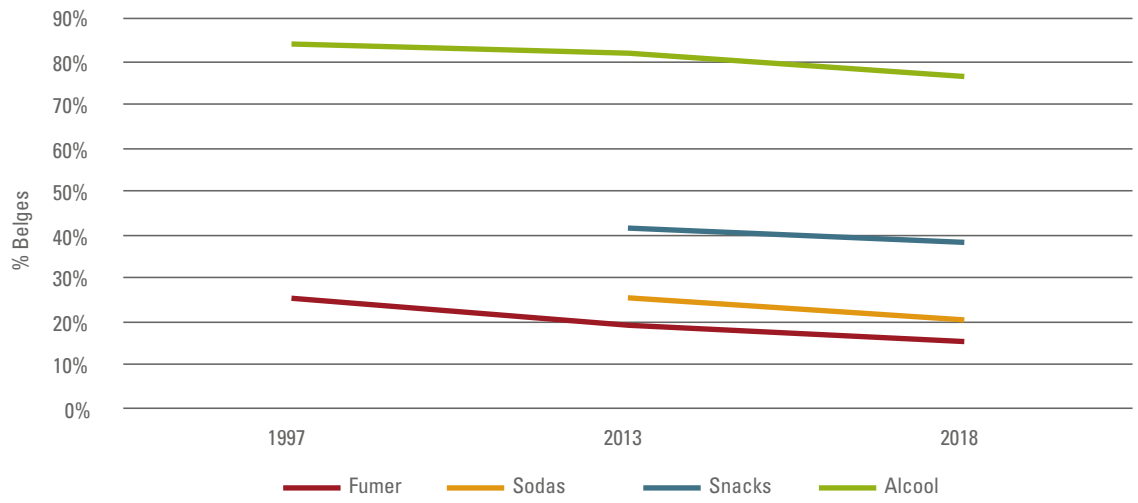
Il y a moins de fumeurs, mais pas de baisse de la consommation problématique d'alcool et une augmentation de l'utilisation de drogue.

Aussi bien la consommation d'alcool, de tabac que de drogue est reconnue partout dans le monde comme un comportement à risque pour de nombreux problèmes de santé, maladies, et même décès précoces.

Mais l'enquête de santé apporte également de bonnes nouvelles. Il n'y a encore jamais eu en Belgique aussi peu de fumeurs quotidiens qu'en 2018 (15,4%). C'est une baisse de 3,5% par rapport à 2013 et même de 10% par rapport à 1997. En outre, en 2018, 73,5% des fumeurs ont tenté d'arrêter de fumer. Dans le groupe des 15-24 ans, on assiste également à une baisse du nombre de fumeurs (15% vs 22%) et du nombre de fumeurs quotidiens (11% vs 17%) par rapport à 2013. Le plus grand progrès a été enregistré en Région flamande. Mais il est possible de faire encore mieux. Pour éviter que les gens commencent à fumer, il faut surtout miser sur les jeunes de 16 à 18 ans, l'âge auquel on fume le plus souvent la première cigarette. Moins on est scolarisé, plus grand est le risque de tabagisme. La cigarette classique n'a pas été la seule à être étudiée : l'usage de la cigarette électronique a également été examiné pour la première fois en 2018. Il apparaît ainsi que 15,5% des Belges ont déjà essayé la cigarette électronique ; 1,4% l'utilise quotidiennement. Deux fois plus d'hommes que de femmes en font usage (5,6% vs 2,7%). Près de 9 « vapotteurs » sur 10 fumaient déjà avant de se mettre à la cigarette électronique, bien que dans le groupe des 15-24 ans, 1 jeune sur 3 a d'emblée fumé la cigarette électronique. Ceux qui commencent à fumer la cigarette électronique ont le sentiment que cela les aidera à arrêter de fumer ou à moins fumer de cigarettes traditionnelles.
Concernant l'alcool, le message principal est la diminution générale de sa consommation (84,1% en 1997, 76,6% en 2018), bien que la première consommation ait lieu un peu plus tôt, en moyenne à 17,7 ans.

La consommation d'alcool impliquant les plus grands risques pour la santé, à savoir l'hyperalcoolisation[13] et le « binge drinking »[14], ne diminue cependant pas et se produit surtout chez les jeunes et les hommes. De plus en plus de Belges trouvent leur consommation d'alcool problématique. Ainsi,

Figure 7 : Le pourcentage de Belges fumant, buvant de l'alcool ou des sodas, et mangeant des snacks sucrés ou salés quotidiennement a diminué au fil des ans



13. Hyperalcoolisation : l'ingestion d'au moins 6 verres d'alcool au cours d'une même occasion.
14. Binge drinking : l'ingestion d'au moins 4 verres d'alcool pour les femmes, 6 pour les hommes, en moins de 2 heures.

en 2018, 15% d'entre eux déclaraient avoir ou avoir eu un problème d'alcool alors qu'en 2001, ce pourcentage était de 6,6%.

La consommation de drogue a augmenté entre 2013 et 2018 : 22,6% des Belges entre 15 et 64 ans ont au moins une fois touché au cannabis, ce qui représente une hausse de 7,6% par rapport à 2013 et même le double par rapport à 2001. La consommation d'autres drogues que le cannabis augmente également dans ce groupe d'âge : 3,6% en 2013 et 9% en 2018. Après le cannabis, ce sont la cocaïne (1,5%) et l'ecstasy (1,2%) qui sont les plus consommées. Le nombre de leurs consommateurs a également augmenté par rapport à 2013 (respectivement 0,5% et 0,3%). La consommation de drogue est plus fréquente chez les jeunes entre 15 et 24 ans et les hommes entre 15 et 34. Ces deux groupes sont donc une cible importante pour l'information et la prévention. La consommation de drogue existe à tous les échelons de la société. Elle est la plus fréquente dans la Région bruxelloise.

Comportement sexuel à risque

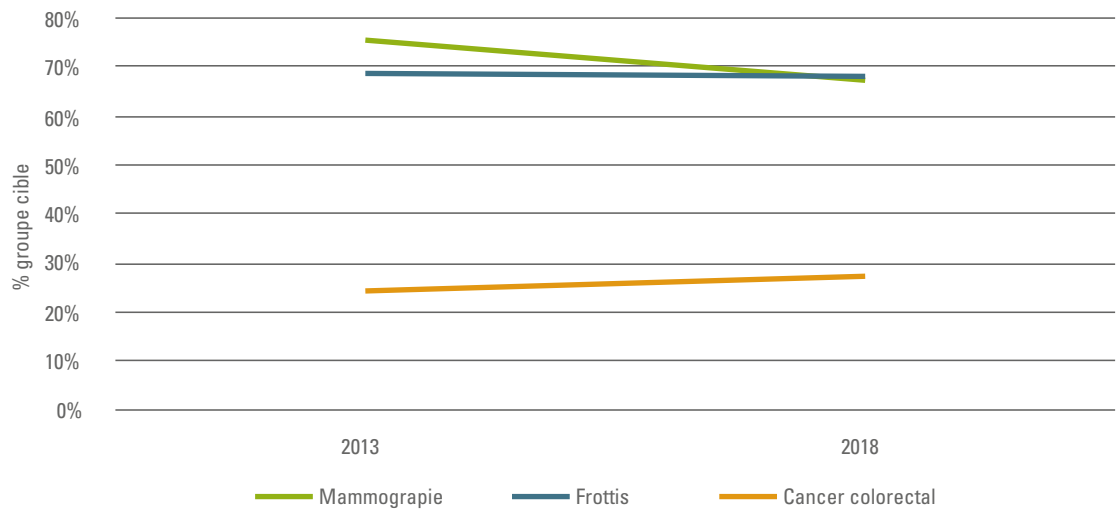
Le comportement sexuel à risque a été entre autres déterminé en examinant le nombre de Belges qui avaient passé un test de dépistage des MST : 7,8% ont déclaré en avoir passé un lors des derniers 12 mois et 38,4% en avoir déjà passé une fois. L'enquête de santé a identifié deux sous-groupes plus susceptibles d'un comportement sexuel à risque : les jeunes et les personnes peu scolarisées. Les jeunes car ils ont eu plusieurs partenaires sexuels au cours de l'année écoulée. Les personnes peu scolarisées car elles utilisent moins souvent des contraceptifs, ont plus souvent des relations sexuelles avant 15 ans et ont eu plusieurs partenaires durant l'année écoulée. C'est dans la Région bruxelloise que les moyens anticonceptionnels sont les moins utilisés et la pilule du lendemain le plus.

2.4. Connaissances et pratiques préventives

Les campagnes de prévention ne touchent pas tout le monde

Dans quelle mesure les Belges participent-ils au dépistage précoce des problèmes de santé ? Les chiffres 2018 de dépistage des facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires et du diabète sont positifs. On remarque une légère hausse depuis 2013 du nombre de Belges qui ont fait mesurer leur tension (91,3%), leur taux de cholestérol (74,8%) et de glycémie (70,2%). En ce qui concerne le dépistage précoce du cancer chez les groupes concernés, on voit moins de mammographies (67,3% en 2018 et 75,5% en 2013) et de frottis (68,1% en 2018, 68,7% en 2013), mais plus de dépistages de cancer du côlon (27,3% en 2018, 24,3% en 2013) (figure 8). Pour ce dernier dépistage, de fortes différences régionales existent. Ainsi, en Région flamande, le nombre de ces dépistages a triplé en 5 ans. Cela s'explique principalement par la possibilité offerte aux personnes à risque de pratiquer un dépistage gratuit via le « Vlaams Bevolkingsonderzoek dikkedarmkanker » (examen de la population flamande relatif au cancer du côlon). Malgré cette tendance importante, il n'est pas évident d'atteindre toutes les personnes faisant partie du groupe cible. Ainsi 1 personne sur 2 est exclue du dépistage du cancer colorectal. Il est en outre particulièrement difficile de faire prendre part à ces campagnes de dépistage précoce les personnes peu scolarisées.

Figure 8 : Dépistage – le Belge se fait en général dépister correctement, bien que moins de femmes se fassent faire une mammographie ou un frottis. Le dépistage du cancer colorectal augmente, en partie grâce au programme flamand d'examen de la population.



Le degré de vaccination de la population reste aussi un point important à traiter dans les prochaines années. Un peu moins de la moitié des personnes à risque (46,2%) s'est fait vacciner contre la grippe lors de la dernière saison de grippe. La vaccination contre les pneumocoques et le papillomavirus humain des groupes à risque est également faible (respectivement 8,6% et 26,4%). Ici aussi, des différences se manifestent en fonction des Régions.

Les compétences en matière de santé ne sont pas suffisantes chez tout le monde

Le niveau de compétences en santé[15] joue un rôle important dans l'attitude vis-à-vis de sa santé et de la prévention. Un bon niveau est nécessaire pour pouvoir identifier les informations concernant la santé, les comprendre, les évaluer et les utiliser. Pour la première fois également en 2018, nous avons eu un aperçu de ces compétences : 1 Belge sur 3 (33,4%) déclare ne disposer que de compétences limitées ou insuffisantes en matière de santé[16]. Ce qu'il faut certainement retenir, c'est que ce sont précisément les groupes fragiles qui disposent du moins de compétences en santé. Si on veut améliorer la santé des Belges, il est préférable de miser sur les groupes qui en auront le plus grand bénéfice, comme les personnes âgées, les moins scolarisées, celles qui se sentent en mauvaise santé ou celles affectées de pathologies multiples. Des différences régionales se manifestent également sur le plan des compétences en santé ; c'est en Wallonie que les gens déclarent le plus souvent avoir un niveau de compétences insuffisant (37,3%).

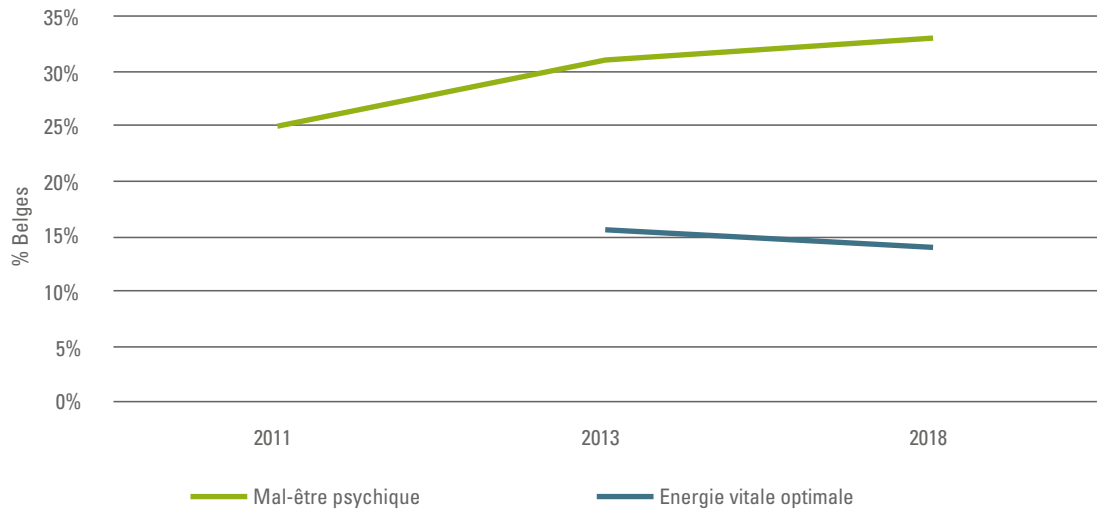
2.5. Santé mentale et bien-être

Comment les Belges se sentent-ils dans leur peau ?

En moyenne, les Belges donnent 7,4 sur 10 pour noter leur satisfaction par rapport à la vie (10 représentant le maximum de satisfaction). Dans l'enquête de 2013, les chiffres traduisaient une moins bonne santé mentale. Les Belges déclaraient plus de problèmes psychiques et la prévalence des problèmes émotionnels avait fort augmenté par rapport à 2008. L'usage d'antidépresseurs a également graduellement augmenté.

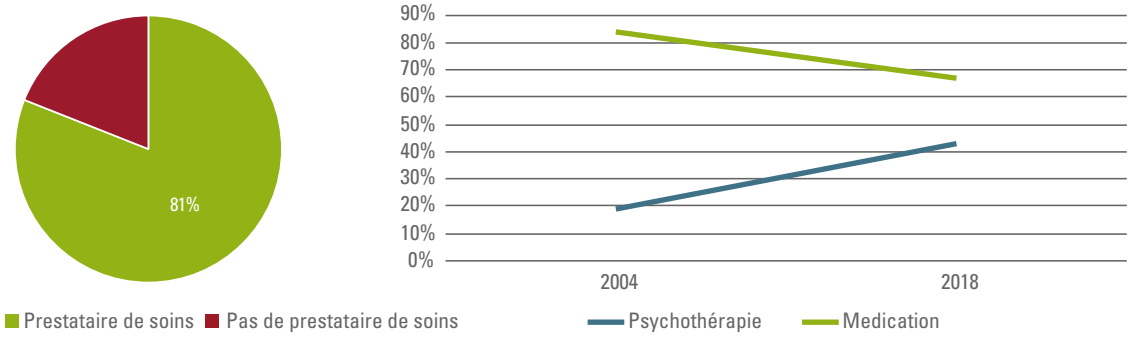
On peut globalement affirmer que le bien-être psychique et le niveau d'énergie vitale ont baissé lors de cette dernière décennie en comparaison avec la période 2001-2008 (figure 9). En 2018, on observe la poursuite de la dégradation du bien-être psychique. En 2018, 33% des Belges déclaraient vivre un mal-être psychique, alors qu'ils n'étaient qu'un quart à le ressentir en 2011. La principale augmentation du mal-être a lieu entre 2013 et 2018. Seuls 14% des Belges atteignent en 2018 le niveau optimal d'énergie (15,6% l'atteignaient en 2013). Lorsque le niveau de scolarisation est bas, le risque de mal-être psychique, de ne pas ressentir un niveau optimal d'éner-

Figure 9 : Santé mentale – Au fil du temps, le mal-être psychique des Belges augmente. L'énergie vitale optimale a baissé par rapport à 2013.



15. Ce thème est approfondi dans ce numéro de MC-Informations.
16. Pour mesurer le niveau de compétences en santé, on a utilisé la version courte en 6 questions du questionnaire HKS-EU-Q. Le HLS-EU-Q6 comprend des items qui évaluent les trois domaines des compétences en santé (les soins de santé, la prévention et la promotion de la santé), ainsi que les quatre dimensions qui sont l'acquisition et l'obtention d'information cohérente en relation avec la santé, la compréhension de l'information, l'évaluation et le jugement de l'information ainsi que l'application et l'utilisation concrète de cette information.

Figure 10 : Traitement de la dépression - 4 Belges sur 5 se plaignant de dépression consultent un prestataire de soins (à gauche). Psychothérapie et médication sont utilisées en combinaison pour le traitement ; ces dernières années, la psychothérapie gagne en importance et les traitements médicamenteux en perdent (à droite).



gie et de moindre satisfaction de la vie est plus élevé. Chez les femmes, ce risque est également plus important que chez les hommes.

La prévalence de toutes les affections psychiques abordées lors de l'enquête (dépression, anxiété, troubles alimentaires, pensées suicidaires ou tentatives de suicide) diminue légèrement, après la hausse significative observée entre 2008 et 2013, bien que les chiffres de 2018 soient encore élevés. En général, la prévalence d'affections psychiques est inférieure en Région flamande. Ce sont majoritairement des femmes qui déclarent être confrontées à ces problèmes, et dans ce domaine, les inégalités sociales se font aussi sentir, puisque que ce sont les personnes les moins scolarisées qui sont le plus touchées.

Évolution de la consommation de somnifères, calmants et antidépresseurs

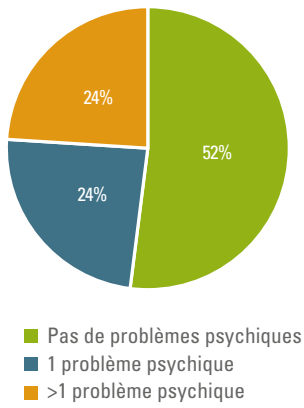
L'usage d'antidépresseurs dans la population belge est stable par rapport à 2013 (7,6%). Le nombre de personnes qui prennent des somnifères et des calmants diminue de 14,3% (2008) à 12,4% en 2018. Il y a plus de femmes (surtout à partir de 45 ans) que d'hommes qui prennent des antidépresseurs ainsi que des somnifères et des calmants. Cette médication augmente avec l'âge (les personnes à partir de 75 ans en sont les plus grandes consommatrices), et les personnes moins scolarisées y ont également plus recours.

La majorité (81 %) des personnes ayant déclaré avoir eu une dépression au cours de l'année écoulée ont dit avoir consulté un prestataire de soins (figure 10). Pour traiter la dépression, il est de plus en plus fait appel à la psychothérapie (43% des patients en 2018, par rapport à 19% en 2004) et moins aux médicaments (67% vs 84%). Le recours à la psychothérapie diminue avec l'âge et augmente parallèlement au niveau de scolarisation. Le recours à des aides lors d'une dépression est plus fréquent en Région wallonne, qu'il s'agisse de la consultation d'un prestataire de soins (91,8%), de médicaments (74,5%) ou du suivi d'une psychothérapie (51,4%).

Comment se porte la jeune génération ?

La dernière enquête de santé de 2018 a abordé pour la première fois la question de la santé mentale chez les enfants et les adolescents de 2 à 18 ans[17]. Un peu plus de la moitié des enfants/adolescents (52%) n'a pas de problèmes psychiques

Figure 11 : Problèmes psychiques chez les jeunes – Plus de la moitié des jeunes (2-18 ans) ne vit pas de problèmes psychiques graves. Un quart des jeunes rapporte un problème psychique grave et les 24% restants rapportent plus d'un problème psychique grave.



17. Quand il concernait de jeunes enfants, le questionnaire a été rempli par un des parents (interrogation « proxy »). Les jeunes entre 15 et 18 ans ont répondu eux-mêmes au questionnaire.

graves, environ un quart (24%) en présente un et un quart (24%) en présente plusieurs (figure 11). Quand on se base sur le critère strict d'une pathologie probable, 70% d'enfants/adolescents n'ont pas de problèmes psychiques graves. Les problèmes les plus fréquemment rapportés sont des troubles relationnels avec des jeunes de même génération (20%), des troubles émotionnels (19%) et des troubles du comportement (18%). Presque tous les problèmes cités ont tendance à diminuer avec l'âge. À partir de l'âge de 15-18 ans, les filles vivent plus de problèmes émotionnels. Un niveau de scolarisation élevé chez les parents est un facteur protecteur pour les enfants et adolescents à l'égard des problèmes psychiques.

3. Discussion

3.1. Que disent les résultats ?

Cet article présente toute une série de chiffres et d'informations relatifs à la santé publique en Belgique. Comment les interpréter ?

Tout d'abord, l'enquête de santé se base sur les données fournies par les personnes sondées. C'est important de garder ce fait à l'esprit lors de l'interprétation des données, comme celles concernant la prévalence des affections chroniques. Ces déclarations des personnes interrogées donnent cependant des informations uniques sur le regard de la population sur sa santé et sur ses besoins réels en matière de santé, et ce à une échelle particulièrement grande. Comme la méthode utilisée pour les enquêtes est chaque fois identique, elles permettent de cartographier les évolutions. Elles sont donc extrêmement précieuses pour pouvoir améliorer ensemble la santé.

3.2. La mutualité santé a un rôle important à jouer !

Sans entrer dans le détail de tous les résultats, nous pouvons dire qu'il est plus que jamais nécessaire d'examiner la question dans la perspective d'une mutualité santé. Nous voulons donner accès à nos membres à une plus grande qualité de vie en nous profilant comme partenaire fiable dans l'élargissement de leur point de vue sur la santé. Dans ce domaine, c'est à la fois de manière proactive, préventive et coopérative que nous voulons travailler. Pour remplir notre rôle optimalement, nous devons utiliser les informations que les Belges nous ont entre autres transmises par le biais de l'enquête de santé et les conclusions scientifiques que nous pouvons en tirer. Commençons avec quelques facteurs sur lesquels nous pouvons influer grâce à notre mode de vie, comme les habitudes alimentaires, la gestion du stress, les activités physiques et le temps pendant lequel nous restons assis. Globalement, le mode de vie des Belges continue en 2018 à peser sur leur santé et sur les déterminants de diverses affections chroniques. L'enquête de santé nous apprend que, pour la première fois, il y a plus de Belges présentant un surpoids que de Belges ayant un poids sain. Nous pouvons de ce fait prédire que le nombre de personnes présentant un diabète de type 2 continuera à augmenter ces prochaines années. Le fait de bouger en général moins et de plus rester assis induit aussi actuellement des risques de santé pour de nombreuses personnes. Nous observons que le nombre de personnes présentant une voire plusieurs affections chroniques, comme des maux de dos, une tension et un taux de cholestérol excessifs et du diabète, continue à augmenter. Des affections qui ne sont pas automatiquement corrélées au mode de vie ou au vieillissement, comme les allergies ou l'asthme, sont également en progression. Les raisons en sont diverses. Les facteurs génétiques en sont à la base, mais l'environnement joue également un rôle. Et bien que ces affections ne soient pas liées automatiquement au mode de vie, on sait que le tabagisme, l'obésité… peuvent favoriser des maladies telles que l'asthme.[18] La santé mentale des Belges ne s'améliore pas non plus. Les signaux d'un mal-être mental, la fatigue prolongée, la douleur, les sentiments d'angoisse et la dépression, influencent tous la façon dont la qualité de vie est ressentie. La santé mentale mérite plus d'attention à tout âge, donc aussi chez les enfants/jeunes et les personnes âgées. Les connaissances de la population relatives à la santé et leur participation à la prévention de leur santé doivent s'améliorer. Il est donc plus que bienvenu, il est nécessaire de soutenir la population, la conseiller et l'accompagner dans le domaine de la santé. Il existe donc de nombreuses opportunités et possibilités de prévention pour la MC en tant que mutualité santé. Proposer des trajets sur mesure, dans lesquels nos membres, individuellement ou en groupe, sont responsabilisés afin qu'ils puissent s'occuper de leur santé est déjà un pas dans la bonne direction. Ainsi, les plus fragiles d'entre nous, qui sont souvent exclus quand il s'agit de santé, ne seront pas oubliés. Nos thèmes annuels de promotion de la santé 2020 sont déjà choisis et situent la santé dans son large contexte : vaccination, santé mentale, diabète de type 1 et 2, particules fines…

Ce qui est intéressant, c'est que pour la première fois des mesures objectives ont été prises auprès d'une partie des répondants à l'enquête de santé 2018. Il est frappant de constater que les mesures objectives ont montré qu'il y avait un nombre plus élevé de personnes ayant trop de tension, de cholestérol ou présentant un (risque de) diabète et de surpoids ou d'obésité que ce que les déclarations des répondants laissaient supposer. Cette discordance indique que les risques et les problèmes de santé que connaît la population ne sont pas toujours connus ou que la conscience qu'elle en a est plutôt faible.

Ce qui est également nouveau dans l'enquête sont les informations relatives aux compétences de santé : 1 Belge sur 3 a de faibles résultats en cette matière. Il apparaît en outre que ce sont justement les groupes pour lesquels les compétences en

18. https://www.wiv-isp.be/epidemio/epifr/crospfr/asthme_fr.pdf

santé seraient les plus utiles qui en disposent le moins. Aussi bien les personnes âgées que les personnes vivant dans un contexte social difficile ou souffrant d'affections chroniques pourraient améliorer leur qualité de vie si elles pouvaient atteindre de plus grandes compétences dans le domaine de la santé. Sur ce plan, nous pouvons jouer un rôle important en tant que mutualité santé. Nous pouvons agir en investissant, individuellement ou collectivement, sur nos citoyens. Mais ce n'est qu'une pièce du puzzle. Si nous voulons vraiment faire une différence, nous devons oser aller plus loin et ne pas considérer la santé comme une question purement individuelle, il faut la situer également dans l'environnement de l'individu. Aussi bien l'environnement direct (interactions sociales, solitude, environnement…) qu'indirect (socio-culturel, économique, politique…) peuvent jouer. En tant que mutualité santé, notre motivation ne consiste cependant pas à viser, chaque jour, la « santé parfaite ». Mais en nous basant sur le principe de « la santé dans toutes les politiques », nous voulons pas à pas effectuer les choix qui, dans cette conjonction de différents facteurs, favorisent (individuellement et collectivement) la santé des Belges. Nous voyons en la santé le moyen de relever les défis sociaux, physiques et émotionnels de la vie. La capacité de s'adapter (la résilience) et de placer le citoyen au centre en vertu du principe d'égalité est pour cela essentielle. Nous sommes conscients que tout le monde n'a pas besoin de travailler activement à sa santé. En tant que mutualité santé, nous pouvons cependant faire la différence en promouvant encore plus la littéracie en santé[19], par exemple en fournissant des informations compréhensibles et en aidant les gens à se retrouver dans le labyrinthe des conseils de santé. Les interactions sociales existant grâce au travail de nos bénévoles sont également très précieuses à cet égard. Mais tout autant, l'accompagnement de nos membres pour qu'ils appliquent ces informations et changent réellement de comportement. On peut savoir que les activités physiques et un poids sain sont meilleurs pour la santé. Mais comment changer des habitudes bien ancrées ? Comment changer ses habitudes alimentaires et intégrer dans sa vie une alimentation saine ? Comment se mettre à bouger plus ? Comment s'adresser à quelqu'un qui a des problèmes mentaux ? Ici, en tant que mutualité santé, nous avons un rôle actif à jouer.

Pourquoi est-il si difficile d'adopter un comportement favorable à la santé ?

Nous vivons dans une époque où nous sommes exposés à une foule d'informations sur la santé et submergés de conseils bien intentionnés. Les technologies comme les accessoires connectés nous permettent de suivre de près notre santé. Ce n'est cependant pas parce que nous avons une connaissance que nous allons automatiquement adopter un comportement bon pour la santé. Nous nous retrouvons ainsi dans le domaine des sciences comportementales. Pour adopter un comportement favorable à la santé, il faut non seulement des connaissances, mais aussi des compétences et des motivations. Ces éléments nous permettent et nous motivent à établir ou changer un comportement. Cependant, bien que nous soyons souvent capables de plus que nous ne le pensons, un individu n'a pas toutes les cartes en main. Le contexte ou l'environnement dans lequel nous vivons, habitons et travaillons détermine aussi nos choix, propices ou non à la santé. Si nous voulons réellement que notre comportement change, il est préférable de nous concentrer sur trois conditions : des compétences suffisantes, des motivations fortes et durables et un contexte dans lequel le comportement ou sa modification est réalisable et même stimulé (figure 12)[20].

Figure 12 : Roue du comportement de l'Institut flamand pour une vie saine » (« © Vlaams Instituut Gezond Leven »)

Légende: Gedrag = comportement; competenties = capacités; psychosociaal = psychosociales; lichamelijk = physiques; drijfveren = motivations; reflectief = réflexives; automatisch = automatiques; context = contexte; fysiek = physique; sociaal-cultureel = socio-culturel; economisch = économique; politiek = politique; gezondheid = santé;

Bien que nous soyons souvent capables de plus que nous ne le pensons, un individu n'a pas toutes les cartes en main. L'environnement dans lequel nous vivons, habitons et travaillons détermine en partie nos choix, propices ou non à la santé. C'est pourquoi la MC continuera à défendre le principe de « la santé dans toutes les politiques », parce que les problèmes de santé sont liés aux défis sociaux que représentent la pauvreté, le logement, les services publics, les soins aux personnes âgées[21]. L'individu ne peut jamais être tenu seul responsable des choix de santé qu'il fait ou ne fait pas. Il est difficile de faire les « bons » choix de santé lorsque par exemple on doit s'en sortir avec un revenu inférieur au seuil de pauvreté. Si fumer est une manière de gérer le stress des conflits dans la famille. Les dépistages du cancer peuvent être gratuits, mais si on suppose que le cancer ne peut pas être traité, on ne se fera pas examiner. Ou si on doit suivre un régime pauvre en sel pour une maladie chronique, mais que les autorités ne prennent aucune mesure pour limiter

19. Rondia K, Adriaenssens J, Van Den Broucke S, Kohn L. Littéracie en santé : quels enseignements tirer des expériences des autres pays ? KCE Reports 322A. 2019.
20. https://www.gezondleven.be/gezond-leven-gezonde-omgeving/gedragsdeterminanten, consulté le 20 avril 2020.
21. Van Hootegem G & Dessers E. Onbezorgd. Naar een geïntegreerd gezondheidssysteem. (Sans souci. Vers un système de santé intégré) 2017. Acco ; Leuven.

la teneur en sel dans les repas. Un effort à grande échelle et commun doit donc être livré par différents acteurs pour faire une différence sur le plan de la santé publique.

Par ailleurs, la connaissance n'est pas suffisante pour modifier les habitudes et adopter un comportement sain. Pensons, par exemple, au tabagisme[22]. Peut-être considérons-nous encore trop souvent la santé du point de vue biomédical et espérons-nous que ce seront principalement les médicaments qui l'amélioreront[23]. La première enquête de santé montrait déjà que la médication pour les facteurs de risque les plus fréquents de maladies chroniques (tension, cholestérol et glycémie trop élevés) n'atteignait pas chez beaucoup de personnes l'effet escompté. La confiance dans le traitement y joue certainement un rôle. En outre, il ne faut pas négliger que si la médication peut contrôler la maladie chronique, souvent un mode de vie sain (combiné ou non à des médicaments) peut contribuer substantiellement à l'amélioration objective des paramètres de santé ainsi qu'à la façon dont on la ressent. Lorsque nous pouvons aider concrètement nos membres à adopter un mode de vie sain, nous contribuons évidemment à leur santé et les coûts de soins de santé pourront ou pourraient également diminuer à terme.

Limites d'une enquête générale pour aborder les problèmes de santé

La MC veut être présente pour tous, et en particulier pour les plus fragiles. Mais qui sont ces personnes ? La vulnérabilité n'est pas si facile à définir de manière univoque. L'enquête de santé montre que pour les personnes se trouvant au bas de l'échelle socio-économique, aucun progrès n'a été enregistré en 20 ans. Il est donc essentiel de mettre sur pied des actions qui s'attaquent aux inégalités socio-économiques et d'évaluer ces actions[24]. Les personnes de plus de 65 ans font aussi partie des plus fragiles en Belgique. Étant donné que notre espérance de vie augmente globalement, ce groupe gagnera chaque année en importance. Pour relever le défi qu'il représente, nous devrons plus que jamais, en tant que mutualité santé, remplir notre fonction de manière proactive et contribuer à la santé au sens large du terme. Mais les personnes en incapacité de travail ou sans emploi, par exemple, constituent également des groupes à risque car leur situation influence entre autres leur santé financière et leur sens de la vie.

Comment être présent pour chacun ? Une stratégie possible est de partir de l'approche basée sur les besoins, une stratégie qui part d'une demande ou d'un besoin spécifique et qui se concentre donc sur les besoins réels d'un groupe spécifique[25]. Un modèle de soins axés sur la demande et sur la personne est également promu au niveau politique[26]. Il permet une approche personnalisée et donc plus fonctionnelle et efficace que l'approche « taille unique ». Car tous les Belges n'ont pas les mêmes besoins sur le plan de la promotion de la santé et des soins de santé, et si les actions au niveau de la population auront bien un effet en moyenne, on ne saura pas si les groupes présentant des risques de santé seront effectivement atteints. Cet article a traité de groupes à risque variés, car ce ne sont pas seulement les plus vulnérables ou ceux affectés de maladies chroniques qui nécessitent conseils et accompagnement. Oser détailler, c'est avancer, même si l'identification des groupes à risque et le choix des priorités seront difficiles. Ce qui peut aider à entreprendre des actions plus ciblées et proactives est l'utilisation de données spécifiques et le travail aux niveaux régionaux et locaux. Des actions positives dans une région ne le sont peut-être pas dans une autre, même si les fondements peuvent être similaires. La participation d'autres acteurs nous aidera aussi à identifier les besoins : la collaboration avec les membres et avec les gens du terrain, ainsi qu'avec les experts en santé et dans les domaines qui y sont liés.

4. Conclusion

L'enquête de santé 2018 a une fois de plus apporté son lot d'informations précieuses sur la santé des Belges. En tant que mutualité santé, c'est à nous à présent de nous mettre au travail. Les défis sont divers. Il s'agit aussi bien de proposer des informations fiables que d'aider activement les gens à les transposer dans leur vie pour qu'ils aient un mode de vie sain. Stimuler la prise de conscience de certains facteurs de risque comme une tension et un taux de cholestérol élevés, ou la santé mentale. Accompagner les gens pour qu'ils parviennent à une meilleure qualité de vie. Mais il importe également de placer la santé dans un cadre plus large, dans « toutes les politiques », car favoriser la santé, c'est aussi veiller notamment à un revenu et un logement décents. Et toujours garder à l'esprit que tout le monde n'a pas les mêmes besoins et qu'une approche individuelle s'impose, sans oublier l'influence de l'environnement dans les questions de santé.

La santé se conjugue donc. Elle exige qualité, solidarité et durabilité. Conscience, attention, réflexion, adaptation, persévérance sans relâche, mais également informations exactes et compréhensibles, accompagnement et partenariat sont essentiels. Les bons outils, au bon moment, pour les bonnes personnes, promus au niveau individuel et collectif. De cette manière, nous bâtirons ensemble, résolument, une vie de meilleure qualité pour chacun.

22. Williams DM & Rhodes RE. The confounded self-efficacy construct: conceptual analysis and recommendations for future research. (Maudite construction de l'auto-efficacité : analyse conceptuelle et recommandations pour la recherche future) Health Psychol Rev. 2016 Jun;10(2):113-28.
23. Deschepper R. Je levensstijl als medicijn. Zo word en blijf je gezond. (Votre mode de vie pour médecine. Retrouvez et gardez la santé) 2019. Lannoo, Tielt.
24. Van der Heyden J, Charafeddine R, Demarest S, Drieskens S, Nguyen D, Tafforeau J, Gisle L, Braekman E, Berete F. Santé et qualité de vie. Résumé des résultats. Enquête de santé 2018. Bruxelles, Belgique : Sciensano. Rapport numéro : D/2019/14.440/33.
25. Rondia K, Adriaenssens J, Van Den Broucke S, Kohn L. Littéracie en santé : quels enseignements tirer des expériences des autres pays ? KCE Reports 322A. 2019. 2019.
26. https://www.zorg-en-gezondheid.be/beleid-overzicht, consulté le 23 mars 2020.

Comment ça va ? Enquête auprès des membres de la MC sur la prévalence de la souffrance mentale et la recherche d'aide.

Rebekka Verniest (Service d'études), Carolien Luypaert (collaboratrice staff promotion de la santé)
Piet Bracke (UGent, Département de sociologie)
Avec nos remerciements à Hervé Avalosse et Louise Lambert (Service d'études)

Résumé
Nous nous posons souvent la question « Comment ça va ? » mais quelle réponse attendons-nous ? Voulons-nous vraiment entendre ce que la personne ressent, surtout si elle traverse une période plus difficile ? Savons-nous comment réagir ? Et quand la question nous est posée, osons-nous toujours dire ce que nous ressentons vraiment, surtout quand cela va un peu moins bien ?

Tout le monde a déjà traversé une période difficile et rencontré des problèmes de sommeil ou de stress. Parfois, cela passe rapidement, mais parfois il s'agit d'un problème psychologique plus grave. Des recherches ont déjà révélé que de nombreux Belges rencontrent des problèmes ou des troubles psychologiques à un moment ou un autre de leur vie. À ce moment-là, parler à son entourage peut déjà apporter une première aide mais, dans un certain nombre de cas, il est également nécessaire de faire appel à une aide professionnelle. Pourtant, de nombreuses personnes continuent à avoir du mal à franchir ces étapes. Différents facteurs sont à l'origine de cette situation. Il y a l'auto-stigmatisation, la stigmatisation et les tabous dans la société, mais aussi d'autres obstacles tels que le manque de connaissances sur l'assistance psychologique et la crainte ou l'expérience de l'inaccessibilité financière.

En mai 2019, la Mutualité chrétienne a enquêté auprès de ses membres sur la façon dont ils réagiraient eux-mêmes à l'égard d'une personne ayant des problèmes de santé mentale et d'assistance psychologique, afin de se faire une idée du degré de stigmatisation. Ils ont également été interrogés sur leurs propres expériences en matière de problèmes psychologiques. Y ont-ils déjà été confrontés ? Et si oui, comment ont-ils géré la situation ? Ont-ils osé en parler et faire appel à une aide professionnelle ? Si non, pourquoi pas ?

Cet article résume les principaux résultats des propres expériences des membres et montre que la volonté de parler et/ou de demander de l'aide est déjà assez élevée. Pourtant, certaines personnes ne parlent que des problèmes ou cherchent uniquement de l'aide, alors que, dans certains cas, les deux aspects sont nécessaires. Nous rencontrons aussi un petit groupe de personnes qui ne parlent pas et ne font pas appel à une aide professionnelle, bien que cela puisse être nécessaire. L'étude confirme que cela est dû en partie à l'atmosphère taboue et à la stigmatisation qui entoure encore les problèmes psychologiques (honte, peur des réactions). Mais d'autres obstacles, comme une connaissance insuffisante de l'offre ou une perception ou une expérience de l'inaccessibilité des soins, jouent également un rôle. On peut donc en conclure qu'un gros travail peut encore être fait pour déstigmatiser et briser les tabous, d'une part, et pour renforcer une offre largement accessible et sa promotion, d'autre part. En collaboration avec les autorités et de nombreuses autres organisations, la MC souhaite y travailler.

Mots-clés : Santé mentale, problèmes psychologiques, soins de santé mentale, obstacles, tabou, stigmatisation

1. Introduction

« Comment ça va ? » est une question simple que nous nous posons régulièrement. Mais le pensons-nous toujours vraiment ? Voulons-nous entendre ce que les personnes ressentent vraiment ? Sommes-nous préparés au fait qu'il n'y aura pas toujours une réponse positive ? Si quelqu'un nous dit que cela va mal, comment faire face à la situation ? Savons-nous comment nous devons réagir ? Savons-nous comment aider l'autre ? D'ailleurs, que pensons-nous globalement des personnes souffrant de problèmes de santé mentale ? Et si cette question nous est posée, quelle est la sincérité de notre réponse ? Osons-nous toujours dire ce que nous ressentons vraiment, surtout quand cela va un peu moins bien ? Ou préférons-nous garder cela pour nous ?

Tout le monde a déjà traversé une période plus difficile et rencontre des problèmes, des troubles du sommeil ou des hauts et des bas. Parfois, ces plaintes sont de courte durée et, souvent, elles disparaissent d'elles-mêmes. Mais si elles persistent et limitent fortement le fonctionnement quotidien, il peut être question de trouble mental. Parmi les troubles les plus courants, on retrouve le burn-out, la dépression, les troubles de l'anxiété et l'abus d'alcool. Des recherches ont montré qu'un quart des Belges souffrent un jour de problèmes de santé mentale[1] et que ces problèmes ont souvent un impact majeur, tant sur la personne malade et son environnement immédiat que sur la société dans son ensemble. L'enquête de santé 2018[2] révèle que 33% des Belges souffrent de mal-être psychique, qui peut être la conséquence, par exemple, de problèmes de concentration, de manque de sommeil ou d'un sentiment de dépression. En outre, chez 17,7% des sondés, il existe une réelle possibilité de trouble mental, 11% présentent des symptômes de trouble de l'anxiété, 7% sont confrontés à un trouble alimentaire et plus de 9% à un trouble dépressif. De plus, pour de nombreux indicateurs, les résultats ont évolué de manière défavorable ces dernières années.

Si vous traversez une période plus difficile, il peut être réconfortant d'en parler avec une personne en qui vous avez confiance. Elle peut vous aider à mettre de l'ordre dans vos pensées et vous faire vous sentir moins seul. Parler peut aussi avoir un effet d'abaissement du seuil pour, si nécessaire, franchir le pas vers une aide professionnelle, poursuivre le traitement et éviter la rechute[3]. De nombreux avis et campagnes publiques ne cessent de le mettre en évidence[4]. Mais le tabou lié au fait d'exprimer des problèmes psychologiques est toujours aussi grand au sein de notre société. Toutes sortes de facteurs jouent un rôle, mais la peur de l'exclusion sociale, la honte et l'incapacité à les traduire en mots sont souvent des facteurs décisifs. Les gens ne veulent pas être un fardeau pour les autres et préfèrent résoudre leurs problèmes eux-mêmes. L'entourage a parfois des préjugés sur les personnes ayant des problèmes psychologiques ou ne sait pas comment réagir. Par ailleurs, il existe d'autres obstacles tels qu'une offre insuffisante ou inaccessible. Tout cela fait que les problèmes s'éternisent ou s'aggravent et que les gens ne cherchent pas, ou seulement tardivement, l'aide nécessaire.

Compte tenu de la forte prévalence des problèmes psychiques et de leur impact, il est important que le tabou et la stigmatisation qui les entourent, ainsi que les autres obstacles, disparaissent. En tant que mutualité santé, la Mutualité chrétienne peut et veut y contribuer, à la fois à l'aide de ses propres campagnes et d'une influence sur les politiques menées en la matière. Afin de pouvoir répondre encore mieux aux besoins de la population en matière de santé mentale, les membres de la MC ont fait l'objet au printemps 2019 d'une étude à grande échelle sur le tabou qui entoure les problèmes psychiques et sur leur propre expérience des problèmes psychiques[5]. De cette manière, nous avons pu examiner dans quelle mesure les constatations de la littérature sur les tabous et les barrières pouvaient être confirmées.

En plus de la méthode de recherche, le présent article dévoile les résultats des propres expériences des membres MC face aux problèmes psychologiques et la façon dont ils les ont traités. Les résultats concernant l'opinion et l'attitude à l'égard de la souffrance psychologique et de l'assistance psychologique sont examinés dans un article distinct.

Méthode de recherche

Fin mai 2019, une enquête en ligne a été menée sur un échantillon aléatoire de 100 000 membres de la MC[6] affiliés à une

1. https://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/feiten-cijfers
2. Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. Santé mentale. Enquête de santé 2018. Bruxelles, Belgique : Sciensano ; Numéro de rapport : D/2020/14.440/3. (https://his.wiv-isp.be/fr/Documents%20partages/MH_FR_2018.pdf) - voir également l'article de ce numéro de MC-Informations qui analyse en détail les résultats de l'enquête de santé.
3. Elise Pattyn et. al. Public Stigma and Self-Stigma: Differential Association With Attitudes Toward Formal and Informal Help Seeking. Psychiatric Services 65:232–238, 2014; doi: 10.1176/appi.ps.201200561
4. Voir notamment https://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/praat-erover et https://www.tegek.be/hulp/praten-kan-helpen.html.
5. Cette étude a été menée en collaboration avec le service de promotion de la santé néerlandophone de la MC. Elle a permis d'identifier les principaux besoins de la population en matière de santé mentale et a soutenu la campagne 2019 " Comment ça va ? " (disponible sur https://www.cm.be/over-cm/campagnes/hoe-gaat-het-met-u) consultée le 30 mars 2020.
6. Selon la technique des quatre vignettes, en pratique, quatre échantillons aléatoires de 25.000 personnes ont été tirés, chacun représentatif de la population flamande sur un certain nombre de paramètres (âge, sexe et province). Le fichier de base est le fichier des membres MC dont l'adresse mail est connue par la MC et pour lesquels la MC a reçu l'autorisation d'utiliser cette adresse mail pour des enquêtes en ligne.

mutualité MC flamande. Sur les 7.034 questionnaires reçus, 5.675 ont finalement été retenus pour un traitement ultérieur[7].

Le questionnaire, élaboré en coopération avec l'UGent[8], contenait tout d'abord quelques questions sur le profil du répondant (âge, sexe, lieu de résidence, état civil, ...).

Une deuxième partie commençait par la description d'un cas de personne confrontée à une vulnérabilité psychologique (« vignette »), sans mentionner explicitement la pathologie. Seule une série de symptômes typiques était décrite[9]. Quatre cas différents ont été utilisés : un homme et une femme présentant des symptômes de dépression et un homme et une femme présentant des symptômes de psychose. Les participants étaient ensuite invités à répondre à un certain nombre de questions liées au cas décrit. Les réponses à ces questions nous permettent de dresser un tableau de l'étendue de la stigmatisation et du tabou entourant la vulnérabilité mentale chez les membres de la MC.

Dans la troisième partie de l'enquête, les répondants étaient interrogés sur leurs propres expériences en matière de problèmes psychologiques. Avez-vous déjà été confronté à des problèmes psychologiques ? À qui en avez-vous parlé ? Ou pourquoi n'en avez-vous pas parlé ? Auprès de qui avez-vous recherché de l'aide ? Ou quels étaient les obstacles à cette recherche d'aide ? Les réponses à ces questions esquissent également une partie de la stigmatisation et du tabou.

3. L'expérience des membres MC avec les problèmes psychologiques

3.1. Profil des répondants

3.1.1. Caractéristiques socio-démographiques

Au départ, le groupe de répondants se composait de 60% de femmes et de 40% d'hommes. Après repondération, ces chiffres ont été corrigés à 51,1% et 49,9% respectivement. Comme on pouvait s'y attendre, la proportion de membres MC âgés de 18 à 39 ans qui ont rempli le questionnaire était la plus faible (15%). Le groupe des plus de 65 ans, avec 34,5%, est particulièrement surreprésenté par rapport à la population flamande. 50,4% des personnes interrogées appartenaient à la catégorie d'âge des 40-64 ans. Ce chiffre a été corrigé par une repondération à 35,5% pour la tranche d'âge 18-39 ans, 45,1% pour la tranche d'âge 40-64 ans et 19,4% pour les plus de 65 ans. Grâce à cette repondération, la répartition de la population de l'étude en fonction de l'âge et du sexe est plus conforme à la population de référence (c'est-à-dire la population flamande).

Plus des deux tiers des répondants vivent en couple : la moitié sont mariés, 17% cohabitent. L'autre tiers est célibataire, par exemple suite à un divorce ou au décès du partenaire. Le nombre de couples mariés correspond aux résultats pour la population flamande[10]. Le nombre de personnes divorcées est légèrement inférieur à celui de la population flamande. C'est surtout le nombre de veuves/veufs qui est plus faible. Il est possible que la limite d'âge de 80 ans pour l'échantillon soit à la base de cette différence avec la population flamande.

Avec 58%, la part des personnes hautement qualifiées (diplômées de l'enseignement supérieur ou universitaire) dans l'étude est plus élevée que ce qui est observé dans la population flamande (37% en 2015). La part des personnes moyennement qualifiées (diplôme de l'enseignement secondaire) est de près de 37%, contre 40% dans la population flamande. C'est en particulier la part des personnes peu qualifiées (sans diplôme de l'enseignement secondaire) dans l'échantillon qui est plus faible que dans la population flamande (4% contre 23%).

La majorité des répondants sont actifs professionnellement, soit en tant que salariés (50%), soit en tant qu'indépendants ou dans une profession libérale (6%). 28% sont à la retraite et 10% sont en incapacité de travail ou en situation de handicap. Les autres sont des demandeurs d'emploi, des étudiants ou des pères/mères au foyer.

Deux tiers des personnes interrogées ont indiqué qu'il était facile ou très facile de joindre les deux bouts avec leur revenu disponible alors que 12% des répondants trouvent qu'il est (très) difficile de joindre les deux bouts. En 2018, ce chiffre était de 11%[11] dans la population flamande.

7. Une partie des 7.034 questionnaires reçus n'a pas pu être retenue : les questionnaires où seules les questions de profil ont été complétées (1.331 questionnaires) ou pour lesquels les informations nécessaires à la repondération des résultats n'étaient pas disponibles.
8. Sous la direction du Prof. Dr Piet Bracke, professeur attaché au département de sociologie et membre d'un groupe de recherche qui mène des recherches sociodémographiques et sociologiques sur la santé qui se concentrent, entre autres, sur la santé mentale et l'organisation des soins de santé mentale. Voir notamment : Piet Bracke (UGent), Katrijn Delaruelle (UGent) and Mieke Verhaeghe. Dominant cultural and personal stigma beliefs and the utilization of mental health services: a cross-national comparison (2019) FRONTIERS IN SOCIOLOGY. 4. Et : Charlotte Sercu (UGent) en Piet Bracke (UGent). Stigma, social structure, and the biomedical framework: exploring the stigma experiences of inpatient service users in two Belgian psychiatric hospitals. (2017) QUALITATIVE HEALTH RESEARCH. 27(8). p.1249-1261
9. Les questions utilisées sont une sélection du questionnaire utilisé pour l'étude « Stigma In Global Context - Mental Health Study » (SCG-MHS), une étude comparative internationale sur le niveau et les facteurs connexes de la stigmatisation en cas de dépression et de schizophrénie (http://www.indiana.edu/~sgcmhs/).
10. https://www.statistiekvlaanderen.be/nl/bevolking-naar-burgerlijke-staat
11. https://www.statistiekvlaanderen.be/nl/bevolking-in-subjectieve-armoede-0#ruim_1_op_10_geeft_aan_moeilijk_rond_te_komen_met_beschikbaar_inkomen

3.1.2. Santé mentale

Les répondants ont été invités à remplir le CES-D8, un questionnaire standardisé qui permet d'estimer l'ampleur des plaintes liées à la dépression dans la semaine précédant l'enquête[12]. Plus précisément, on leur a demandé combien de fois au cours de la semaine écoulée ils se sont sentis ou se sont comportés d'une certaine manière, allant de « jamais ou presque jamais » (score 0) à « toujours ou presque tout le temps » (score 3). Un score total a ensuite été calculé entre 0 et 24[13] pour chaque répondant, où un score plus élevé indique une fréquence et une intensité plus élevées des symptômes dépressifs. Les résultats, résumés dans le tableau 1, montrent que le score moyen est plus élevé pour les femmes que pour les hommes. Les personnes de plus de 65 ans, les répondants ayant un niveau d'études supérieur et les personnes qui arrivent facilement ou très facilement à joindre les deux bouts avec leur revenu disponible semblent être confrontées dans une moindre mesure à des plaintes dépressives. Ces résultats sont globalement conformes à ce que l'on observe habituellement dans les études[14].

Tableau 1 : Score CES-D8 des répondants par sexe, âge, niveau d'éducation et situation financière

	Moyenne	Pctl 25	Pctl 50	Pctl 75
Total	8,17	5	8	11
Homme	7,76	4	8	11
Femme	8,57	5	9	11
18 - 39 ans	8,59	5	8	12
40-64 ans	8,29	5	8	11
65 ans et plus	7,1	4	7	10
Enseignement secondaire maximum	8,79	6	9	12
Enseignement supérieur non universitaire	7,91	4	8	11
Enseignement universitaire ou (post) doctorat	7,4	4	7	10
(Très) difficile de joindre les deux bouts	11,98	9	12	15
Plutôt difficile de joindre les deux bouts	9,56	7	10	12
Assez facile de joindre les deux bouts	7,65	5	8	10
(Très) facile de joindre les deux bouts	6,42	3	6	9

3.2. Expériences personnelles des problèmes psychologiques

3.2.1. A-t-on déjà rencontré soi-même des problèmes psychologiques ?

En plus de l'évaluation de la santé mentale basée sur le CES-D8, la question sur les expériences personnelles des répondants en matière de problèmes psychologiques donne également une idée de leur état de santé. La moitié des personnes interrogées ont déclaré n'avoir jamais été confrontées à des problèmes psychologiques qui leur rendaient difficile la poursuite de leurs activités quotidiennes (figure 1). Près d'une personne sur trois a eu un problème dans le passé (= il y a plus d'un an) et 17% ont eu un problème au moment de l'enquête ou dans un passé récent. Toujours dans une précédente enquête menée auprès des Flamands en 2014, il est apparu qu'environ la moitié d'entre eux avaient déjà dû faire face à un problème psychologique[15].

Le fait que plus de femmes que d'hommes indiquent avoir déjà été confrontées à des problèmes psychologiques est conforme aux conclusions d'autres études. En outre, près de la moitié des personnes ayant connu des problèmes sont âgées de 40 à 64 ans et 40% de 18 à 39 ans ; une proportion assez limitée est âgée de 65 ans ou plus (13%). Par ailleurs, le nombre de personnes ayant connu des problèmes de santé mentale diminue avec l'augmentation du niveau d'éducation (de 42% chez les personnes peu qualifiées à 23% chez les personnes hautement qualifiées). Les personnes qui indiquent avoir déjà rencontré des problèmes psychologiques disent aussi plus souvent qu'il est (très) difficile de joindre les deux bouts avec le revenu familial disponible. Les différences selon l'âge et le niveau de revenu sont également conformes aux conclusions d'autres études, dont l'enquête belge sur la santé[16].

12. L'instrument de mesure CES-D est une liste d'auto-évaluation qui mesure l'étendue des symptômes de dépression. Le CES-D8 en est une version abrégée. Voir notamment : Jelte Bouma et. al. Het meten van symptomen van depressie met de CES-D: een handleiding. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen (https://www.umcg.nl/SiteCollectionDocuments/research/institutes/SHARE/assessment%20tools/handleiding_cesd2edruk.pdf).
13. Les deux éléments formulés positivement sont codés inversement avant de calculer le score total. Lorsque la réponse « ne sait pas » a été donnée, elle a été traitée dans le score total par personne en utilisant la technique de « l'imputation moyenne » où, pour chacun des 8 points, le score moyen a été calculé pour les données disponibles. Pour les répondants qui ont coché « ne sait pas » pour un élément, cette mention sera remplacée par le score moyen pour cet élément.
14. S. Van de Velde, K. Levecque, P. Bracke. Vlaanderen versus Nederland: verschillen in depressieve klachten bij mannen en vrouwen gemeten met de ces-d8. Tijdschrift voor psychiatrie 53(2011)2, 73-82.
15. Coppens E. et.al. Stigmatisering t.a.v. psychologische problemen Ervaringen en attitudes in Vlaanderen. Lukas, Leuven, 2014.
16. Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J., O.C. en Buffel, V. et.al Fit in het hoofd? Dans : De sociale staat van Vlaanderen 2013, p. 137.

Figure 1 : L'expérience des problèmes psychologiques parmi les membres MC

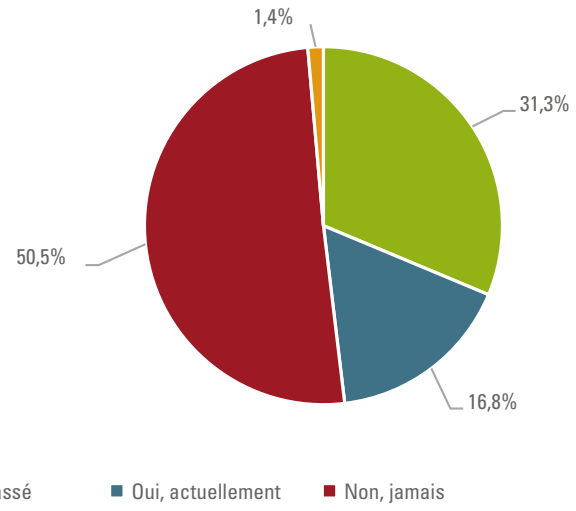
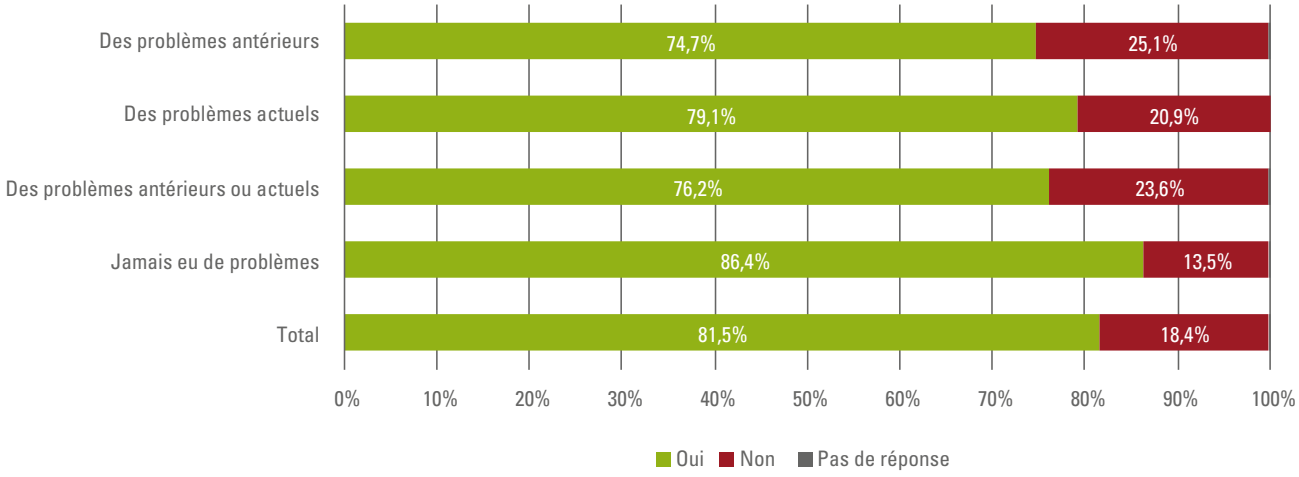


Figure 2 : Avez-vous parlé à votre entourage direct d'un problème psychologique ou le feriez-vous ?



3.2.2. Les membres de la MC parlent-ils de leurs problèmes psychologiques ?

Comme indiqué, il est important de parler des sentiments et des problèmes, mais ce n'est pas facile pour tout le monde. De nombreuses personnes se sentent mal à l'aise, vulnérables, gênées ou faibles ou ont peur de la réaction de l'autre.

Qui parle de ses problèmes psychologiques ?

82% des membres MC indiquent qu'ils ont parlé ou parleraient à leur environnement immédiat (amis, partenaire, famille, collègues, ...) de leurs problèmes psychologiques (figure 2). Cela représente 76% des personnes ayant connu des problèmes psychologiques et 86% des personnes n'en ayant jamais eu. Il n'est cependant pas exclu que ce groupe surestime sa volonté de parler.

La volonté de parler des problèmes psychologiques est plus faible chez les personnes peu qualifiées et chez celles qui ont du mal à joindre les deux bouts avec leur revenu disponible (tableau 2). Les femmes indiquent parler plus souvent de ces problèmes. D'autres études mentionnent également que les femmes abordent généralement plus facilement les problèmes psychologiques et demandent le soutien des autres[17].

17. Elise Pattyn et. al., O.C.

Les hommes croient davantage qu'ils sont tenus de contrôler leurs émotions, de sorte qu'ils sont plus enclins à se débrouiller par eux-mêmes et à résoudre seuls leurs problèmes. Ce n'est pas seulement leur propre opinion, mais c'est aussi ce qu'attend leur entourage. Pourtant, il est frappant de constater que seul un homme sur quatre indique qu'il ne parle(ra) pas de ses problèmes.

Tableau 2 : Parlez-vous d'un problème psychologique avec votre environnement immédiat ou le feriez-vous ? (selon le sexe, l'âge, le niveau d'éducation et la situation financière)

	Problèmes antérieurs ou actuels	Jamais eu de problèmes
	Oui	Oui
Homme	72,0%	83,2%
Femme	79,5%	90,4%
18 - 39 ans	80,9%	87,2%
39-64 ans	74,7%	86,4%
65 ans et plus	67,7%	85,4%
Enseignement secondaire maximum	69,5%	84,1%
Enseignement supérieur non universitaire	80,8%	88,2%
Enseignement universitaire ou post-doctorat	83,4%	87,5%
(Très) difficile de joindre les deux bouts	66,7%	77,0%
Plutôt difficile de joindre les deux bouts	75,5%	85,4%
Assez facile de joindre les deux bouts	78,5%	87,1%
(Très) facile de joindre les deux bouts	80,3%	87,8%
Total	**76,2%**	**86,4%**

En particulier dans le cas des personnes ayant une expérience des problèmes psychologiques, la proportion de personnes qui en parlent avec leur entourage diminue avec l'âge. Alors que dans la tranche d'âge la plus jeune, quatre répondants sur cinq sont prêts à le faire, chez les plus de 65 ans, ce n'est que deux sur trois. Ceci est conforme à ce qui a été constaté dans de précédentes études, à savoir que les personnes âgées sollicitent moins l'aide informelle[18]. Cela peut être lié à une baisse de volonté, par exemple en raison d'expériences négatives dans le passé. Mais le rétrécissement du réseau social des personnes âgées est également un facteur qui peut jouer un rôle.

Bien qu'à première vue ces résultats semblent très encourageants, cela reste un point d'attention important de constater que de nombreuses personnes ne parlent pas (ou ne souhaiteraient pas parler) de leur souffrance psychologique à leur entourage immédiat. Trop de gens ont encore tendance à se replier sur eux-mêmes et à garder les problèmes pour eux. Cela implique un risque qu'ils soient encore plus isolés, et que les problèmes soient détectés et traités tardivement et deviennent ainsi encore plus graves. Il reste donc nécessaire de continuer à souligner l'importance et l'utilité de l'aide informelle dans les campagnes, de continuer à répéter que parler aide et que cela peut réduire le pas à franchir vers une aide professionnelle.

Pourquoi ne parle-t-on pas des problèmes ?

La principale raison pour laquelle les répondants ne parlent pas à leur entourage immédiat est qu'ils souhaitent résoudre leurs problèmes eux-mêmes ou ne pas être un fardeau pour l'entourage, quelle qu'en soit la raison (tableau 3). La honte et la peur des réactions s'avèrent également être des obstacles importants pour les personnes qui ont déjà une expérience de la souffrance psychologique. Elles partent également du principe que leur environnement ne sera pas suffisamment ouvert.

Tableau 3 : Raisons de ne pas parler des problèmes psychologiques avec l'entourage direct

	Problèmes antérieurs	Problèmes actuels	Problèmes antérieurs ou actuels	Jamais eu de problèmes	Total
	%	%	%	%	%
Vouloir résoudre le problème soi-même	55,0%	36,7%	49,2%	59,7%	53,2%
Ne pas embêter son entourage	45,0%	54,3%	47,9%	38,3%	48,1%
Avoir honte	30,5%	35,7%	32,2%	23,6%	28,9%
Peur des réactions	24,9%	28,1%	26,0%	23,6%	25,1%
L'entourage réagirait mal	22,6%	20,6%	22,0%	14,0%	19,0%
Aucune ouverture attendue de l'entourage	21,9%	26,6%	23,4%	11,9%	19,1%
Ne pas en voir l'importance	18,2%	9,5%	15,4%	14,3%	15,0%
Ne pas en avoir besoin	16,3%	11,1%	14,6%	20,0%	16,7%

18. Elise Pattyn et. al., O.C.

Les répondants qui déclarent ne pas avoir de problèmes psychologiques évoquent moins souvent la honte et le manque d'ouverture de l'environnement comme raisons de ne pas parler des problèmes. Toutefois, cela doit être interprété avec prudence. Il est en effet possible qu'ils sous-estiment la stigmatisation, tant envers eux-mêmes que vis-à-vis de la société, et ces facteurs pourraient jouer un rôle au moment où ils seront effectivement confrontés à la souffrance psychologique.

Globalement, la stigmatisation et le tabou sont les raisons les plus répandues chez les jeunes répondants qui, plus souvent que les autres, indiquent qu'ils n'attendent pas de réaction positive de leur environnement (22,9%), qu'ils ont honte (41,5%) et qu'ils veulent résoudre le problème eux-mêmes (55,9%)[19]. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à ne pas voir l'importance de parler des problèmes (17,4%) et à vouloir les résoudre eux-mêmes (56,3%). En revanche, les femmes s'attendent plus souvent à un manque d'ouverture de leur entourage (20,8%).

Tableau 4 : Avec qui parle-t-on des problèmes psychologiques ?

	Problèmes antérieurs ou actuels	Jamais eu de problèmes	Total
Ami(e)	65,2%	53,5%	58,8%
Partenaire	61,1%	81,1%	72,0%
Mère	37,5%	24,4%	30,4%
Sœur/frère	34,4%	33,3%	33,8%
Collègues	26,7%	14,0%	19,8%
Père	19,0%	14,6%	16,6%
Professionnel	19,4%	13,4%	16,1%
Autres membres de la famille	16,1%	8,7%	12,1%
Voisins	6,4%	2,6%	4,4%

Avec qui parle-t-on des problèmes ?

Les répondant qui indiquent vouloir parler de leurs problèmes le font en premier lieu avec leur partenaire ou un ami (tableau 4). Ce sont surtout ceux qui n'ont pas encore rencontré de problèmes qui voient leur propre partenaire comme un interlocuteur. C'est moins le cas des personnes qui ont déjà vécu des problèmes. Les femmes parlent plus souvent à un(e) ami(e) (63%), les hommes plus souvent à leur partenaire (76%). Les jeunes (74%), les personnes ayant un niveau d'études plus élevé (75%) et les répondants qui s'en sortent (très) facilement leurs revenus (81%) parlent également plus souvent avec leur partenaire. D'autres personnes de l'entourage proche sont également considérées comme des interlocuteurs (mère, frère, sœur). Par ailleurs, les jeunes (67%), les personnes ayant un niveau d'études plus élevé (66%) et les personnes ayant une expérience des problèmes psychologiques (65%) parlent plus souvent avec leurs amis. Pour interpréter ces différences, il faut bien sûr tenir compte des différences dans la sphère de vie des répondants (avec un emploi ou non, avec un partenaire ou non, ...). En tout cas, ces résultats montrent la grande importance d'une personne de confiance en général et de sa propre famille, en particulier pour ceux qui veulent parler de problèmes psychologiques.

L'affirmation des campagnes selon laquelle « parler aide » est confirmée par les résultats (tableau 5). Dans l'ensemble, 92% des répondants indiquent que parler des problèmes aide ou aiderait un peu à (vraiment) beaucoup. Cette part est légèrement plus élevée pour ceux qui n'ont jamais eu de problèmes, même si, là encore, il peut y avoir une certaine surestimation.

3.2.3. Les membres de la MC cherchent-ils une aide professionnelle en cas de problèmes psychologiques ?

Il existe des situations où le simple fait de parler à l'entourage ne suffit pas et où une aide professionnelle, spécialisée ou non, est nécessaire. Les participants à l'enquête ont donc également été interrogés sur leur volonté de rechercher une aide professionnelle pour les problèmes psychologiques qu'ils ont rencontrés et sur les raisons éventuelles de ne pas le faire.

Qui cherche de l'aide pour résoudre les problèmes ?

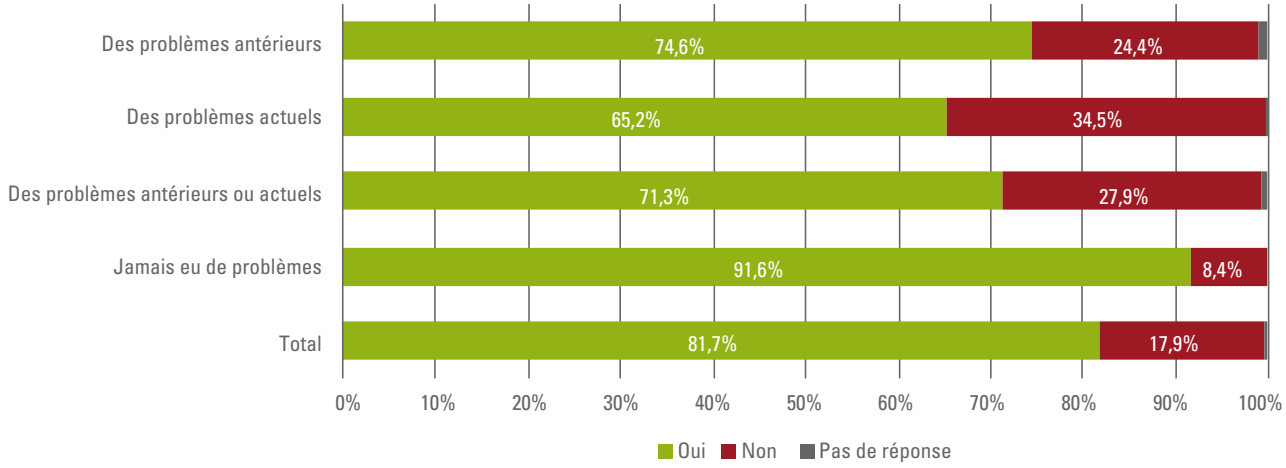
La partie de l'enquête portant sur l'attitude des répondants à l'égard des personnes en souffrance psychologique et de l'assistance psychologique a montré que les membres de la Mutualité chrétienne n'ont pas une attitude négative prononcée à l'égard de l'assistance professionnelle et qu'ils conseil-

Tableau 5 : Dans quelle mesure est-il utile de parler des problèmes psychologiques ?

	Problèmes antérieurs	Problèmes actuels	Problèmes antérieurs ou actuels	Jamais eu de problèmes	Total
Peu ou pas	9,1%	15,6%	11,4%	3,4%	7,0%
Un peu	40,4%	46,2%	42,5%	39,8%	41,0%
(Vraiment) beaucoup	49,4%	38,0%	45,2%	56,6%	51,4%

19. Données non reprises sous forme de tableau dans cet article.

Figure 3 : Avez-vous cherché une aide professionnelle pour un problème psychologique ou le feriez-vous ?



leraient également une assistance professionnelle pour les personnes dans une telle situation[20]. Il n'est donc pas si surprenant que trois répondants sur quatre cherchent (ou voudraient chercher) également une aide professionnelle pour les problèmes psychologiques qu'ils ont rencontrés (figure 3).

D'autres recherches ont déjà montré qu'il faut parfois beaucoup de temps avant qu'une personne souffrant de troubles psychiques ne reçoive les soins nécessaires. Par exemple, le début de l'aide professionnelle survient en moyenne un an trop tard pour les problèmes d'humeur graves et même 16 ans trop tard pour les problèmes graves d'anxiété[21]. Il s'avère donc qu'il existe encore de nombreux obstacles à franchir avant de solliciter une aide.

Cela peut expliquer, en partie, pourquoi la proportion de demandeurs d'aide dans cette enquête est plus faible parmi ceux qui sont aux prises avec des problèmes au moment de l'enquête. Peut-être que certaines de ces personnes feront appel à une aide professionnelle à un stade ultérieur du processus. Le fait que les personnes qui ont déjà eu des problèmes psychologiques se tournent moins vers l'aide professionnelle

Tableau 6 : Avez-vous cherché une aide professionnelle pour un problème psychologique ou le feriez-vous ? Selon le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, la situation financière

	Problèmes antérieurs	Problèmes actuels	Problèmes antérieurs ou actuels	Jamais eu de problèmes
	Oui	Oui	Oui	Oui
Homme	67,0%	59,4%	64,4%	89,2%
Femme	80,1%	70,8%	77,9%	94,3%
18-39	75,6%	67,5%	72,0%	92,5%
40-64	75,8%	65,1%	73,2%	90,8%
65+	69,0%	47,5%	66,6%	91,3%
Études secondaires achevées maximum	70,4%	61,6%	67,5%	88,8%
Enseignement supérieur non universitaire achevé	78,3%	70,6%	76,8%	92,6%
Études universitaires achevées ou (post)doctorat	76,6%	68,0%	74,0%	94,3%
(Très) difficile de joindre les deux bouts	78,2%	65,5%	71,5%	82,0%
Plutôt difficile de joindre les deux bouts	74,5%	67,6%	71,9%	89,6%
Assez facile de joindre les deux bouts	72,4%	62,6%	69,3%	92,7%
(Très) facile de joindre les deux bouts	75,6%	65,0%	72,8%	93,1%

20. Voir l'article « Comment ça va ? Enquête sur l'attitude des membres de la MC à l'égard des personnes souffrant de problèmes psychologiques et des soins de santé mentale » dans ce même numéro de MC-Informations.
21. https://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/feiten-cijfers

peut également être le résultat d'expériences moins positives dans le passé avec l'aide ou de l'impact en termes de stigmatisation perçue. Comme pour le fait d'en parler, la volonté de faire appel à une aide professionnelle est plus élevée chez les personnes qui n'ont jamais eu de problèmes, mais cela peut être surestimé. Il est possible que certains d'entre eux, en cas de problèmes, ne franchissent finalement pas le pas vers une aide professionnelle, peut-être parce que ce n'est pas nécessaire, mais peut-être aussi parce que le seuil est trop élevé.

Dans tous les sous-groupes, il apparaît que les femmes font (ou feraient) davantage appel à une aide professionnelle que les hommes (tableau 6). Ces différences entre les sexes peuvent s'expliquer en partie par l'opinion dominante mentionnée précédemment, selon laquelle les hommes, plus que les femmes, devraient être capables de contrôler leurs émotions et de résoudre eux-mêmes leurs problèmes, de sorte qu'on leur conseillera moins souvent de demander une aide professionnelle et qu'ils le feront moins d'eux-mêmes.

En outre, les personnes âgées ayant une expérience des problèmes psychologiques semblent moins enclines à demander une aide professionnelle. Cela vaut également pour les personnes qui ont (beaucoup) de mal à joindre les deux bouts et qui n'ont pas encore connu de problèmes. Enfin, le niveau d'éducation a également un impact sur le comportement de recherche d'aide, avec le taux le plus faible chez les personnes moins instruites. Ces résultats sont également conformes à ce que l'on trouve dans la littérature[22].

Pourquoi ne cherche-t-on pas d'aide ?

Les raisons de ne pas faire appel à une aide professionnelle sont très diverses (tableau 7). La raison la plus souvent mentionnée est que l'on veut résoudre le problème soi-même (59%). Mais des obstacles liés à l'organisation des soins de santé mentale sont également cités. La peur des coûts est un seuil important pour ceux qui ont déjà une expérience de problèmes psychologiques (33%) et surtout pour ceux qui avaient des problèmes psychologiques au moment de l'enquête ou dans un passé récent (45%). La peur des coûts semble également être un seuil plus important pour les femmes (33%), les jeunes (34%), les personnes moins éduquées (34%) et, logiquement, les personnes ayant des difficultés financières (59%). Les personnes qui n'ont pas encore connu de problèmes ont beaucoup moins cité cette raison (8%). Parmi les personnes qui n'ont pas encore eu de problèmes et celles qui en ont eu récemment, une personne sur dix fait aussi référence au listes d'attente potentiellement longues dans le domaine des soins. Tout cela indique que les soins de santé mentale sont perçus comme étant encore insuffisamment accessibles. Par ailleurs, les résultats montrent également qu'un répondant sur cinq n'avait pas une connaissance suffisante de ce qui était proposé et ne savait donc pas à qui s'adresser, ou ne se sentait pas familier des soins de santé mentale.

Tableau 7 : Pourquoi n'avez-vous pas consulté une aide professionnelle ?

	Problèmes antérieurs	Problèmes actuels	Problèmes antérieurs ou actuels	Jamais eu de problèmes	Total
	%	%	%	%	%
Vouloir résoudre le problème soi-même	62,5%	46,4%	55,1%	70,8%	58,6%
S'inquiéter des coûts	23,9%	45,3%	32,9%	16,5%	29,3%
Penser que le problème disparaîtra de lui-même	23,3%	19,6%	21,5%	29,7%	23,3%
Pas familier	20,3%	22,4%	21,1%	9,9%	18,6%
Ne pas savoir à qui s'adresser et où	19,3%	17,0%	18,2%	21,2%	18,9%
Ne pas en avoir besoin	20,8%	15,9%	18,5%	16,0%	18,0%
Ne pas oser franchir le pas	14,2%	18,6%	16,1%	17,9%	16,5%
Avoir honte	11,1%	14,5%	12,5%	15,1%	13,1%
Chercher de l'aide est un signe d'échec personnel	11,7%	14,6%	12,8%	8,5%	11,8%
Ne pas croire en l'aide professionnelle	9,5%	8,8%	9,1%	17,5%	11,0%
Ne pas en voir l'importance	11,6%	7,2%	9,7%	18,4%	11,6%
Pas de temps pour une aide efficace	7,0%	15,1%	10,5%	9,4%	10,2%
De longs délais d'attente pour être aidé	1,8%	10,0%	5,3%	7,1%	5,7%
Ne pas parvenir à prendre un rendez-vous	1,5%	3,3%	2,2%	2,4%	2,2%

22. Elise Pattyn et.al., O.C.

Tableau 8 : À quelle aide professionnelle faites ou feriez-vous appel ?

	Problèmes antérieurs	Problèmes actuels	Problèmes antérieurs ou actuels	Jamais eu de problèmes	Total
Médecin généraliste	71,2%	26,5%	56,9%	81,5%	71,1%
Psychologue/psychothérapeute	68,4%	50,0%	62,5%	27,5%	42,4%
Psychiatre	33,6%	32,1%	33,1%	67,4%	52,8%
Soignant alternatif	13,4%	4,3%	10,5%	6,4%	8,1%
Travailleur social	5,2%	0,2%	3,6%	7,9%	6,1%
Autre professionnel	3,4%	1,7%	2,8%	0,3%	1,4%
Coach		1,1%	1,2%	0,1%	0,6%

Enfin, le tabou sur les problèmes psychologiques et l'assistance psychologique est confirmé, en particulier pour ceux qui ont déjà une expérience des problèmes psychologiques. Plus d'un répondant sur dix considère que le fait de chercher de l'aide est un signe d'échec personnel, qu'il aurait honte ou qu'il n'ose pas franchir le pas pour demander de l'aide. Les plus jeunes citent cette raison encore plus souvent que les autres (15%, 16% et 24% respectivement). De même, les personnes ayant un niveau d'études plus élevé disent plus souvent qu'elles n'osent pas franchir le pas (19%).

Auprès de qui cherche-t-on de l'aide ?

En accord avec les résultats d'autres recherches, il apparaît que le médecin généraliste reste un point de contact important pour les répondants en cas de problèmes[23] (tableau 8). Le médecin généraliste est alors considéré à la fois comme un aidant et un référent vers une aide plus spécialisée si nécessaire.

Le psychologue ou le psychothérapeute est également souvent mentionné, notamment par les répondants ayant une expérience des problèmes psychologiques. Ces répondants n'ont mentionné qu'en troisième lieu l'assistance d'un psychiatre. Ceux qui n'ont jamais été confrontés à des problèmes psychologiques mentionnent remarquablement plus souvent le psychiatre. En raison de leur manque d'expérience, ils sont moins conscients de l'offre de soins de santé mentale et se réfèrent par défaut aux professionnels (biomédicaux)/médecins connus.

Les personnes âgées mentionnent encore plus souvent que les autres le médecin généraliste (77%) et aussi l'assistant social (9%) comme prestataire de soins, tandis que les jeunes évoquent plus souvent le psychologue ou le psychothérapeute (54%) et le psychiatre (48%). Les personnes ayant fait des études supérieures mentionnent également plus souvent cette aide spécialisée (61% et 47% respectivement). Enfin, les femmes interrogées semblent non seulement faire plus fréquemment appel à une aide spécialisée (54% et 45% respectivement), mais aussi à des prestataires de soins alternatifs (11,3%).

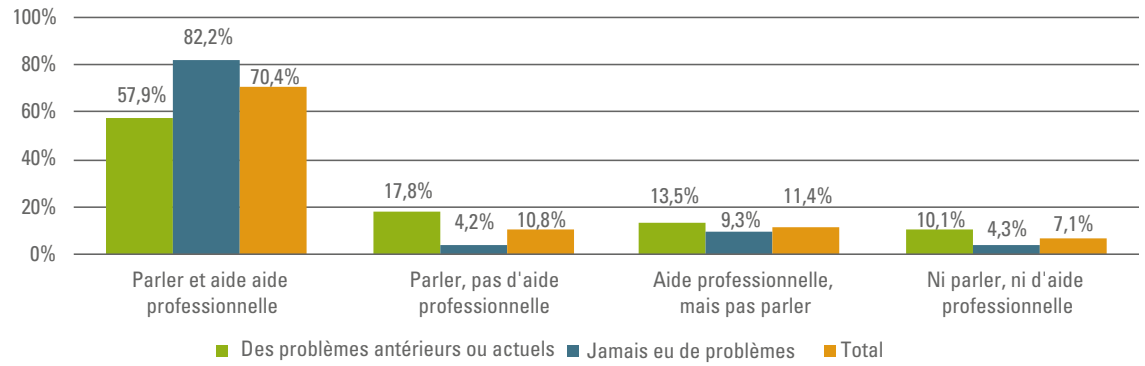
En général, les répondants possèdent une expérience ou ont confiance dans le fait que l'aide professionnelle apporte une aide (tableau 9). En particulier ceux qui n'ont pas encore rencontré de problèmes supposent qu'ils bénéficieront grandement d'une aide professionnelle. Les gens qui ont déjà eu des problèmes disent plus souvent que l'aide professionnelle aide un peu. Cette part est plus faible pour ceux qui ont fait appel à une aide professionnelle au moment de l'enquête ou dans un passé récent. Il est possible qu'ils soient encore en traitement et qu'ils évalueront l'effet de l'aide professionnelle de manière encore plus positive à un stade ultérieur de ce processus. En outre, d'après leur propre expérience, ils sont encore plus conscients que l'aide professionnelle seule ne suffit pas et

Tableau 9 : Dans quelle mesure l'aide professionnelle aide-t-elle ?

	Problèmes antérieurs	Problèmes actuels	Problèmes antérieurs ou actuels	Jamais eu de problèmes	Total
Peu ou pas	6,1%	9,0%	7,0%	1,2%	3,7%
Un peu	21,2%	34,7%	25,5%	22,2%	23,6%
(Vraiment) beaucoup	72,2%	55,4%	66,9%	76,4%	72,4%

23. Voir entre autres : https://domusmedica.be/actueel/gezondheidsenquete-huisarts-geslaagd et Dr. Evelien Coppens et. al. Stigmatisering t.a.v. psychologische problemen. Ervaringen en attitudes in Vlaanderen. Leuven 2014

Figure 4 : Parler et/ou aide professionnelle pour les problèmes psychologiques



que leur situation dans son ensemble doit être abordée en tenant compte des autres domaines de la vie (éducation, emploi, logement, loisirs, ...).

3.2.4. Parler versus chercher de l'aide

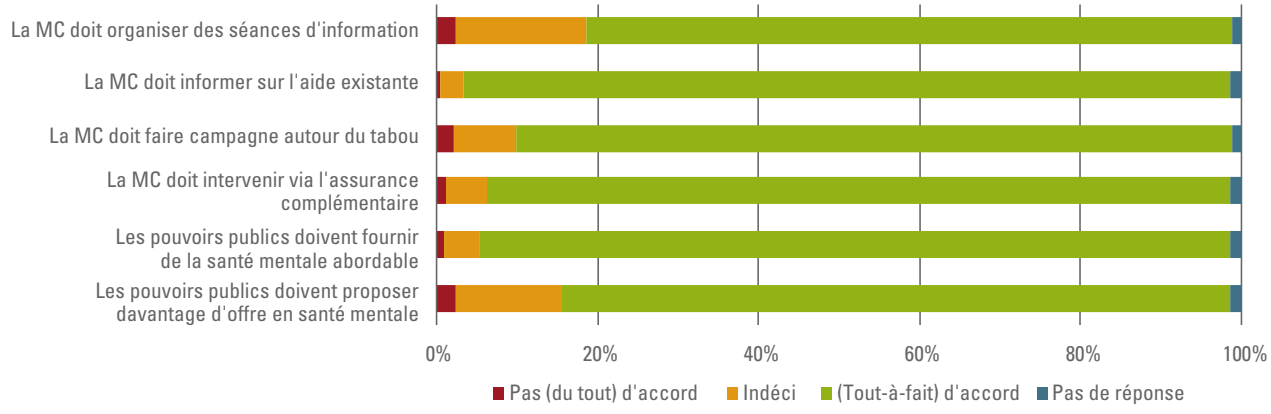
Si l'on considère le groupe dans son ensemble, une majorité indique qu'ils cherchent de l'aide et parlent également des problèmes (figure 4). Cela concerne 58% des répondants ayant une expérience des problèmes psychologiques et 82% des répondants sans expérience des problèmes psychologiques. Toutefois, comme nous l'avons déjà indiqué, il faut, pour ces derniers, tenir compte d'une surestimation et il reste à voir s'ils le feraient effectivement s'ils rencontraient effectivement des problèmes psychologiques.

Les femmes indiquent plus souvent que les hommes qu'elles parlent de leurs problèmes et qu'elles cherchent une aide professionnelle pour les résoudre. Il en va de même pour les personnes ayant fait des études supérieures et pour la catégorie d'âge la plus jeune des répondants qui ont déjà été confrontés à des problèmes. Les personnes âgées indiquent plus souvent qu'elles ne parlent pas de leurs problèmes mais qu'elles cherchent de l'aide, ou qu'elles ne parlent pas de leurs problèmes et ne cherchent pas d'aide.

De plus, certains répondants ne font que parler de leurs problèmes et d'autres font uniquement appel à une aide professionnelle. Ce n'est pas nécessairement un problème majeur, à condition qu'ils aient été aidés efficacement et que cela n'ait pas été induit, par exemple, par des réactions négatives de l'entourage immédiat ou des expériences négatives avec l'assistance dans le passé.

L'observation du comportement des répondants en matière de recherche d'aide peut donc certainement être qualifiée d'encourageante. Mais nous ne devons pas perdre de vue le fait que trop de personnes ne parlent toujours pas de leurs problèmes et ne franchissent pas le pas vers une aide professionnelle. Cela concerne 7% des répondants. Pour ceux qui ont déjà connu des problèmes psychologiques, cela représente même 10% des sondés. Pour un certain nombre d'entre eux, il

Figure 5 : Le rôle des autorités et de la MC en tant que mutualité des répondants



se peut que les problèmes se résolvent effectivement d'eux-mêmes, mais les résultats ont également montré que beaucoup de répondants rencontrent des obstacles pour franchir le pas vers une aide (in)formelle.

3.2.5. Quel est le rôle des autorités et des mutualités ?

Pour finir, les répondants ont également reçu un certain nombre d'affirmations sur le rôle des autorités et des mutualités dans la politique des soins de santé mentale. Pour toutes les propositions, une majorité des répondants est d'accord (figure 5). L'accessibilité financière des soins est une préoccupation majeure, et une majorité écrasante pense que les autorités et les mutualités devraient en assumer la responsabilité. Ceci est conforme à l'observation selon laquelle une partie des personnes interrogées n'a pas fait le pas vers une aide professionnelle par crainte du coût. Il existe également une demande claire pour plus d'informations sur l'aide possible en cas de problèmes psychologiques. Cela n'est pas surprenant puisque beaucoup ont indiqué qu'ils ne savent (ou sauraient) pas à qui s'adresser pour obtenir de l'aide en cas de problèmes psychologiques (voir ci-dessus). Toujours dans la deuxième partie de l'enquête, un grand groupe de répondants a indiqué qu'ils ne savaient pas vers qui la personne concernée pouvait être renvoyée (voir l'autre article de ce numéro). Il est donc clairement nécessaire de renforcer cet aspect de la littéracie en santé mentale.

4. Conclusion et recommandations

La Mutualité chrétienne a examiné la proportion de ses membres qui avaient déjà rencontré des problèmes psychologiques et comment ils les avaient traités. Osent-ils parler de leurs problèmes et osent-ils faire le pas vers une aide professionnelle ? Quels sont les obstacles auxquels ils sont confrontés ? Les résultats montrent que la moitié des membres MC ont déjà éprouvé des souffrances psychologiques. Une grande partie d'entre eux en ont parlé avec des personnes de leur entourage immédiat et/ou ont fait appel à une assistance professionnelle. Ceux qui n'ont pas encore connu la souffrance psychologique sont davantage disposés à en parler ou à demander de l'aide si nécessaire, bien qu'il y ait un risque réel qu'ils surestiment leur propre comportement dans la recherche d'aide et, en cas de problèmes effectifs, qu'ils rencontrent malgré tout des obstacles pour faire le pas vers une aide.

Mais le plus important est le fait que 24% des personnes interrogées ayant vécu une souffrance mentale n'en ont pas parlé et que 28% n'ont pas fait appel à une aide professionnelle. En outre, 10% ne parlent pas de leurs problèmes et ne sollicitent pas d'aide. Pourtant, en parler et/ou demander de l'aide aurait pu être nécessaire dans certaines de ces situations.

Les raisons de ne pas parler des problèmes ou d'appeler à l'aide sont diverses. Si l'on ne parle pas des problèmes, c'est avant tout parce que l'on préfère les résoudre soi-même ou parce que l'on ne veut pas embêter son entourage, mais la honte et la peur des réactions jouent également un rôle. Le tabou et la stigmatisation jouent également un rôle dans l'attitude de recherche d'aide, aux côtés d'autres obstacles tels que le coût et le manque de connaissance de l'offre.

Il ne faut pas non plus sous-estimer l'impact du fait que les gens ne parlent pas de leurs problèmes ou ne demandent pas d'aide. Cela peut entraîner une nouvelle détérioration non seulement de la santé mentale, mais aussi de la qualité de vie, en raison de la poursuite de la diminution des contacts sociaux et de l'isolement croissant, de l'aggravation de problèmes physiques existants ou de l'émergence de nouveaux problèmes qui ne sont pas ou insuffisamment traités, d'une distanciation encore plus grande par rapport à la formation ou au marché du travail, ... En ne prenant pas les mesures nécessaires pour obtenir les soins et l'aide dont elle a besoin, une personne souffrant de troubles psychologiques court le risque que ses problèmes s'accumulent. Le défi va donc bien plus loin que le traitement des problèmes psychologiques, et bien plus loin que le retour à la santé.

Toute personne confrontée à des problèmes psychologiques doit surmonter divers obstacles pour faire le pas vers une aide formelle ou informelle. C'est pourquoi des initiatives sont nécessaires pour éliminer les obstacles rencontrés dans la recherche d'aide. Tant les pouvoirs publics que les organisations de la société civile, comme les mutualités, peuvent jouer un rôle important à cet égard. Il est ainsi important de se concentrer encore davantage sur une offre suffisamment large, facilement accessible et financièrement abordable de soins de santé mentale destinés à l'ensemble de la population. L'offre existante devrait également être mieux promue, grâce à de vastes campagnes d'information et à des campagnes adaptées aux spécificités de certains sous-groupes de la société (par exemple les jeunes, les personnes ayant une littéracie en santé plus limitée, ...).

L'importance de l'aide informelle doit également être soulignée de manière continue car parler aide et peut encourager le passage à une aide professionnelle. L'assistance informelle et l'assistance formelle sont complémentaires et se renforcent mutuellement.

En outre, grâce à des actions de sensibilisation et d'information et à une perception correcte des problèmes de santé mentale et de l'aide professionnelle, il convient de s'attaquer davantage au tabou et à la stigmatisation qui conduisent encore à des réticences à parler des problèmes de santé mentale, à chercher de l'aide et à orienter les autres vers des prestataires de soins.

La Mutualité chrétienne assume toutes ses responsabilités à cet égard, avec diverses initiatives et une large offre (par la gestion conjointe de la sécurité sociale, le remboursement des soins psychologiques via les services et avantages complémentaires, par la réalisation d'études spécifiques sur la santé mentale de ses membres, par des initiatives visant à lutter contre les stéréotypes liés à la santé mentale). Un exemple concret est la récente campagne du service de promotion de la santé « le point d'interrogation sincère » (voir encadré).

Campagne le « point d'interrogation sincère »

Avec la récente campagne le « point d'interrogation sincère », la mutualité santé MC veut contribuer, d'une part, à la **déstigmatisation** et à **briser les tabous** et, d'autre part, à rapprocher les personnes de l'assistance et des soins. Le but ultime est de parvenir à un changement de comportement où les personnes souffrant de problèmes psychologiques parleront de leurs problèmes et feront le pas vers une « aide » si nécessaire. Néanmoins, la campagne s'adresse avant tout à l'entourage et non aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale elles-mêmes. Avec cette campagne, la MC veut encourager les gens à demander vraiment comment la personne se porte.

Outre une campagne médiatique par le biais de différents canaux et une série d'actions publiques, la MC a développé, en collaboration avec le Centre d'expertise flamand pour la prévention du suicide (VLESP) et Te Gek!?, une session d'information sur la manière de rendre les problèmes psychologiques discutables. Cette session s'adresse à tous ceux qui voudraient être là pour les personnes de leur entourage qui rencontrent des difficultés psychologiques, mais qui ne savent pas comment aborder une conversation sur ce sujet et vers qui renvoyer les personnes pour obtenir de l'aide.
La conférence interactive « Wegwijs in de geestelijke gezondheidszorg » (Orientation dans les soins de santé mentale)a également été mise en place. Cette conférence est donnée par Brenda Froyen, avec laquelle elle crée un climat ouvert et stimule le débat sur le tabou et la stigmatisation entourant la santé mentale.

Pour plus d'informations : https://www.cm.be/het-oprechte-vraagteken

Comment ça va? Enquête sur l'attitude des membres de la Mutualité chrétienne à l'égard des personnes souffrant de problèmes psychologiques et des soins de santé mentale.

Rebekka Verniest (Service d'étude), Carolien Luypaert (Compas)
Piet Bracke (UGent, Département de sociologie), Lisa Colman (UGent, Département de sociologie)
Avec nos remerciements à Hervé Avalosse et Louise Lambert (Service d'étude)

Résumé
Les gens se posent souvent la question « Comment ça va ? ». Mais souvent, il s'agit surtout d'une salutation polie. Ils ne sont généralement pas préparés au fait que la réponse puisse également être moins positive et ne sauraient pas comment y réagir. De plus, la personne à qui l'on pose la question hésitera généralement à en parler ouvertement, surtout lorsque cela va moins bien ou qu'il est question de problèmes psychologiques. Les gens n'aiment pas volontiers parler de ces problèmes. Cela est largement dû à la stigmatisation qui entoure encore les problèmes psychologiques. En cas de stigmatisation, les gens sont estampillés sur la base d'une caractéristique spécifique et des caractéristiques négatives y sont associées. Cela conduit à des réactions de peur et de colère et à un désir de distanciation, de rejet et de comportement discriminatoire. Mais la stigmatisation va au-delà des contacts interpersonnels, elle a aussi une composante structurelle, plus précisément les processus de stigmatisation et de discrimination au sein de la société.

À travers une étude, la MC a voulu se faire une idée de l'attitude de ses membres envers les personnes en situation de vulnérabilité mentale et envers les soins de santé mentale. Pour ce faire, on leur a présenté le cas d'une personne présentant une vulnérabilité mentale (= vignette) et on leur a posé un certain nombre de questions à ce sujet. Comment évaluent-ils la situation de la personne en situation de vulnérabilité mentale ? Que voient-ils comme causes possibles ? Comment évaluent-ils les possibilités de récupération ? Et quelle distance veulent-ils ? Les résultats montrent que malgré une attitude globalement positive, on trouve aussi des traces de préjugés et de stigmatisation.

Étant donné l'impact de cette stigmatisation sur la personne vulnérable en termes de traitement, d'image de soi, de qualité de vie et de réinsertion dans la société, il est important de se concentrer davantage sur les initiatives visant à réduire la stigmatisation. En plus des initiatives qui se concentrent sur une image positive et une information correcte sur les problèmes psychologiques et les possibilités de traitement, il faut également veiller à éliminer les processus structurels stigmatisants et discriminatoires. La Mutualité chrétienne veut également continuer à assumer sa responsabilité à cet égard.

Mots-clés : Souffrance psychologique, santé mentale, socialisation, tabou, stigmatisation, perception, préjugés, discrimination

1. Introduction

Pour beaucoup de personnes au sein de notre société, la question « Comment ça va ? » n'est plus qu'une simple salutation polie. En principe, ceux qui posent la question n'attendent pas une réponse négative. Et lorsque cette réponse négative arrive, les gens ne savent pas toujours comment réagir. De plus, les personnes à qui l'on pose la question ne disent pas toujours ce qu'elles ressentent vraiment. Lorsqu'il s'agit de sentiments négatifs et de problèmes psychologiques, les gens sont encore très réticents à en parler. De plus, le passage à une assistance professionnelle n'est pas facile pour beaucoup. Cela n'est pas sans rapport avec la stigmatisation qui entoure encore les problèmes psychologiques.

La stigmatisation est une donnée multidimensionnelle complexe avec des composantes cognitives, affectives et comportementales[3]. Elle commence par le processus dans lequel les personnes qui présentent une caractéristique spécifique, en l'occurrence un problème psychologique, sont estampillées sur la base de cette caractéristique. Un certain nombre de caractéristiques négatives y sont alors associées. Ainsi, les personnes souffrant de problèmes de santé mentale sont souvent considérées comme faibles, peu fiables, imprévisibles ou dangereuses. Ces stéréotypes négatifs sont présents à la fois dans l'environnement (stigmatisation publique) et chez la personne elle-même, qui intériorise ces stéréotypes (auto-stigmatisation). Cela donne lieu à un désir de s'éloigner des autres, à un sentiment de « nous-eux », et peut conduire à ce que la confiance en soi et l'image de soi des personnes appartenant au groupe stigmatisé soient gravement affectées, et qu'elles se sentent différentes et inférieures. La personne qui stigmatise ressent de l'irritation, de la colère, de la peur et la personne stigmatisée est pour sa part en proie à la peur et à la honte. La personne stigmatisée perd son rôle, son statut dans la société et il est question d'un comportement discriminatoire. Le processus de stigmatisation ne peut pas non plus être considéré indépendamment des relations de pouvoir dominantes et du fait que les groupes plus vulnérables ont plus de mal à éviter les conséquences des stéréotypes négatifs que les groupes plus privilégiés. La discrimination se produit dans les relations interpersonnelles où, par exemple, une personne ayant des problèmes de santé mentale a des difficultés à participer à la vie sociale, à se faire accepter pour un emploi ou à louer une maison. Mais cette discrimination se situe également à un niveau plus élevé[2]. Elle s'exprime par exemple dans l'image généralement plus négative véhiculée par les médias, dans les politiques de santé qui accordent trop peu d'attention à la santé (et aux soins de santé) mentale, dans les produits d'assurance qui prévoient des conditions différentes pour les personnes souffrant de problèmes psychologiques. Parce que les personnes psychiquement vulnérables sont conscientes de ces difficultés, elles les anticiperont souvent et, par exemple, cacheront anxieusement leurs problèmes de santé, se replieront sur elles-mêmes, reporteront la demande d'aide et de soutien ou passeront sous silence le traitement dans un établissement et qualifieront leur absence temporaire comme un congé, par exemple. Elles veulent ainsi éviter les réactions négatives, le jugement de leur entourage et les comportements discriminatoires (stigmatisation vécue). En outre, cette stigmatisation peut se diffuser dans l'entourage des personnes atteintes de maladies mentales, de sorte qu'eux non plus n'osent pas parler ouvertement de la situation (stigmatisation associative).

Il est donc clair que la stigmatisation peut avoir un effet destructeur sur les individus et entraver leur récupération, et qu'elle a un impact non seulement sur le traitement des problèmes de santé mentale, mais aussi sur les possibilités de développement personnel lié au rôle joué dans la société, et donc sur la qualité de vie. La stigmatisation est donc décrite par certains comme la deuxième maladie à vaincre, comme le véritable « ennemi » à vaincre[3].

La réalité montre qu'il existe un lien entre les problèmes psychologiques et le statut socio-économique : 72 % des personnes qui sollicitent un CPAS ou un CAW (Centrum Algemeen Welzijnswerk - Centre d'aide sociale générale) connaissent un état de malaise psychologique, 58% d'entre elles souffrent de dépression légère et 36% ont déjà fait une tentative de suicide. Ces chiffres sont beaucoup plus élevés que pour les personnes qui ne bénéficient pas de l'aide sociale[4]. Une enquête menée auprès des organismes de médiation de dettes agréés sur l'évolution du profil des clients indique, entre autres, une augmentation du nombre de dossiers multi-problèmes où, en plus des problèmes financiers, on rencontre principalement des problèmes dans divers domaines de vie (par exemple l'isolement social, le logement, etc.), ainsi qu'une augmentation des problèmes psychologiques et des addictions[5]. En ce qui concerne ce dernier aspect, il est frappant de constater qu'en 2018, près de 60% de la clientèle ont été confrontés à un ou plusieurs problèmes psychologiques et/ou addictions. Un autre constat est que les dettes des personnes ayant des problèmes de santé mentale sont souvent difficiles à réduire.

En matière d'emploi, il est apparu que le taux d'emploi des personnes souffrant de troubles psychiques est de 50%. C'est 15% de moins que pour les personnes sans maladie mentale. De plus, l'écart entre les deux groupes s'est creusé entre 1997 et 2008. Le taux d'emploi diminue également avec l'augmentation de la gravité de l'affection. Des études de l'OCDE ont déjà montré que le taux de chômage des personnes atteintes d'un trouble psychique est généralement deux fois plus élevé que celui des personnes sans maladie mentale. En Belgique, le taux de chômage en 2018 était de 26,5% pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale graves et de 17,3% pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale modérés, contre 9,5% pour les personnes n'ayant pas de tels problèmes[6].

Cependant, tout le monde traverse un jour une période plus difficile ou une période avec des plaintes telles que des problèmes de sommeil, du stress ou des hauts et des bas. De très

1. Bruce G. Link and Jo C. Phelan, Conceptualizing Stigma. Dans : Annual Review of Sociology vol. 27:363–85, August 2001 (https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363) et Bruce Q. Link et.al, Measuring Mental Illness Stigma. Schizophrenia Bulletin, Vol. 30, No. 3, 2004 (https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/30/3/511/1933054)
2. Charlotte Sercu, Stigma and the psychiatric enterprise: An ethnographic study of stigma in the Belgian mental health care context. Dissertation submitted to the Faculty of Political and Social Sciences of Ghent University in partial fulfilment of the requirements for the Degree of Doctor in Sociology. Academic year 2015-2016.
3. Voir entre autres https://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/stigma
4. https://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/feiten-cijfers
5. Hans Ledegen, Vlaamse gezinnen in budget- en/of schuldhulpverlening Cijfergegevens 2015 – 2018, Steunpunt Mens en Samenleving, juillet 2019
6. Jeroen KNAEPS, Vocational rehabilitation People with mental health problems Vocational rehabilitation counselors Mental health practitioners. Dissertation presented in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor in the Biomedical Sciences. Leuven, March 2015

nombreuses personnes sont pourtant confrontées à une maladie mentale, parfois pour une longue période, et il est important de pouvoir parler aux autres de ces problèmes et, si nécessaire, de faire le pas vers une aide professionnelle. Il est donc important de continuer à combattre les tabous et la stigmatisation.

Afin de mieux comprendre les attitudes des membres de la MC, celle-ci a organisé au printemps 2019 une étude à grande échelle parmi ses membres sur les tabous entourant les problèmes psychologiques et leurs propres expériences face aux problèmes psychologiques[7].

2. Méthode de recherche

Fin mai 2019, une enquête en ligne a été menée parmi un échantillon aléatoire de 100.000 membres de la MC[8] affiliés à une mutualité MC flamande. Au final, 5.675 des 7.034 questionnaires reçus ont pu être retenus pour un traitement ultérieur[9] (taux de réponse = 7%).

Le questionnaire, élaboré en collaboration avec l'UGent[10], comportait quelques questions sur le profil du répondant et des questions sur ses propres expériences en matière de problèmes psychologiques et sur la manière dont il les a traités. En outre, leur attitude envers les personnes souffrant de troubles psychologiques et l'assistance psychologique[11] a également été étudiée.

À cette fin, la « technique de la vignette » a été utilisée, une méthode souvent employée dans les études sur la stigmatisation de la souffrance mentale. Cette partie de l'enquête a commencé par la description d'un cas de personne confrontée à une vulnérabilité psychologique (« vignette »), sans mentionner explicitement la pathologie. Seule une série de symptômes typiques a été décrite, conformément à la classification des problèmes de santé mentale DSM-IV. Quatre cas différents ont été utilisés dans cette enquête (voir encadré) :

- Homme présentant des symptômes de dépression
- Femme présentant des symptômes de dépression
- Homme présentant des symptômes de psychose
- Femme présentant des symptômes de psychose

Les participants ont ensuite été invités à répondre à un certain nombre de questions liées au cas décrit. Les réponses à ces questions nous permettent de dresser un tableau de l'étendue de la stigmatisation et du tabou entourant la vulnérabilité mentale chez les membres de la MC.

Travailler avec les vignettes offre un certain nombre d'avantages[12]. Une vignette donne un exemple concret des personnes et de leur comportement dans une situation spécifique. Cela permet de donner une description plus large d'une situation que si l'on travaillait avec un concept général tel que « une personne ayant des problèmes psychologiques ». De plus, au sein d'une même étude, le nombre de caractéristiques de la personne décrite (sexe, âge, trouble, ...) peut être modifié et des différences de réponses peuvent être identifiées en fonction de ces caractéristiques. Dans la présente étude, on peut ainsi examiner si les réponses diffèrent selon que la personne est confrontée à une dépression ou à des psychoses. Et le fait qu'il s'agisse de personnes fictives est généralement perçu par les répondants comme plus impersonnel et moins opprimant que lorsque des opinions ouvertes ou explicites sont demandées. Un autre avantage est que, pour une même situation, de nombreuses questions, parfois très différentes, peuvent être posées.

Mais nous observons aussi un certain nombre de limites. Ainsi, le cas décrit reste une situation hypothétique et une personne ayant des problèmes psychiques ne présentera jamais en réalité des symptômes totalement identiques à ceux de la personne du cas exposé. En outre, un répondant ne réagit pas à une personne physique, ce qui signifie que l'impact, notamment de l'apparence de la personne, mais aussi de l'interaction entre les deux, ne peut être pris en compte. Il n'est donc pas exclu qu'un répondant réagisse en réalité différemment de ce qu'il a indiqué dans l'enquête. Néanmoins, cela reste une méthode très valable de cartographie de la stigmatisation[13].

7. Cette étude a été menée en collaboration avec le service de promotion de la santé néerlandophone de la MC. Elle a permis d'identifier les principaux besoins de la population en matière de santé mentale et a soutenu la campagne 2019 *Comment ça va ?* (disponible sur https://www.cm.be/over-cm/campagnes/hoe-gaat-het-met-u) consultée le 30 mars 2020.
8. Étant donné la technique des quatre vignettes, en pratique, quatre échantillons aléatoires de 25.000 personnes ont été créés, chacun représentatif de la population flamande selon un certain nombre de paramètres (âge, sexe et province). Le fichier de base est le fichier des membres MC dont l'adresse mail est connue par la MC et pour lesquels la MC a reçu l'autorisation d'utiliser cette adresse mail pour des enquêtes en ligne.
9. Une partie des 7.034 questionnaires reçus n'a pas pu être retenue : les questionnaires où seules les questions de profil ont été complétées (1 331 questionnaires) ou pour lesquels les informations nécessaires à la repondération des résultats n'étaient pas disponibles.
10. Sous la direction de Piet Bracke, professeur attaché au département de sociologie et membre d'un groupe de recherche qui mène des recherches sociodémographiques et sociologiques sur la santé qui se concentrent, entre autres, sur la santé mentale et l'organisation des soins de santé mentale. Voir notamment : Piet Bracke (UGent), Katrijn Delaruelle (UGent) and Mieke Verhaeghe. Dominant cultural and personal stigma beliefs and the utilization of mental health services: a cross-national comparison (2019) FRONTIERS IN SOCIOLOGY. 4. Et : Elise Pattyn, Mieke Verhaeghe, Charlotte Sercu and Piet Bracke, Public Stigma and Self-Stigma: Differential Association With Attitudes Toward Formal and Informal Help Seeking.
11. Les questions sont inspirées de celles utilisées dans l'étude internationale 'Stigma in a Global Context – Mental Health Survey' (SGC-MHS).
12. Bruce Q. Link et. al, O.C.
13. Evans, S. C. et.al. Vignette methodologies for studying clinicians' decision-making: validity, utility, and application in ICD-11 field studies. International journal of clinical and health psychology, 15(2), 160-170 (2015).

Cas d'une femme souffrant de dépression
Sara est une femme. Ces dernières semaines, Sarah s'est sentie déprimée. Elle se réveille le matin avec un sentiment sombre et mélancolique qui persiste toute la journée. Elle n'éprouve plus la même joie de vivre qu'avant. Il semble que plus rien ne lui donne du plaisir. Même les moments amusants ne rendent pas Sarah heureuse. Les plus petites tâches lui coûtent de gros efforts. Elle a du mal à se concentrer. Elle manque d'énergie, est léthargique et est incapable de faire ce qu'elle fait d'habitude. Et bien que Sara se sente fatiguée, elle ne parvient pas à dormir la nuit. Sara se sent inutile, particulièrement découragée et coupable. La famille de Sara remarque qu'elle n'a plus d'appétit et qu'elle a perdu du poids. Elle s'isole et n'a pas envie de parler.

Cas d'un homme souffrant de dépression
Tom est un homme. Ces dernières semaines, Tom s'est senti déprimé. Il se réveille le matin avec un sentiment sombre et mélancolique qui persiste toute la journée. Il n'éprouve plus la même joie qu'avant. Il semble que plus rien ne lui donne du plaisir. Même les moments amusants ne rendent pas Tom heureux. Les plus petites tâches lui coûtent de gros efforts. Il a du mal à se concentrer. Il manque d'énergie, est léthargique et est incapable de faire les choses habituelles. Et bien que Tom se sente fatigué, il ne peut pas dormir la nuit. Tom se sent inutile, particulièrement découragé et coupable. La famille de Tom remarque qu'il n'a plus d'appétit et qu'il a perdu du poids. Il s'isole et n'a pas envie de parler.

Cas d'une femme souffrant de psychose
Sara est une femme. Jusqu'à l'année dernière, Sara se portait plutôt bien. Mais ensuite, tout a changé. Elle pensait que les gens autour d'elle disaient du mal d'elle et bavardaient dans son dos. Sara était convaincue que les gens l'espionnaient et qu'ils pouvaient entendre ce qu'elle pensait. Sara a perdu son enthousiasme pour son travail et sa famille, s'est retirée chez elle et a passé la plupart de son temps seule. Sara était tellement absorbée par ses pensées qu'elle sautait des repas et négligeait son hygiène personnelle. La nuit, quand tout le monde dormait, elle faisait les cent pas dans la maison. Sara entendait des voix, bien que personne d'autre n'était présent. Ces voix lui disaient quoi faire ou penser. Elle est dans cette situation depuis six mois.

Cas d'un homme souffrant de psychose
Tom est un homme. Jusqu'à l'année dernière, Tom se portait plutôt bien. Mais ensuite, tout a changé. Il pensait que les gens autour de lui disaient du mal de lui et bavardaient dans son dos. Tom était convaincu que les gens l'espionnaient et qu'ils pouvaient entendre ce qu'il pensait. Tom a perdu son enthousiasme pour son travail et sa famille, s'est retiré chez lui et a passé la plupart de son temps seul. Tom était tellement absorbé par ses pensées qu'il sautait des repas et négligeait son hygiène personnelle. La nuit, quand tout le monde dormait, il faisait les cent pas dans la maison. Tom entendait des voix, bien que personne d'autre n'était présent. Ces voix lui disaient quoi faire ou penser. Il est dans cette situation depuis six mois.

3. Résultats de l'enquête

Profil des répondants[14]

3.1.1. Caractéristiques socio-démographiques

Après repondération[15], environ la moitié de l'échantillon est constituée d'hommes, l'autre moitié de femmes. La majorité des répondants (45%) se situent dans la tranche d'âge des 40-64 ans. 36% ont moins de 40 ans, un cinquième ont 65 ans ou plus. Deux tiers des personnes interrogées vivent ensemble dans une relation. 58% ont un niveau d'éducation élevé (diplôme de l'enseignement supérieur ou universitaire), près de 37% ont un niveau d'éducation moyen (diplôme de l'enseignement secondaire) et 4% ont un niveau d'éducation faible (sans diplôme de l'enseignement secondaire).
La majorité des répondants sont actifs professionnellement, soit comme salariés (50%), soit comme indépendants ou dans une profession libérale (6%) ; 28% sont à la retraite et 10% sont en incapacité de travail ou en situation de handicap. Les autres sont des demandeurs d'emploi, des étudiants ou des pères/mères au foyer.
Deux tiers des personnes interrogées ont indiqué qu'il était facile ou très facile de joindre les deux bouts avec le revenu disponible ; 12% des répondants trouvent qu'il est (très) difficile de joindre les deux bouts.

14. Une description plus détaillée du profil est reprise dans l'article « Comment ça va ? Une enquête auprès des membres MC sur la prévalence de la souffrance mentale et du comportement de recherche d'aide. » dans ce même numéro de MC-Information.
15. Les résultats ont été repondérés en comparant la distribution observée par âge, sexe et lieu de résidence avec la distribution de la population de référence (c'est-à-dire la population flamande entre 18 et 80 ans) avec les nombres attendus par catégorie selon l'âge, le sexe et le lieu de résidence et en calculant ensuite les poids.

3.1.2. Santé mentale

Les répondants ont été invités à remplir le CES-D8, un questionnaire standardisé qui permet d'estimer l'ampleur des plaintes liées à la dépression dans la semaine précédant leur notification. Les résultats montrent que le score moyen est plus élevé chez les femmes que chez les hommes, un score plus élevé indiquant une fréquence et une intensité plus élevées des symptômes de dépression. Les personnes de plus de 65 ans, les répondants ayant un niveau d'éducation plus élevé et les répondants qui peuvent facilement ou très facilement joindre les deux bouts avec leur revenu disponible semblent être confrontés à des symptômes dépressifs dans une moindre mesure. Ces résultats sont globalement conformes à ce que l'on observe habituellement dans les études[16].

Interrogés sur leurs propres expériences en matière de problèmes psychologiques, la moitié des répondants ont affirmé qu'ils n'avaient jamais été confrontés à des problèmes de santé mentale qui compliquaient leurs activités quotidiennes. Près d'une personne sur trois a eu un problème psychique dans le passé (= il y a plus d'un an) et 17% ont eu un problème au moment de l'enquête ou dans un passé récent. De plus, dans une précédente enquête menée auprès des Flamands en 2014, il est apparu qu'environ la moitié d'entre eux avaient déjà dû faire face à un problème psychologique.[17]

3.2. Que pensent les membres de la MC des personnes ayant des problèmes de santé mentale et des soins de santé mentale ?

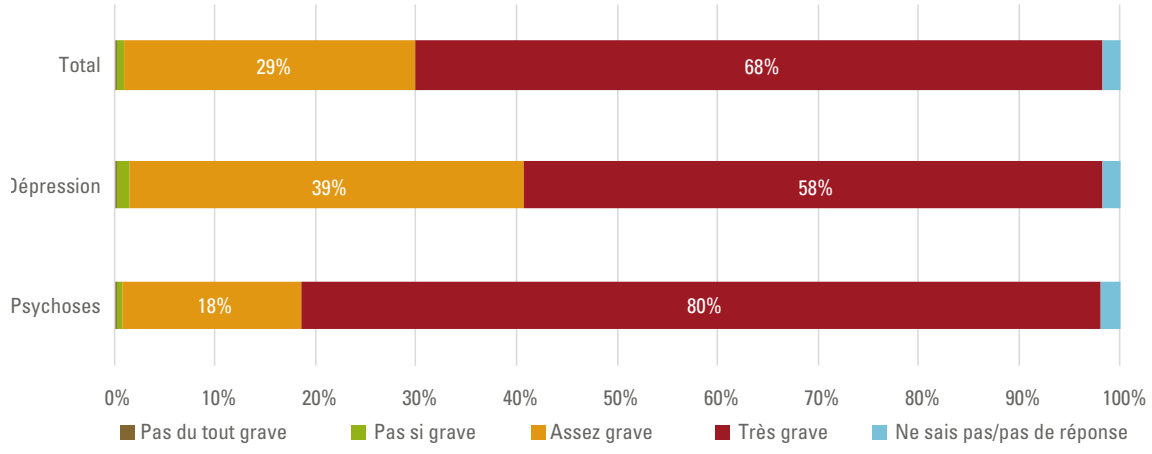
3.2.1. La situation décrite est-elle grave ?

Dans l'ensemble, 68% des membres de la MC considèrent la situation de Tom et Sara comme très grave (figure 1). Cependant, l'estimation diffère selon la vulnérabilité psychologique décrite. 80% des répondants considèrent que la situation de la personne atteinte de psychoses est très grave, alors que ce chiffre est de 58% dans le cas de la dépression. Ce sont surtout les jeunes répondants, les diplômés universitaires et ceux qui ont de la facilité à joindre les deux bouts qui sont les plus susceptibles de juger la situation de psychose comme très grave. Même en cas de dépression, les personnes âgées évaluent plus souvent l'état comme plutôt grave et donc moins souvent comme très grave (51,8% chez les personnes de plus de 65 ans contre 61,7% chez les plus jeunes).

3.2.2. Quelle est l'origine des problèmes psychologiques ?

Il a été demandé aux répondants dans quelle mesure ils considéraient qu'il était probable que la situation de Tom et Sara soit due à un certain nombre de causes présumées. On peut déduire de la figure 2 que les répondants n'ont pas une vision purement biomédicale des problèmes psychologiques. Seul un quart pense que l'hérédité (entière ou légère) joue probablement un rôle. Les autres pensent que ce n'est (certainement) pas le cas (34,5%) ou sont indécis (40%). Par ailleurs, seuls 17% attribuent les problèmes à une maladie cérébrale et plus de la moitié ne le font pas explicitement. Les personnes âgées sont légèrement plus susceptibles que les autres d'être indécises pour ces causes

Figure 1 : Évaluation de la gravité du cas, en général et en fonction du tableau clinique



16. S. Van de Velde, K. Levecque, P. Bracke. Vlaanderen versus Nederland: verschillen in depressieve klachten bij mannen en vrouwen gemeten met de ces-d8. Tijdschrift voor psychiatrie 53(2011)2, 73-82.
17. Coppens E. et.al. Stigmatisering t.a.v. psychologische problemen Ervaringen en attitudes in Vlaanderen. Lukas, Leuven, 2014.

présumées (34,4% pour les maladies cérébrales et 43,1% pour l'hérédité), tandis que les personnes très instruites les jugent légèrement plus probables ou très probables (22% pour les maladies cérébrales et 30% pour l'hérédité pour les universitaires).

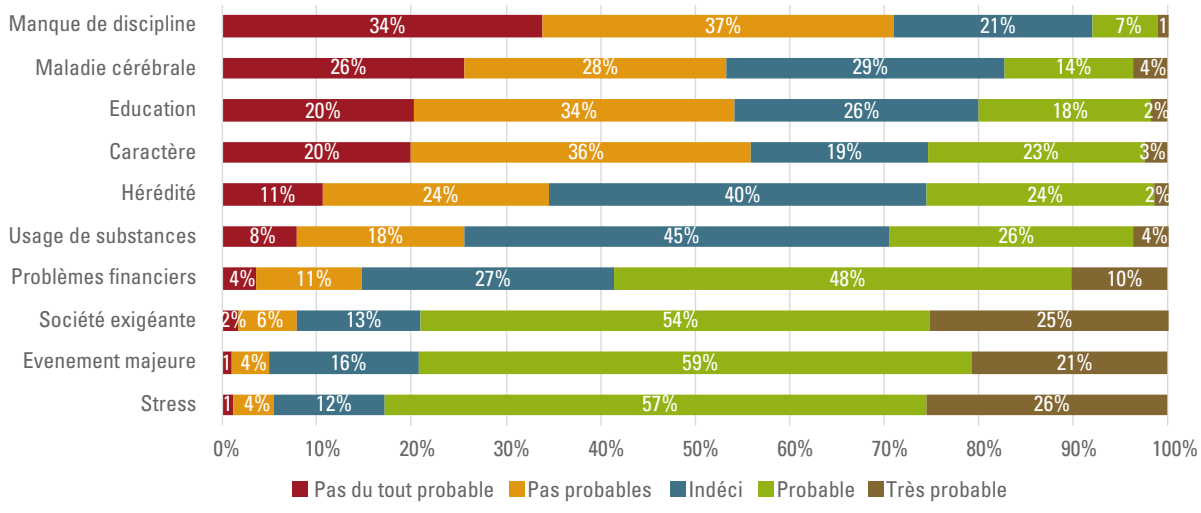
Les répondants recherchent la cause des problèmes psychologiques principalement dans un certain nombre de facteurs liés au stress psychosocial : le stress, un événement majeur ou une crise, une société exigeante ou des problèmes financiers. Les femmes, les jeunes et les personnes ayant des difficultés (très) importantes à joindre les deux bouts sont encore plus susceptibles d'évaluer ces causes comme (très) probables. Par exemple, 29% des femmes estiment qu'il est très probable que le stress soit une cause, contre 22% des hommes. Pour ceux qui ont beaucoup de mal à joindre les deux bouts, 31% indiquent une crise et 34% un stress comme cause très probable, contre respectivement 18% et 23% pour ceux qui joignent les deux bouts très facilement. 88% des membres de la MC de moins de 40 ans considèrent le stress et 80% une société exigeante comme une cause possible, contre 75% et 72%, respectivement, des plus de 65 ans.

Les facteurs liés à une dette individuelle sont moins cités comme causes : pour seulement 8%, il est probable que les problèmes soient le résultat d'un manque de discipline. Un quart pense que le caractère joue un rôle.
20% pensent qu'il est très ou légèrement probable que l'éducation joue un rôle.

Il existe des différences nettes selon que la personne du cas est confrontée à une dépression ou à une psychose (tableau 2). En cas de dépression, les facteurs psychosociaux sont encore plus prononcés, surtout lorsqu'il s'agit de l'impact de la société exigeante et des problèmes financiers. De plus, les gens trouvent encore moins probable que l'éducation joue un rôle dans la dépression. Pour la psychose, les répondants font plus souvent référence à l'hérédité, à une maladie cérébrale, à l'abus de substances et au caractère. Tout cela indique que les personnes interrogées considèrent davantage la psychose comme un trouble mental conformément aux descriptions biomédicales du comportement (maladie cérébrale, hérédité). L'aspect « culpabilité » est également un peu plus présent (caractère, abus de substances) ou d'autres causes difficiles à changer. Ce, même si les personnes interrogées sont également conscientes de l'impact décisif des facteurs environnementaux dans le cas de la psychose.

Les résultats de la MC sont conformes aux constatations d'autres études qui concluent que, notamment dans les pays occidentaux mais aussi ailleurs, ce sont principalement des facteurs sociaux qui sont indiqués comme causes de problèmes psychologiques, en particulier la dépression, et que l'hérédité et les maladies du cerveau sont plus souvent indiquées comme causes d'affections telles que la psychose et la schizophrénie [18,19,20,21]

Figure 2 : Évaluation de la probabilité des causes alléguées



18. Pattyn, E., Verhaeghe, M., Sercu, C., & Bracke, P. (2013). Medicalizing versus psychologizing mental illness: what are the implications for help seeking and stigma? A general population study. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 48(10), 1637-1645.
19. Patrick McKeon and Siobhan Carrick, Public attitudes to depression: a national survey. Dans : Irish Journal of Psychological Medicine, Volume 8, Issue 2, September 1991 , pp. 116-121.
20. Bruce G. Link et. al., Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness, and Social Distance. American Journal of Public Health, September 1999, Vol. 89, No. 9.
21. Matthias C. Angermeyer et. al., Attitudes and beliefs of the French public about schizofrenie and major depression: results form a vignette-based population survey. Dans : BMC Psychiatry 2013, 13:313 (http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/313

Tableau 2 : Évaluation des causes alléguées, en général et en fonction du tableau clinique

	(Très) probable			Indécis			Pas (du tout) probable		
	Total	Dépression	Psychose	Total	Dépression	Psychose	Total	Dépression	Psychose
Stress	82,9%	84,9%	80,8%	11,7%	10,4%	13,1%	5,4%	4,7%	6,1%
Événement majeur/crise	79,2%	77,8%	80,7%	15,8%	17,4%	14,2%	5,0%	4,8%	5,1%
Une société exigeante	79,1%	82,3%	75,7%	13,2%	11,6%	14,9%	7,7%	6,1%	9,5%
Problèmes financiers	58,6%	64,3%	52,5%	26,6%	25,8%	27,5%	14,8%	9,9%	20,0%
Usage de substances	29,6%	24,8%	34,6%	44,9%	46,0%	43,7%	25,5%	29,1%	21,7%
Problème héréditaire	25,6%	20,2%	31,3%	40,0%	40,4%	39,5%	34,4%	39,4%	29,1%
Caractère	25,4%	21,4%	29,6%	18,7%	19,0%	18,4%	55,9%	59,6%	51,9%
Education	20,0%	18,3%	21,8%	25,8%	24,5%	27,3%	54,2%	57,3%	50,9%
Maladie cérébrale	17,2%	7,2%	27,9%	29,4%	28,7%	30,2%	53,3%	64,0%	41,9%
Manque de discipline	8,1%	7,9%	8,2%	21,0%	20,8%	21,2%	71,0%	71,3%	70,7%

L'opinion des gens sur les causes sous-jacentes des problèmes psychologiques n'est pas sans importance. Elle a une influence à la fois sur l'attitude des personnes envers les personnes psychologiquement vulnérables et sur le comportement d'orientation. Il a été démontré qu'une attribution davantage psychosociale va de pair avec un comportement moins stigmatisant et moins de distance, car la personne présentant une vulnérabilité psychologique est considérée comme moins responsable de la situation[22] et n'est pas considérée comme vraiment « différente ». À l'inverse, dans le cas d'une attribution plus biomédicale, la vulnérabilité psychologique est considérée comme plus immuable et les personnes psychologiquement vulnérables sont plus souvent considérées comme dangereuses et imprévisibles, ce qui peut à son tour entraîner une plus grande distance et une attitude plus stigmatisante. Un aspect positif de l'attribution psychosociale est que l'on peut facilement se référer à une aide informelle, qui peut être une énorme source de soutien. L'inconvénient est que l'aide professionnelle est conseillée moins rapidement. Par conséquent, l'aide professionnelle éventuellement nécessaire est activée trop tard ou même pas du tout[23]. C'est pourquoi il reste important d'informer correctement les gens sur les problèmes psychologiques, y compris leurs causes possibles, l'importance de l'aide informelle et les traitements appropriés.

3.2.3. Quelle attitude adopte-t-on envers les personnes psychologiquement vulnérables ?

Un certain nombre d'affirmations ont été utilisées pour évaluer l'attitude des membres de la MC envers les personnes en situation de vulnérabilité mentale. La conclusion est que les membres de la MC n'ont pas une attitude négative franche (tableau 3). Près de 75% ne sont pas d'accord avec l'affirmation selon laquelle les chances des personnes en situation de vulnérabilité psychologique seront toujours limitées. Une part aussi grande de répondants estime qu'elles doivent être embauchées pour un emploi si elles sont aussi aptes que les autres. De plus, seuls 17% estiment qu'il est difficile de leur parler et 58% pensent que ce n'est certainement pas le cas.

Un cinquième des personnes interrogées pensent qu'elles sont imprévisibles, mais c'est moins que les 33% constatés dans une autre enquête en Flandre[24]. En outre, seule une petite majorité est explicitement d'accord avec la proposition selon laquelle elles sont aussi fiables que n'importe qui, bien que seule une minorité soit explicitement en désaccord avec cette proposition (17%). Ce qui frappe, c'est le degré élevé d'indécision pour de nombreux points.

Les avis sont très partagés concernant l'affirmation selon laquelle les personnes mentalement vulnérables sont aussi productives dans leur travail que n'importe qui d'autre.

22. Sandra Dietrich et.al. The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally people. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2004; 38:348-354
23. Voir notamment Pattyn E., To seek help or not to seek help for mental illness, that seems to be the question. To be judged or not to be judged for mental illness, that is the real question. Dissertation submitted to the Faculty of Political and Social Sciences of Ghent University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor in Sociology. Octobre 2013. Et : Sandra Dietrich S., Beck M., Bujantugs B., e.a. The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2004; 38:348-354. Et : E. Pattyn et.al. Medicalizing versus psychologizing mental illness: what are the implications for help seeking and stigma? A general population study. Social Psychiatry (2013) 48:1637–1645.
24. Coppens E. et.al. O.C.

Tableau 3 : Degré de stéréotypie négative vis-à-vis des personnes ayant des problèmes de santé mentale, en général et selon le tableau clinique

	(Tout-à-fait) d'accord			Indécis			Pas (du tout) d'accord		
	Total	Dépression	Psychose	Total	Dépression	Psychose	Total	Dépression	Psychose
Leurs chances seront toujours limitées	11,2%	9,7%	12,9%	14,1%	12,4%	16,0%	74,6%	77,9%	71,2%
Elles sont imprévisibles	21,3%	12,6%	30,5%	25,6%	23,4%	28,0%	53,2%	64,1%	41,5%
On doit les engager pour un emploi si elles sont aussi aptes que les autres	74,5%	76,9%	72,3%	16,2%	15,0%	17,4%	9,3%	8,1%	10,3%
Il est difficile de parler	16,7%	14,1%	19,5%	25,0%	22,6%	27,6%	58,3%	63,3%	52,9%
Elles sont tout aussi productives au travail	32,1%	31,1%	33,2%	36,2%	33,4%	39,2%	31,7%	35,5%	27,6%
Elles sont aussi fiables que n'importe qui	52,0%	62,2%	41,1%	30,9%	26,1%	36,0%	17,1%	11,7%	22,9%
Elles sont plus créatives que la plupart des gens	14,7%	12,9%	16,5%	61,6%	60,9%	62,4%	23,8%	26,2%	21,2%

Les résultats indiquent toutefois des stéréotypes négatifs un peu plus prononcés à l'égard des personnes souffrant de psychose : les gens sont plus nombreux à dire qu'elles sont imprévisibles (30% contre 13% pour la dépression) et moins nombreux à dire qu'elles sont tout aussi fiables (41% contre 62% pour la dépression).
Par ailleurs, une proportion plus faible n'est pas d'accord avec l'affirmation selon laquelle il est difficile de leur parler (53% contre 63% en dépression) et qu'elles sont tout aussi productives dans leur travail (28% contre 36% en dépression).

3.2.4. Distance sociale souhaitée par rapport aux personnes en situation de vulnérabilité mentale

Les membres de la MC ont été interrogés sur leur volonté de nouer une relation sociale avec la personne de ce cas dans

Tableau 4 : Volonté des membres de la MC d'interagir dans des relations sociales avec des personnes présentant une vulnérabilité mentale, en général et en fonction du tableau clinique

	(Absolument/plutôt) prêt			Indécis			(Absolument/plutôt) pas prêt		
	Total	Dépression	Psychose	Total	Dépression	Psychose	Total	Dépression	Psychose
Avoir Tom/Sara comme voisin	74,3%	78,6%	69,8%	19,6%	17,9%	21,5%	6,1%	3,5%	8,8%
Passer du temps libre avec Tom/Sara	61,9%	66,7%	56,8%	23,5%	21,3%	25,8%	14,6%	12,1%	17,4%
Être ami avec Tom/Sara	55,3%	60,4%	49,8%	30,5%	28,3%	32,9%	14,2%	11,3%	17,3%
Travailler en étroite collaboration avec Tom/Sara	64,8%	66,4%	63,1%	23,2%	22,3%	24,2%	12,0%	11,4%	12,6%

un certain nombre de situations sociales proposées. Les réponses montrent que la volonté de nouer un contact avec les personnes psychiquement vulnérables diminue avec la distance (tableau 4). Alors que trois quarts des membres MC sont prêts à avoir pour voisin une personne souffrant de problèmes de santé mentale, seuls deux tiers souhaitent passer du temps libre ou travailler en étroite collaboration avec elle et seuls 55% souhaitent être amis avec elle La distance sociale souhaitée est aussi généralement plus grande envers les personnes souffrant de psychoses qu'envers celles souffrant de dépression.

Les personnes âgées souhaitent généralement prendre un peu plus de distance avec les personnes souffrant de problèmes de santé mentale : seuls 68,5% des personnes de plus de 65 ans sont prêtes à avoir Tom/Sara comme voisin et 56% à passer du temps libre avec eux. Par rapport aux personnes peu qualifiées, les personnes hautement qualifiées sont plus disposées à avoir Tom/Sara comme voisin (78%), mais moins disposées à travailler en étroite collaboration avec eux (16% ne sont pas ou pas du tout disposées). Enfin, il n'est pas surprenant que les personnes ayant une expérience des problèmes psychologiques souhaitent moins de distance : 79% veulent avoir Tom/Sara comme voisin, 69% veulent passer leur temps libre avec eux, 61% veulent devenir amis avec eux et 69% veulent travailler en étroite collaboration avec eux. Ces constatations sont conformes aux résultats d'autres recherches[25].

3.2.5. Capacité de récupération en cas de souffrance mentale

Tant pour la dépression (76%) que pour la psychose (83%), une majorité des répondants est convaincue que la situation ne s'améliorera pas d'elle-même, mais qu'un traitement peut le permettre (88% pour la dépression et 90% pour la psychose) (tableau 5). Dans d'autres études aussi, quatre répondants flamands sur cinq n'étaient pas d'accord avec la proposition selon laquelle les problèmes psychologiques, comme tant d'autres choses, se résolvent d'eux-mêmes ; ils ont indiqué qu'il est peu probable qu'une personne ayant un problème psychologique puisse le résoudre seule, et ils étaient d'avis qu'une aide professionnelle serait appropriée. Une personne ayant déjà fait l'expérience de la souffrance psychologique estime plus souvent qu'il est très probable que la situation s'améliorera grâce à un traitement. Ceux qui n'ont pas encore cette expérience considèrent cela plus souvent comme assez probable.

Toutefois, les répondants sont moins nombreux à dire que la personne peut décider elle-même si elle doit être traitée (38%), bien que cela soit plus probable dans les cas de dépression (44%) que dans les cas de psychose (31%). Enfin, seuls deux répondants sur trois considèrent qu'il est probable que la personne se sorte de la situation.

3.2.6. Que pensent les membres de la MC de l'aide professionnelle ?

Globalement, les répondants croient aux effets positifs de l'aide professionnelle pour la souffrance mentale : 90% ne sont pas d'accord avec l'affirmation selon laquelle cette aide ferait plus de mal que de bien et 73% ne croient pas que l'entourage considérerait les personnes en traitement comme des étrangers (tableau 6). En revanche, ils sont clairement convaincus que l'aide professionnelle donne de bons résultats (77%). Près de 76% ne croient pas qu'il sera difficile de sortir de l'aide professionnelle, mais près de 30% croient au risque de perdre des amis et près d'un sur quatre est d'accord

Tableau 5 : Évaluation des capacités de récupération, en général et en fonction du tableau clinique

	(Très) probable			Indécis			Pas (du tout) probable		
	Total	Dépression	Psychose	Total	Dépression	Psychose	Total	Dépression	Psychose
La situation va s'améliorer d'elle-même	10,9%	13,4%	8,2%	10,1%	11,1%	9,1%	79,0%	75,6%	82,7%
La situation s'améliorera grâce à un traitement	88,7%	87,5%	89,9%	8,1%	9,1%	7%	3,3%	3,4%	3,1%
Tom/Sara peut décider seul de la nécessité d'un traitement	37,8%	44,1%	31,1%	24,4%	25,2%	23,5%	37,9%	30,7%	45,5%
Tom/Sara sortira de sa situation	66,5%	69,1%	63,6%	22,4%	21%	23,8%	11,1%	9,9%	12,4%

25. Bruce Q. Link et. al, O.C.

Tableau 6 : Attitude à l'égard de l'assistance psychologique, en général et en fonction du tableau clinique

	(Tout-à-fait) d'accord			Indécis			Pas (du tout) d'accord		
	Total	Dépression	Psychose	Total	Dépression	Psychose	Total	Dépression	Psychose
En raison du traitement, on sera considéré comme un étranger	13,3%	12,3%	14,3%	14,1%	13,7%	14,6%	72,6%	74,0%	71,1%
Si l'on parle de traitement, on perdra des amis	29,6%	24,8%	34,8%	23,3%	22,2%	24,5%	47,1%	53,0%	40,7%
Si les gens sont au courant du traitement, les chances seront toujours limitées	23,5%	19,8%	27,4%	18,8%	17,9%	19,7%	57,8%	62,3%	52,9%
L'aide professionnelle fait plus de mal que de bien	2,6%	2,9%	2,3%	7,5%	7,1%	7,9%	89,9%	90,0%	89,8%
L'aide professionnelle donne de bons résultats	76,5%	77,9%	74,9%	17,7%	16,5%	18,9%	5,9%	5,6%	6,2%
Difficile de sortir de l'aide professionnelle	6,1%	5,7%	6,6%	18,1%	16,5%	19,8%	75,8%	77,9%	73,6%

pour dire que cela peut avoir un impact sur les chances que l'on a. Cela est quelque peu contraire au fait que l'on ne croit pas que l'on sera considéré comme un étranger en raison du traitement. Cela suggère cependant que l'effet potentiellement stigmatisant du suivi du traitement est pris en compte, ce qui peut à son tour conduire à un certain nombre de formes d'exclusion sociale[26]. Cela s'applique certainement aux personnes souffrant de psychoses, mais aussi, dans une certaine mesure, aux personnes souffrant de dépression. Cela n'est pas sans importance, car la vision de l'aide professionnelle et surtout son impact éventuel peuvent influencer la volonté de chercher de l'aide.

Les personnes qui ont déjà fait l'expérience de problèmes psychologiques sont - peut-être d'après leur propre expérience - généralement un peu moins optimistes quant aux conséquences d'un traitement. Elles ne contestent pas son impact positif, mais elles sont plus souvent d'accord pour dire qu'en raison du traitement, on sera considéré comme un étranger par l'entourage (17%), que des chances seront toujours limitées (28,5%) et que certains amis seront perdus (34,3%). Cela montre que les gens ne sont vraiment conscients des stéréotypes négatifs et de la stigmatisation que lorsqu'ils en font l'expérience eux-mêmes.

3.2.7. Comment réagit-on face à une personne victime de souffrance psychique ?

En accord avec leur opinion sur les capacités de récupération, les membres de la MC sont presque unanimes à penser que les personnes victimes de souffrance psychique devraient parler à quelqu'un de leur environnement immédiat et chercher une aide professionnelle à cet effet.
Mais seuls 55% d'entre eux disent savoir comment parler de la situation à la personne (50% pour une personne avec des psychoses, 61% pour une personne dépressive). Les femmes (60%) et les personnes ayant une expérience des problèmes psychologiques (63%) indiquent plus souvent savoir comment parler à la personne.
Néanmoins, plus de quatre personnes interrogées sur cinq parleraient effectivement à la personne, même en cas de psychose. C'est un peu davantage le cas pour les femmes, les jeunes, les personnes qualifiées et les personnes ayant une expérience des problèmes psychologiques (89% à chaque fois).
Fait remarquable, seuls 61% des répondants disent savoir vers qui la personne pourrait être orientée pour obtenir une aide professionnelle. La proportion est légèrement plus élevée chez les femmes (70%) et chez les personnes ayant une expérience des problèmes psychologiques (69%). Pour les plus de 65 ans, la part ne représente que 56%. Les résultats indiquent qu'il est important d'investir encore davantage dans des initiatives qui contribuent à une large promotion des possibilités d'aide (informelle) pour les problèmes psychologiques.

26. Verhaeghe M. Stigma, een wereld van verschil? Een sociologische studie naar stigma-ervaringen in de geestelijke gezondheidszorg. UGent, février 2008

Vers qui orienter les personnes en souffrance psychologique ? Le fait que 81% des personnes interrogées orienteraient Tom/Sara vers leur médecin généraliste (tableau 7) confirme les conclusions d'études antérieures selon lesquelles le médecin généraliste est considéré par beaucoup comme une personne de confiance et le premier point de contact en cas de problèmes de santé.[27] C'est aussi le prestataire de soins de santé qu'ils connaissent le mieux et où le seuil de renvoi est le moins élevé. Pour un certain nombre de répondants, le médecin généraliste est également la personne appropriée pour orienter la personne qui cherche de l'aide vers une aide plus spécialisée après un premier contact. 70% d'entre eux renverraient (également) vers un psychologue ou un psychothérapeute et un tiers vers un psychiatre. Outre les prestataires professionnels, les proches parents (le partenaire, la mère, le frère ou la sœur) et les amis sont également souvent mentionnés. Les personnes interrogées ont donc perçu l'importance d'avoir une conversation avec les gens dans leur entourage immédiat, avec une personne de confiance. Les soins alternatifs (prestataire de soins alternatif ou leader religieux) et d'autres personnes plus éloignées (collègues, voisins, ...) sont moins souvent mentionnés.

Les personnes âgées orientent moins souvent vers des parents proches que les jeunes. Il en va de même pour les personnes ayant un faible niveau d'éducation. Elles ont coché plus souvent l'assistant social (23% et 25% respectivement), tout comme les personnes qui ont (beaucoup) de mal à joindre les deux bouts avec leurs revenus. Les jeunes renvoient plus souvent vers le partenaire (42,1%) et un ami (36,9%). Les différences observées s'expliquent sans doute en partie par les différences dans l'univers quotidien, notamment les différences dans la disponibilité de la famille et des amis proches et les expériences personnelles avec l'aide des travailleurs sociaux. Il semble également que les femmes, les jeunes et les personnes ayant une expérience des problèmes psychologiques ne renvoient pas seulement plus souvent vers un psychologue ou un psychiatre, mais aussi vers un prestataire de soins alternatifs ou complémentaires (homéopathe, acupuncteur, chiropracteur, aromathérapeute, ...).

Tableau 7 : Vers qui pourriez-vous orienter Tom/Sara pour obtenir de l'aide ?

	%		%
Médecin généraliste	80,8%	Soignant alternatif/ complémentaire	8,0%
Psychologue/ psychothérapeute	71,2%	Groupe d'entraide (en ligne)	8,0%
Psychiatre ?	34,6%	Autre famille	6,6%
Partenaire	33,7%	Collègues	5,2%
Amis/amies	32,2%	Voisins	2,0%
Mère	19,3%	Ne pas renvoyer	1,4%
Sœur/frère	18,9%	Personne de confiance	1,0%
Travailleur social	17,7%	Leader religieux	0,8%
Père	16,5%	Coach	0,3%
Sites web informatifs	8,1%		

4. Conclusion et recommandations

De multiples études ont déjà montré que de nombreuses personnes se heurtent à des obstacles pour parler de leurs problèmes de santé mentale et faire appel à une aide professionnelle et non professionnelle. Cela n'est pas sans rapport avec la stigmatisation et les tabous qui entourent encore les problèmes psychologiques dans notre société.

Bien que les membres de la Mutualité chrétienne ne semblent en général pas avoir une attitude négative prononcée envers les personnes en situation de vulnérabilité mentale et d'assistance psychologique, un certain nombre de résultats indiquent qu'ils ont toutefois certains préjugés et que, dans certaines situations, ils souhaiteraient eux aussi prendre plus de distance. Nous observons donc aussi des traces de stigmatisation chez les membres de la MC. Ainsi, près de 20% des personnes interrogées trouvent qu'une personne présentant une vulnérabilité psychologique est imprévisible, 17% la trouvent moins fiable et seulement 50% veulent être amis avec elle. En outre, 30% des répondants pensent que les personnes psychologiquement vulnérables perdront leurs amis à la suite d'une aide psychologique et 24% pensent que cela affecte négativement leurs chances. Globalement, les stéréotypes sont plus négatifs et la distance souhaitée par rapport aux personnes souffrant de psychoses est plus grande que pour les personnes souffrant de dépression.

Il est essentiel de poursuivre la lutte contre cette stigmatisation. Elle n'est pas seulement dans l'intérêt de la santé des individus, mais a également un impact sur le développement de l'offre de soins dans laquelle la socialisation est recherchée (voir ci-dessous).

Pour une personne souffrant de problèmes psychologiques, la stigmatisation est en quelque sorte une deuxième « maladie » à laquelle on est confronté. Toute personne ayant des problèmes psychologiques constatera rapidement que de nombreuses personnes de son entourage ont des préjugés, veulent garder leurs distances et présentent des réactions négatives ou même des comportements discriminatoires. Non

27. https://domusmedica.be/actueel/gezondheidsenquete-huisarts-geslaagd

seulement cela empêche les gens de parler de leurs problèmes et de faire le pas vers une aide, mais cela rend également la réintégration dans la société plus difficile dans différents domaines de la vie (éducation, loisirs, logement, emploi, ...).

Des attitudes et des mécanismes discriminatoires existent également au niveau de la société dans son ensemble, ce qui est aussi un facteur de stigmatisation. Ceci est démontré, entre autres, par le lien établi entre les problèmes de santé mentale et le statut socio-économique et le taux d'emploi plus faible des personnes psychologiquement vulnérables (voir introduction).

La lutte contre la stigmatisation est un travail de longue haleine, les résultats des initiatives ne sont pas visibles du jour au lendemain. C'est pourquoi il doit s'agir d'un effort soutenu.

Il existe de nombreuses stratégies possibles[28]. Il s'agit notamment d'accroître la sensibilisation et les connaissances factuelles sur les problèmes psychologiques (symptômes, options de traitement, importance du soutien informel, ...) afin de lutter contre les mythes et les idées fausses sur les problèmes psychologiques et les personnes souffrant de problèmes psychologiques. Une image correcte et moins négative des (personnes ayant des) problèmes psychologiques dans les médias et la communication est également essentielle. Dans ce contexte, il est important que les problèmes psychologiques soient normalisés, présentés comme faisant partie de la vie et qu'il soit souligné qu'un problème psychologique est un fait complexe et est causé par une combinaison de facteurs qui peuvent se renforcer mutuellement. L'accent ne doit pas être mis sur la vulnérabilité psychologique et les éventuelles restrictions qui y sont associées. L'attention doit se porter sur les histoires positives qui montrent comment les gens, malgré leur vulnérabilité, ont encore beaucoup de possibilités et de qualités (cf. l'approche de la convalescence). En outre, l'encouragement des contacts avec les personnes souffrant de problèmes de santé mentale est souvent présenté comme une stratégie pour lutter contre la stigmatisation de la population en général et pour promouvoir la réinsertion dans la société.

C'est d'ailleurs l'une des motivations sous-jacentes de la réforme actuelle de l'offre de soins de santé mentale, avec une réduction des soins dans les hôpitaux et un développement plus poussé des soins sociétaux. Cette évolution est certainement à saluer. Mais outre le fait que la socialisation ne doit pas être une fin en soi et que la place des soins institutionnalisés en tant que maillon de l'offre plus large des soins de santé mentale doit être suffisamment garantie et clarifiée, il y a une autre remarque importante. La lutte pour une plus grande acceptation et intégration des personnes vulnérables psychologiquement ne peut pas être réalisée sans une approche fondamentale de la stigmatisation structurelle. La socialisation des soins doit donc être accompagnée, voire précédée, par des initiatives qui créent un espace pour cette acceptation et cette réintégration et qui garantissent des possibilités suffisantes de développement socio-économique et d'épanouissement personnel (emploi, logement, loisirs, etc.). Des efforts soutenus doivent donc être déployés pour lutter contre toutes les formes de discrimination délibérée et inconsciente au niveau de la société. Il peut s'agir, par exemple, de dispositions spécifiques dans les conditions générales de tous les types de produits d'assurance, d'une attention insuffisante accordée au domaine des soins de santé mentale (SSM) dans la recherche, de différences dans le remboursement des soins, de différences dans l'accès aux avantages sociaux, d'une attention politique inégale accordée aux SSM tant en termes de prévention que de traitement et de soutien, ou de la répartition inégale des moyens.

Un site web tel que www.geestelijkgezondvlaanderen.be, réalisé par l'Association flamande pour la santé mentale (VVGG), vise à rendre les problèmes de santé mentale discutables au sein de la population générale et à promouvoir une vision correcte des personnes ayant des problèmes psychologiques et des soins qui sont organisés pour elles. Des initiatives telles que Te Gek!? ou la campagne « Nez rouges » visent également à corriger l'image négative des personnes psychologiquement vulnérables et à rendre les problèmes psychologiques discutables. La Mutualité chrétienne propose également des informations sur les problèmes psychologiques et les possibilités de traitement sur son site web et prend des initiatives pour informer les gens et lutter contre les tabous et la stigmatisation. Un exemple récent est la campagne « Un point d'interrogation sincère » (https://www.cm.be/het-oprechte-vraagteken).

28. Charlotte Sercu, O.C.

La consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques en maison de repos reste importante

Clara Noirhomme et Louise Lambert (Service d'études)

Résumé

A l'heure actuelle, trop peu d'informations sont encore disponibles sur la qualité des services offerts en maisons de repos et, en particulier, sur le traitement des problèmes de santé mentale des résidents. La Mutualité chrétienne a déjà mis en évidence la consommation élevée d'antidépresseurs parmi les aînés et dans les institutions pour personnes âgés dans plusieurs études. Cet article consiste en une mise à jour de l'étude réalisée en 2018 sur base des données de 2014 (Camilotti G., Vandenbergen J. et Verniest R. (2018), La consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques en maison de repos, *MC informations 271 pp. 37-46). Malgré une légère diminution de la consommation, les constats restent identiques et peu d'éléments semblent avoir changé dans le traitement des problèmes de santé mentale des personnes âgées qui résident dans des institutions. En 2018, environ 39% des résidents MC en maisons de repos ont consommé des antidépresseurs durant au moins 30 jours et 18% se sont vu prescrire des antipsychotiques. Des différences importantes persistent entre maisons de repos. Une comparaison avec un échantillon similaire bénéficiant de soins à domicile et une analyse de la consommation d'un échantillon avant et après l'entrée en maison de repos montrent que, globalement, la consommation de ces médicaments est plus élevée en maison de repos que dans les groupes de références.*

Mots-clés : Consommation de médicaments, antidépresseurs, antipsychotiques, MRS, MRPA, personnes âgées

1. Introduction

En Belgique, il n'existe pas d'indicateurs de qualité standardisés pour les maisons de repos, appliqués à l'entièreté du pays[1]. La 6ème réforme de l'Etat qui a transféré les matières liées aux maisons de repos aux entités fédérées risque de compliquer davantage la collecte et l'uniformité des données.

Le KCE rassemble dans le rapport de performance 2019[2] certains indicateurs de qualité qui mettent en évidence un bilan mitigé, notamment quant à la surconsommation des antipsychotiques. Les antipsychotiques sont souvent prescrits pour des problèmes comportementaux chez les patients atteints de démence. Cependant, en raison des risques associés à ces médicaments, le rapport du KCE recommande plutôt, en premier recours, des interventions non pharmacologiques. Les données indiquent qu'en 2016, des antipsychotiques ont été prescrits chez 6,1% de la population âgée de plus de 65 ans. Ce pourcentage est très élevé par rapport aux autres pays de l'OCDE : en Suède, en Norvège, aux Pays-Bas, en France, en Australie et au Danemark, ces médicaments sont prescrits chez moins de 3,5% de la population âgée de plus de 65 ans. Le problème semble particulièrement marqué dans les structures résidentielles, où cette classe de médicaments a été prescrite chez 32% des personnes âgées de plus de 75 ans, alors que c'était seulement le cas chez 5% des personnes âgées de plus de 72 ans vivant à leur domicile[3]. Selon le KCE, la réduction de la surconsommation d'antipsychotiques en milieu résidentiel doit donc rester une priorité en Belgique.

Dans un contexte national de médicalisation excessive des problèmes psychiques, le traitement des problèmes de santé mentale chez les résidents en maison de repos est une question de grande importance. Toutefois, nous ne disposons que

1. En Flandre, Zorg en Gezondheid collecte un certain nombre d'indicateurs de qualité à partir des informations fournies par les maisons de repos. Ces indicateurs sont ensuite agrégés et présentés dans des rapports disponibles sur https://www.zorgkwaliteit.be/woonzorgcentra
2. KCE (2019), Rapport de Performance du système de santé belge, pp.77-81 https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_313B_Rapport_Performance_2019_Rapport%20FR.pdf
3. Ibid, p.78.

de peu d'informations sur ce sujet. Selon le KCE, en 2016, presque la moitié (48,6%) des résidents en maison de repos ont reçu au moins une fois une prescription pour des antidépresseurs. Il s'agit d'un chiffre élevé qui pose des questions sur les conditions de santé mentale des résidents et sur la pertinence des prescriptions.

Dans cet article, nous allons nous pencher de manière plus approfondie sur la problématique de la gestion pharmacologique de la santé mentale en maison de repos. Pour ce faire, nous analysons le nombre de prescriptions d'antidépresseurs et d'antipsychotiques des membres de la Mutualité chrétienne résidant en maison de repos en 2018.

La MC a déjà mis en évidence que les problèmes de santé mentale sont particulièrement aigus parmi les aînés et que la médicalisation n'est pas nécessairement la réponse la plus adéquate[4]. Le problème d'une consommation élevée de médicaments en maison de repos a aussi été abordé dans trois études précédentes[5]. Le présent article est une mise à jour de l'étude qui avait été réalisée en 2018 sur base des données de 2014. Nous observons une certaine diminution de la consommation lors de ces dernières années, mais les chiffres de consommation restent élevés en 2018, malgré les nombreuses campagnes de sensibilisation.

Nous abordons ici la problématique de la consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques[6] en maison de repos sous quatre angles différents. Nous regardons tout d'abord la consommation globale d'antipsychotiques et d'antidépresseurs en fonction des régions, du type de maison de repos et son évolution dans le temps (section 2). Nous analysons ensuite la variation entre maisons de repos selon le niveau de dépendance des résidents (sections 3). Nous comparons la consommation de ces médicaments en maison de repos avec celle des membres ayant des caractéristiques similaires mais soignés à domicile (section 4). Pour terminer, nous observons comment la consommation des membres évolue dans le temps, avant et après l'institutionnalisation (section 5). La section 6 dressera les conclusions et nos recommandations en la matière.

2. Consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques en maison de repos

2.1. Méthodologie

Cette étude est réalisée sur base de données de facturations des médicaments remboursés dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité (AMI). Nous étudions la consommation de médicaments remboursés prescrits aux membres MC ayant séjourné en maisons de repos en 2018.

Un membre est considéré comme ayant consommé des antidépresseurs ou antipsychotiques s'il s'est vu prescrire ces médicaments pendant un séjour en maison de repos et si ces médicaments correspondent au moins à un total de 30 DDD[7] (autrement dit à 30 jours de traitement). Nous faisons l'hypothèse que tout médicament prescrit est consommé.

Pour cette analyse, seuls les membres MC qui ont passé au moins 30 jours dans des maisons de repos en 2018 ont été retenus, et ce dans les institutions où au moins 20 membres de la MC ont résidé au cours de l'année 2018.

Nous avons un échantillon de 84.266 membres séjournant dans 1.273 établissements, dont l'âge moyen est de 86 ans et composé en majorité de femmes (72%).

2.2. Résultats

En moyenne (Tableau 1), environ 39% des membres MC qui ont passé au moins 30 jours en maison de repos en 2018 ont consommé des antidépresseurs pendant au moins 30 jours. Environ 18% des membres ont consommé des antipsychotiques. La consommation d'antidépresseurs est globalement plus élevée en maisons de repos et de soins[8] (41,28%) qu'en maisons de repos pour personnes âgées (35,72%), ce qui pourrait s'expliquer par des problèmes psychiques plus lourds en MRS.

Le niveau de consommation de ces médicaments est élevé et préoccupant par rapport à celle de l'ensemble des personnes âgées[9]. Toutefois, nous ne disposons pas d'informations sur

4. Camilotti G., Vandenbergen J., Verniest R. (2017), Vieillir rend moins heureux, MC informations 268, pp.17-21.
5. Gillis O., Verniest R. (2011), *Consommation d'antidépresseurs et antipsychotiques en maison de repos,* CM information 245 pp. 11-19 ; Cornelis K., Mertens R. (2007), *Des grandes différences dans la consommation de médicaments en maisons de repos,* MC informations 229 pp. 3-6 ; Camilotti G., Vandenbergen J. et Verniest R. (2018), *La consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques en maison de repos,* MC informations pp. 37-46.
6. Dans le cadre de cette analyse, tous les antidépresseurs et antipsychotiques ont été sélectionnés (classes ATC N06A – antidépresseurs et ATC N05A – antipsychotiques). Le groupe N06A comprend les antidépresseurs, c'est-à-dire les préparations utilisées dans le traitement des dépressions endogènes et exogènes. Le groupe est principalement subdivisé en fonction du mode d'action. Les divers antidépresseurs ont des modes d'action différents, et la classification ne reflète pas le mode d'action exact des divers antidépresseurs. Le groupe N05A comprend les médicaments ayant une action antipsychotique (c'est-à-dire les neuroleptiques). Les antipsychotiques associés aux antidépresseurs sont classés dans la catégorie N06C - Psycholeptiques et psychoanaleptiques associés. Le groupe est principalement subdivisé en fonction de la structure chimique. Plus d'informations sur les d'index ATC/DDD 2020 sur le site de l'OMS, www.whocc.no/atc_ddd_index/
7. Defined daily dose.
8. Dans cet article nous allons utiliser la terminologie suivante: MRS identifie les maisons de repos et soins, MRPA les maisons de repos pour personnes âgées tandis que l'ensemble des institutions pour personnes âgées (donc MRS et MRPA) sont appelées maisons de repos (MR).
9. Dans son rapport de Performance du système de santé belge, le KCE met en avant que 6,1% des plus de 65 ans consomment des antipsychotiques, *op cit.*

Tableau 1 : % de membres MC en maison de repos ayant consommé des antidépresseurs et antipsychotiques (30 DDD) – Données MC 2018

	Antidépresseurs	Antipsychotiques	N
	%	%	
Type de MR			
MRS	41,28%	21,59%	45.713
MRPA	35,72%	14,64%	38.553
Total	38,74%	18,41%	84.266

Tableau 2 : % de membres MC en maison de repos ayant consommé des antidépresseurs et antipsychotiques (30 DDD) par région - Données MC 2018

	Antidépresseurs	Antipsychotiques	N
	Moyenne	Moyenne	
Flandre	36,01%	18,03%	61.779
Wallonie	48,69%	20,40%	17.978
Bruxelles	44,31%	18,28%	2.855

les conditions de santé des membres pour évaluer si ces prescriptions sont justifiées.

Nous observons aussi une différence entre régions, avec une consommation plus élevée d'antidépresseurs dans les maisons de repos situées en Wallonie (49%) et à Bruxelles (44%) par rapport à la Flandre (36%). La consommation d'antipsychotiques est par contre plus similaire en fonction des régions (Tableau 2).

En outre, lorsque nous regardons l'évolution de la proportion moyenne de membres dans une maison de repos qui consomment des antidépresseurs/antipsychotiques, nous observons une légère diminution (d'environ 2% entre 2015 et 2018 pour les antidépresseurs et les antipsychotiques). La diminution est donc faible et les chiffres restent dans le même ordre de grandeur entre 2015 et 2018 (Figure 1).

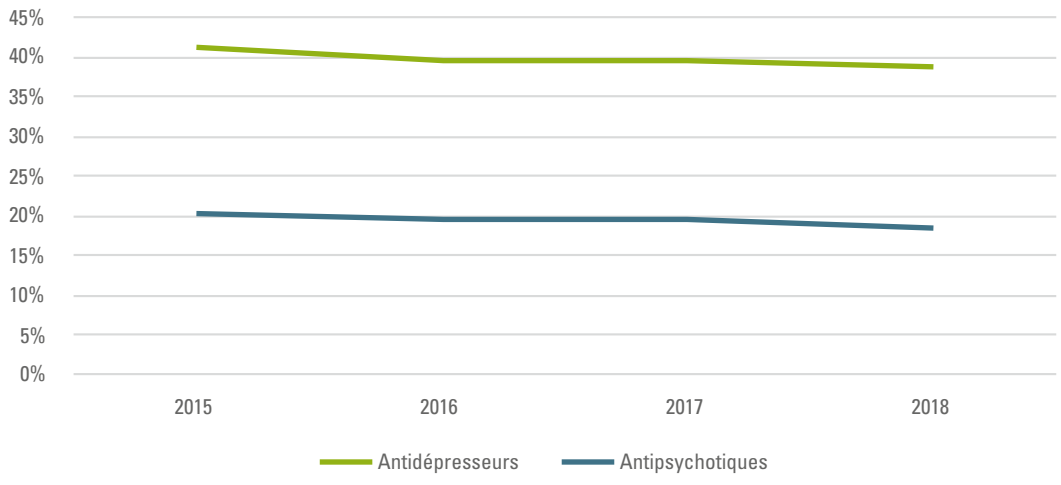
3. Variation selon le niveau de dépendance

3.1. Méthodologie

Il est important de savoir si le niveau de consommation observé cache des différences entre institutions. Dans le passé, la MC avait déjà mis en évidence une variation importante entre maisons de repos en termes de consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques.

Une correcte évaluation des différences entre maisons de repos requiert idéalement deux types d'information : les données de consommation de l'ensemble des résidents de chaque maison de repos d'une part ; des informations détaillées sur le profil et les pathologies présentes dans chaque centre d'autre part. En l'absence de telles infor-

Figure 1 : Evolution du % de membres MC en maisons de repos ayant consommé des antidépresseurs ou des antipsychotiques (au moins 30 DDD) y ayant séjourné au moins 30 jours ; maisons de repos avec au moins 20 membres MC



mations[10], nous comparons les maisons de repos selon le forfait[11] et limitons l'analyse aux maisons de repos dans lesquelles les membres MC sont assez nombreux.

Concrètement, nous avons procédé comme suit : pour chaque institution et pour chaque forfait, nous avons calculé le pourcentage de membres qui ont consommé des antidépresseurs ou antipsychotiques en 2018 (au moins 30 DDD). Nous avons gardé un seuil d'au moins 20 membres par forfait[12] pour réduire le risque que la variation observée soit causée par le nombre limité d'observations. Le forfait étant un bon indicateur représentatif du niveau de dépendance, nous comparons des individus assez similaires en termes de besoins de soins : ceci atténue le risque que la variation observée entre MR soit due à des différences de profil.

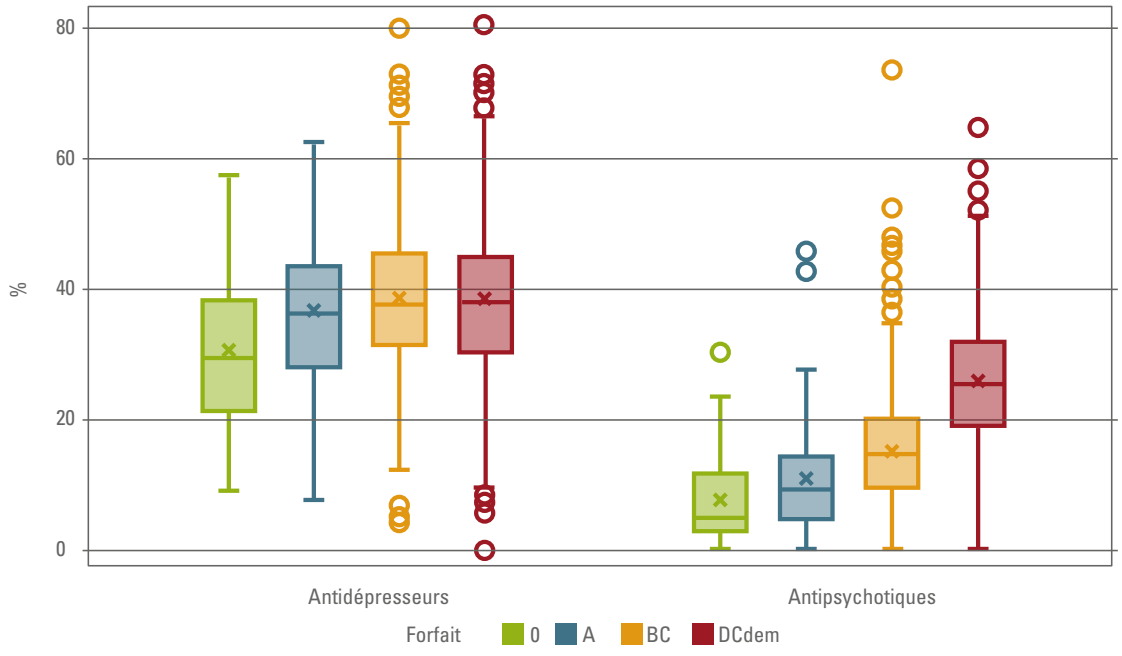
Cette méthode présente toutefois plusieurs limites. Premièrement, la plupart des maisons de repos regroupent uniquement certaines catégories de forfait. Par conséquent, la comparaison de la variation de consommation entre différents forfaits n'est pas une comparaison entre les mêmes maisons de repos. Deuxièmement, les restrictions imposées quant au nombre minimum de membres par forfait réduit fortement le nombre de maisons de repos conservées pour cet exercice, sans pour autant annuler le risque que les différences observées soient un artefact du nombre limité d'observations par institut : un total de 817 maisons de repos sur 1.273 a été retenu.

3.2. Résultats

Nous avons représenté la distribution des pourcentages de consommateurs d'antidépresseurs et d'antipsychotiques par maison de repos à l'aide d'un boxplot (voir la fin de l'article pour plus d'explications).

Figure 2 montre la variation du pourcentage de résidents qui consomment des antidépresseurs/antipsychotiques entre maisons des repos, et ce, selon le forfait[13].

Figure 2 : Dispersion du % des résidents en maison de repos ayant consommé des antidépresseurs et des antipsychotiques (au moins 30 DDD) selon le type de forfait (2018)



Maisons de repos avec au moins 20 membres par catégorie.
Membres ayant passé au moins 30 jours pendant l'année en maison de repos.

10. Les membres MC sont moins représentatifs de la population en région wallonne et bruxelloise.
11. Le forfait dépend, entre autres, du degré de dépendance du résident, calculé sur la base de l'échelle de KATZ. Plus d'informations sur les niveaux de dépendances auquel correspond chaque forfait dans l'Arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.
12. Nous avons regroupé les forfaits dans les catégories O, A, B+C, D+Cd pour ne pas trop limiter le nombre de maisons de repos dans l'analyse. Le membre est assigné au forfait où il a passé le plus de temps en 2018.
13. Plus d'informations sur les niveaux de dépendances auquel correspond chaque forfait dans l'Arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

En ce qui concerne la consommation des antidépresseurs, nous observons une variation importante pour chaque type de forfait. Par exemple, pour l'ensemble des forfaits B et C, le nombre de membres qui consomment des antidépresseurs varie de 13% à 67% selon les maisons de repos (percentile 10 à 90). La dispersion est toutefois globalement moins importante pour les antipsychotiques.

En moyenne, dans une maison de repos, la consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques augmente avec le forfait. Ainsi, la consommation d'antipsychotiques chez les membres MC ayant un forfait D/Cd est en moyenne très élevée (26%). Pour rappel, la catégorie Cd est la catégorie où on trouve la majorité des cas de démence. Pourtant, l'efficacité des antipsychotiques pour le traitement de la démence s'avère limitée et n'est pas recommandée.

Outre la variation due au nombre limité de résidents par maison de repos, les différences observées entre maisons de repos peuvent être expliquées par deux autres facteurs : des différences de profil des résidents autre que celles liées au niveau de dépendance ; des différences de pratiques entre maisons de repos dans le traitement des problèmes de santé mentale.

On observe également que, systématiquement (pour chaque type de forfait et au total), la proportion de membres MC qui consomme des antidépresseurs et antipsychotiques est inférieure dans les MR constituées sous forme d'ASBL par rapport aux MR commerciales ou du CPAS.

La proportion de membres consommant des antidépresseurs est par ailleurs systématiquement supérieure dans les MR commerciales. En outre, le tableau 3 montre également que les ASBL accueillent une proportion de personnes dépendantes (B/C et D/Cd) légèrement supérieure. Ces résultats montrent des différences de pratiques en fonction du statut de la maison de repos.

4. Différence entre soins à domicile et en maison de repos

4.1. Méthodologie

Dans cette section, nous comparons la consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques entre le domicile[14] et la mai-

Tableau 3 : % moyen de membres en MR ayant consommé des antidépresseurs et antipsychotiques (30 DDD) par statut des MR et forfait, 2018

Forfait	Statut MR	Antidépresseurs	Antipsychotiques	% de membres	N
0	CPAS	33,65%	11,20%	9%	2.187
	ASBL	29,93%	7,85%	7%	3.107
	Commercial	38,79%	16,02%	10%	1.717
	Total	33,26%	10,90%	8%	7.011
A	CPAS	37,84%	12,58%	14%	3.338
	ASBL	34,86%	10,65%	13%	5.238
	Commercial	40,91%	16,59%	18%	3.268
	Total	37,37%	12,83%	14%	11.844
B/C	CPAS	40,73%	17,06%	43%	10.494
	ASBL	37,80%	14,42%	45%	18.747
	Commercial	41,92%	16,33%	43%	7.586
	Total	39,48%	15,57%	44%	36.827
D/Cd	CPAS	39,52%	27,39%	35%	8.507
	ASBL	38,86%	25,79%	35%	14.780
	Commercial	42,58%	26,12%	29%	5.099
	Total	39,73%	26,33%	34%	28.386
Total	CPAS	39,28%	19,51%	100%	24.526
	ASBL	37,22%	17,48%	100%	41.872
	Commercial	41,62%	19,17%	100%	17.670
	Total	**38,75%**	**18,43%**	**100%**	**84.068**

14. Les membres soignés à domicile sont identifiés à partir des remboursements de soins infirmiers à domicile.

son de repos. Idéalement, si pour chaque individu en maison de repos nous pouvions identifier un membre à domicile ayant les mêmes caractéristiques sociodémographiques et les mêmes pathologies, toute différence dans la consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques entre soins en institution et soins à domicile serait attribuable au comportement des prescripteurs en maison de repos par rapport à ceux à domicile.

En pratique, comme déjà mentionné, nous ne disposons pas d'informations sur les pathologies des membres. Des différences de morbidité pourraient expliquer pourquoi certains individus se trouvent en maisons de repos et d'autres, ayant un profil sociodémographique similaire, restent à domicile. Nous essayons en tout cas d'atténuer l'impact des différences de profil sur la consommation de médicaments en appariant chaque individu en maison de repos à un individu à domicile qui est identique en termes de catégorie d'âge, de genre, de niveau de dépendance[15] et d'année du décès (2018 ou en vie).

Nous avons limité l'échantillon de départ aux membres MC âgés de plus de 70 ans qui sont dépendants (selon l'échelle de Katz)[16] et ont, en 2018, soit bénéficié de soins infirmiers à domicile pendant au moins 60 jours, soit passé au moins 30 jours en maison de repos. A partir de cet échantillon, nous avons cherché à apparier chaque résident en institut à un membre à domicile « identique » par rapport aux caractéristiques décrites ci-dessus. 30% des membres ayant séjourné en MR n'ont ainsi pas pu être appariés car un individu similaire bénéficiant de soins à domicile n'a pu être trouvé.

Nous avons ensuite quantifié la consommation de médicaments pendant toute l'année 2018 pour les deux groupes (au moins 30 DDD pendant l'année), en les classifiant selon la durée du séjour en maison de repos ou selon le nombre de jours de soins infirmiers. Cela signifie qu'une partie de la consommation observée, en particulier pour les membres dont le séjour en maison de repos est inférieur à trois mois, n'est pas nécessairement liée au traitement en maison de repos.

4.2. Résultats

Le tableau 4 montre les pourcentages de consommateurs d'antidépresseurs et d'antipsychotiques dans les deux groupes appariés, selon la durée du séjour en maison de repos ou le nombre de jours de forfait soins à domicile.

Nous observons que la consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques est moins élevée à domicile qu'en maison de repos pour toute durée du séjour/du recours aux soins à domicile. En moyenne, 31,33% des membres soignés à domicile ont consommé au moins 30 DDD d'antidépresseurs au cours de l'année 2018. Pour des résidents en maisons de repos ayant un profil comparable à celui des membres à domicile, ce pourcentage est de 44,83%.

Les différences dans la consommation d'antipsychotiques sont aussi importantes pour toute durée de séjour. En moyenne, 8,66% des membres à domicile ont consommé des antipsychotiques contre 27,50% des individus similaires mais résidant en maison de repos.

Un autre résultat important est que la consommation d'antidépresseurs et surtout d'antipsychotiques augmente davantage avec la durée de séjour en maison de repos qu'avec la durée du recours aux soins à domicile. Ainsi, la proportion de personnes

Tableau 4 : % de membres ayant consommé (au moins 30 DDD) d'antidépresseurs ou d'antipsychotiques selon la durée de recours aux soins infirmiers ou à une MR (2018)

Durée	Antidépresseurs (%)		Antipsychotiques (%)		N observations
	soins à domicile	maison de repos	soins à domicile	maison de repos	
(A) Jusqu'à 3 mois	26,42%	35,44%	6,22%	15,98%	7.712
(B) 3-6 mois	27,34%	40,69%	6,74%	25,09%	14.608
(C) 6-9 mois	33,30%	43,73%	11,14%	27,36%	8.656
(D) 9-12 mois	33,82%	45,92%	9,53%	28,56%	62.288
Total	**31,33%**	**44,83%**	**8,66%**	**27,50%**	**93.264**
Difference (D-A)	7,40%	10,48%	3,31%	12,58%	

Les membres sont appariés sur la classe de dépendance, groupe d'âge, sexe, décès

15. Les forfaits à domicile ne correspondent pas aux forfaits en maison de repos : pour pouvoir apparier les deux groupes, nous avons classifié les membres à partir de leur échelle de Katz en quatre classes de dépendance. Pour plus de détails sur la classification, voir Gillis O., Verniest R. (2011), Consommation d'antidépresseurs et antipsychotiques en maison de repos, MC Informations 245, pp. 11-19
16. Si un membre a eu plusieurs évaluations de l'échelle de Katz pendant l'année, nous considérons celle où il a passé le plus de temps en 2018.

consommant des antipsychotiques et ayant recours à des soins infirmiers pendant plus de neuf mois est supérieure de 3,31% à celle des personnes ayant recours à des soins infirmiers pendant moins de trois mois. En maison de repos, cette différence est de 12,58%. Pour les antidépresseurs, cette différence est de 7,4% pour les soins à domicile contre 10,48% pour les séjours en maisons de repos. La consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques a donc tendance à augmenter davantage avec la durée de séjour en maisons de repos qu'à domicile. Ce résultat est interpellant car il pourrait laisser penser que le simple fait de séjourner en maisons de repos a un impact sur la consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques.

Vu les limites de l'analyse décrites ci-dessus, nous ne pouvons pas attribuer totalement les différences entre domicile et institutions aux pratiques de ces dernières : d'autres facteurs y jouent aussi un rôle. Les différences restent toutefois interpellantes.

5. Consommation avant et après institutionnalisation

5.1. Méthodologie

Une dernière façon d'approcher la problématique de l'utilisation d'antidépresseurs et antipsychotiques en maison de repos est de regarder comment elle évolue suite à une institutionnalisation.

Pour ce faire, nous avons sélectionné les membres qui ont passé au moins six mois[17] en maison de repos en 2018 et qui n'ont pas eu de forfait en maison de repos dans les 6 mois qui précèdent la date du premier séjour en institution, ce qui restreint fortement notre échantillon (8.170 individus considérés sur les 84.266).

Pour ces membres, nous calculons la consommation d'antidépresseurs et antipsychotiques dans les six mois qui précèdent l'institutionnalisation et dans les six mois qui suivent la (première) date d'entrée. Nous comparons donc le même groupe d'individus, avant et après l'entrée en maison de repos.

5.2. Résultats

Nous observons (tableau 5) que le pourcentage de membres qui consomment des antidépresseurs augmente de 29,6% à 35,5% suite à l'institutionnalisation, soit une augmentation de 20,1%. Le pourcentage de membres qui consomment des antipsychotiques passe de 8,8% à 13,3%, soit une augmentation de 51,7%.

Tableau 5 : % de consommateurs d'antidépresseurs et d'antipsychotiques (au moins 30 DDD) pendant les 6 mois qui précèdent l'entrée en maison de repos et les premiers 6 mois en maison de repos

	Anti-dépresseurs	Anti-psychotiques	Total membres
6 mois avant entrée en MR	29,6%	8,8%	8.170
6 mois après entrée en MR	35,5%	13,3%	
Taux de croissance	20,1%	51,7%	

Les différences de consommation entre la période qui précède l'entrée en maison de repos et la période qui suit sont importantes. Nous ne pouvons pas en déduire automatiquement que les centres sont à l'origine de l'augmentation de la consommation : d'autres facteurs qui amènent à l'institutionnalisation pourraient expliquer une partie de cette croissance. Par exemple, un nombre important de membres de l'échantillon ont subi au moins une hospitalisation avant l'entrée en maisons de repos. L'utilisation d'antidépresseurs a pu commencer lors de ces séjours hospitaliers.

Le niveau de consommation d'antidépresseurs est déjà fortement élevé avant l'entrée en maison de repos. Quand on compare l'évolution de la consommation des mêmes individus dans le temps, la différence est moins élevée qu'en comparant des individus à domicile avec des membres en maisons de repos, mais reste importante. Ceci peut signifier que même si les membres à domicile sélectionnés ont un profil démographique et de dépendance similaire à ceux en maison de repos, d'autres caractéristiques pourraient expliquer les différences en consommation.

6. Conclusion

Cette analyse met en évidence que la consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques est élevée en maison de repos. Pour évaluer si cette consommation est justifiable, nous aurions besoin d'informations sur les conditions de santé (mentale) des membres, ce que nous ne disposons malheureusement pas.

Nous observons cependant des variations importantes entre maisons de repos quand on compare des individus ayant un profil de dépendance similaire, ce qui pourrait indiquer des pratiques différentes, en particulier quant à la prescription d'antidépresseurs. Le niveau élevé d'antipsychotiques prescrits à

17. Une interruption du séjour est possible.

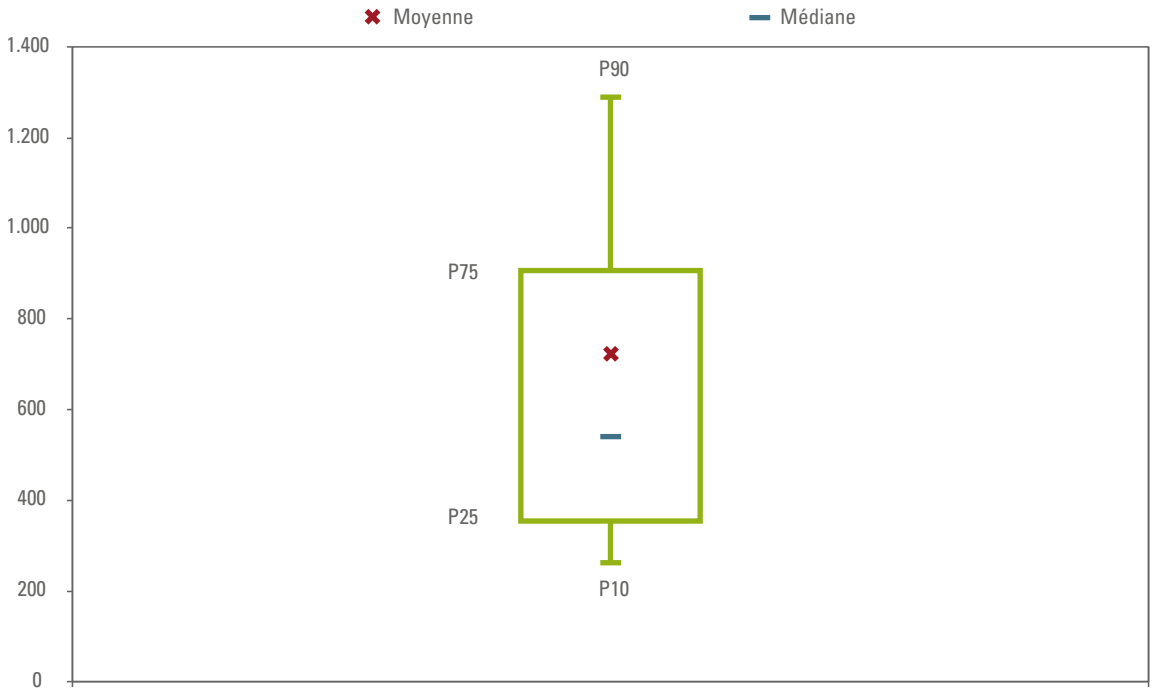
des personnes qui souffrent de démence est particulièrement inquiétant car nous savons que ces médicaments ne sont pas une réponse adéquate à ce problème de santé[18].

Comme point de référence, nous comparons premièrement deux groupes similaires en termes démographiques et de dépendance, à domicile et en maison de repos, et ensuite le même groupe d'individus avant et après l'institutionnalisation. Même si les deux méthodes présentent des limites expliquées plus haut, on observe dans les deux cas une consommation plus élevée en maison de repos que dans le groupe de comparaison.

Notre analyse montre des différences interpellantes entre le niveau de médication en maison de repos, entre les maisons de repos et hors des maisons de repos pour des niveaux de dépendance similaires. S'il nous est impossible d'exclure de notre analyse les cas de médications répondant à des diagnostics de maladie mentale, nous observons néanmoins une anomalie dans les résultats qu'aucune raison démographique ne semble pouvoir légitimement expliquer. Dès lors, il nous semble nécessaire d'interroger la raison de cette forte médicalisation en maison de repos et de défendre une approche multifactorielle de la gestion des problèmes de santé mentale en fin de vie.

Concrètement, la MC plaide pour un changement global de perspective dans les soins de santé mentale pour les aînés, avec une attention particulière à la prévention, un soutien financier plus important à l'aide psychologique et une implication plus importante des familles dans les choix médicaux. Le développement d'un réseau entre prestataires de soins est indispensable afin de traiter de manière précoce les problèmes psychiques des aînés.

Annexe : Comment lire un boxplot ?



Représentation graphique de la dispersion des valeurs observées ; La moyenne est représentée par la croix, la médiane par la ligne; La boîte (percentile 25 à 75) représente l'intervalle dans lequel 50% des observations se trouvent (intervalle interquartile) ; L'étendue de la dispersion des données est représentée par la longueur des antennes (percentile 10 à 90).

18. Selon Dufresne et Gallarda, « De nombreuses données convergent vers un constat d'excès d'utilisation des antipsychotiques chez les personnes âgées, en particulier dans les institutions. […] L'utilisation raisonnée des antipsychotiques chez la personne âgée fait débat et a donné lieu à un certain nombre de consensus d'experts. En 2004, Alexopoulos et coll. ont tenté de préciser les situations dans lesquelles ces prescriptions peuvent être envisagées : ce sont la schizophrénie et les troubles délirants persistants, la manie avec symptômes psychotiques, la démence avec agitation (lorsqu'elle est une réaction comportementale à des idéations délirantes), la dépression majeure avec symptômes psychotiques. […] En revanche, ces molécules ne sont pas indiquées dans de multiples situations où leur utilisation a pu néanmoins être classique et est devenue désormais obsolète et délétère : irritabilité et hostilité en l'absence de trouble mental caractérisé (réactions caractérielles), trouble anxieux généralisé et trouble panique, douleurs neurologiques, plaintes hypocondriaques d'origine névrotique, labilité émotionnelle, insomnie » (Dufresne et Gallarda, 2008, La place des antipsychotiques dans la prise en charge des troubles du comportement de la personne âgée, L'Encéphale, Supplément 6, S242–S248, p. 244, consulté le 22/04/20, disponible sur https://www.encephale.com/content/download/86708/1490232/version/1/file/main.pdf).

Qu'est-ce que la littératie en santé ? Tour d'horizon de la littérature

Louise Lambert (Service d'études)

Résumé

La littératie en santé désigne la capacité d'accéder, de comprendre, d'évaluer et d'appliquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé et celle de son entourage dans divers milieux au cours de la vie (Sorensen et al., 2012). Ce concept gagne en importance, tant sur le terrain qu'au niveau politique et académique. Il semble en effet être un puissant vecteur pour améliorer les comportements de santé et réduire les inégalités sociales de santé.

Cet article propose de faire un tour d'horizon de la littérature scientifique et des débats existants autour de la littératie en santé. Dans la première partie, nous revenons brièvement sur l'histoire du concept et sur sa définition. Ensuite, nous nous attardons sur les facteurs qui influencent la littératie en santé et, parallèlement, à l'impact qu'une meilleure littératie en santé peut avoir sur les résultats de santé et les inégalités. La troisième partie se concentre sur le niveau de littératie en santé à l'étranger et en Belgique. Enfin, nous passons en revue les différentes recommandations, politiques mises en place et plans d'action pour améliorer la littératie en santé, en nous attardant sur les rapports des organisations internationales, les revues de littérature systémiques et quelques études de cas plus spécifiques. De cet exercice, plusieurs conclusions et recommandations peuvent être tirées pour la Belgique.

Mots-clés : Littératie en santé, inégalités

1. Introduction et définition du concept

Le concept de littératie en santé a été introduit fin des années 1970 aux Etats-Unis par Cecile Doak suite à une étude réalisée sur les compétences de lecture de patients hospitalisés. C'est alors une définition fonctionnelle de la littératie en santé qui prédomine, la littératie en santé regroupant la capacité d'une personne à lire et comprendre les informations et instructions de santé (Doak et al., 1996). Un peu plus tard, au début des années 90, un groupe de travail national sur la littératie en santé fut créé aux États-Unis. Ce fut l'une des premières initiatives où des experts de différents domaines (soins de santé, éducation, sciences sociales) furent réunis pour travailler sur ce concept. C'est aussi le moment où les premières enquêtes visant à mesurer le niveau de littératie en santé sont réalisées. Elles proviennent du champ des sciences de l'éducation (National Adult Literacy Survey, 1992 ; International Adult Literacy Survey, 1994). Ces analyses ont montré que la littératie en santé était un facteur explicatif des disparités en matière de santé.

À la fin des années 90 et au cours de la première décennie du 21ème siècle, un large éventail d'études ont été menées sur les relations entre la littératie en santé et les résultats de santé (en termes de connaissances, de comportements, de morbidité et de mortalité). Ces études ont premièrement montré que la littératie en santé ne concernait pas seulement les compétences en lecture et la capacité de comprendre les informations liées à la santé mais également des compétences plus complexes et interconnectées comme celles de prendre part dans les décisions liées à sa santé, de communiquer ses besoins aux prestataires ou de savoir poser un jugement critique sur des instructions de santé (Rudd, 2017). En outre, ces études se sont éloignées d'une approche axée essentiellement sur le patient pour aller vers une approche prenant en compte l'interaction et l'adéquation entre le système de soins et la littératie d'une personne (Rudd, 2017 ; McCormack et al., 2016). Ainsi, à côté des caractéristiques individuelles (le genre, l'âge, le niveau d'éducation, le statut socio-économique, etc.), on retrouve également des caractéristiques plus systémiques (l'organisation du système de soins, la communication au sein des infrastructures de santé, etc.) qui influencent le niveau individuel de littératie en santé (Rademakers et al., 2014). La littératie en santé devient dès lors une responsabilité partagée à la fois par les individus et les organisations de soins de santé, et on observe un changement d'orientation des politiques,

passant de la promotion de la santé à une volonté de réformer le système de santé (Trezona et al., 2019). Aujourd'hui, il existe deux approches principales de la littératie en santé : « l'approche clinique », qui met l'accent sur les compétences individuelles (Ishikawa et al., 2008) et « l'approche santé publique », qui élargit le concept et inclut des dimensions au-delà du contexte médical (Rudd, 2007).

Cette vision plus large de la littératie en santé comme une interaction entre un patient et son système de santé est bien reflétée dans la définition de Sorensen et al. (2012).

Sorensen et al. (2012) **définissent** la littératie en santé comme étant « la connaissance, la motivation et les compétences des individus à *accéder, comprendre, évaluer et utiliser* l'information de santé en vue de *porter des jugements* et de *prendre des décisions* dans la vie de tous les jours en ce qui concerne *la santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé*, de manière à maintenir ou améliorer la qualité de vie ».

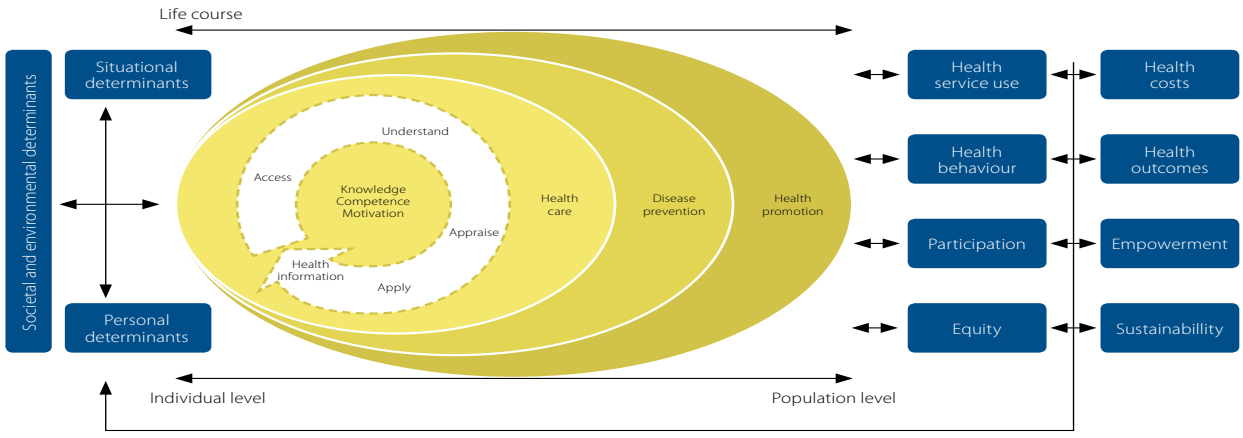
Sorensen et al. (2012) ont également élaboré un **modèle conceptuel** de la littératie en santé. Ce modèle montre les dimensions et les principaux domaines de la littératie en santé (représentés respectivement par la flèche et les formes ovales concentriques au milieu de la Figure 1), les facteurs qui influencent la littératie en santé, ainsi que les liens entre la littératie en santé et les résultats en santé. Les quatre dimensions liées à la littératie en santé sont les suivantes:

- **Accéder** (Access) : la capacité de chercher, trouver et obtenir de l'information sur la santé ;
- **Comprendre** (Understand) : la capacité de comprendre des informations ;
- **Evaluer** (Appraise) : la capacité d'interpréter, de filtrer, de juger et d'évaluer ces informations ;
- **Appliquer** (Apply) : la capacité de communiquer et d'utiliser ces informations pour maintenir ou améliorer sa santé

La littératie en santé s'applique dans différents domaines, selon un continuum allant du niveau de l'individu au niveau de la population : les services de soins de santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé. Cela permet d'intégrer dans un seul modèle la conception clinique de la littératie en santé au niveau de l'individu et l'approche « santé publique » qui aborde la littératie dans le contexte plus large de la communauté et de la société. Combinant les quatre compétences de la littératie en santé avec les trois domaines de la santé, Sorensen et al. (2012) obtienne une matrice de 12 dimensions (voir Tableau 1).

Ce modèle montre également les principaux déterminants du niveau de littératie en santé et les facteurs qui sont influencés par la littératie en santé. Parmi les déterminants du niveau de littératie, une distinction est réalisée entre les facteurs plus distants (les déterminants sociaux et environnementaux, par exemple : la situation démographique, la culture, la langue, les instances politiques, les systèmes sociaux) et les facteurs plus proches, qui se rapportent davantage aux déterminants personnels (par exemple : l'âge, le sexe, l'origine ethnique, le statut socioéconomique, l'éducation, le revenu,…) et situationnels (par exemple : le soutien social, l'influence familiale, l'utilisation des médias et l'environnement physique). La littératie en santé influence à son tour les comportements en matière de santé, l'utilisation des services de santé, la participation et les inégalités de santé et aura donc une incidence sur les résultats en matière de santé, les coûts des soins de santé, l'autocapacitation des patients et la soutenabilité du système de soins.

Figure 1 : modèle conceptuel de la littératie en santé, source: OMS (2013), p.14, adapté de Sorensen et al. (2012)



Source: adapted from: Sørensen K et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 2012, 12:80.

Tableau 1 : Les 12 sous-dimensions définies par le modèle conceptuel de la littératie en santé (source : Sorensen et al., 2012)

	Accéder ou obtenir des informations	Comprendre ces informations	Evaluer et critiquer ces informations	Appliquer ou utiliser ces informations
Soins de santé	Capacité d'accéder aux informations sur des questions cliniques ou médicales	Capacité à comprendre des informations médicales et en retirer un sens	Capacité à interpréter et critiquer des informations médicales	Capacité à prendre des décisions informées pour sa santé
Prévention de la maladie	Capacité d'accéder à des informations sur les facteurs de risques	Capacité à comprendre des informations sur les facteurs de risques et à en retirer un sens	Capacité à interpréter et critiquer des informations sur les facteurs de risques	Capacité à évaluer la pertinence des informations sur des facteurs de risques
Promotion de la santé	Capacité à se mettre à jour sur des questions concernant la santé	Capacité à comprendre des informations liées à la santé et à comprendre leur sens	Capacité à interpréter et critiquer des informations liées à la santé	Capacité à se forger une opinion réfléchie sur les questions de santé

2. Littératie en santé, comportements de santé et inégalités

2.1 Les déterminants sociaux de la littératie en santé

Divers indicateurs de structuration sociale (le statut socio-économique, le niveau de scolarité et la situation professionnelle) expliquent en partie les disparités en littératie en santé.

Ainsi, les recherches utilisant des indicateurs de la classe sociale (par exemple, le revenu, le niveau de scolarité ou la situation professionnelle) révèlent constamment des disparités socioéconomiques dans la littératie en santé (Ayotte et al., 2009 ; Sudore et al., 2006 ; Dupre et Goerge, 2011 ; Sorensen et al. 2015). Certains auteurs montrent par exemple qu'une augmentation de revenu personnel d'environ 5.000$ est associée à une augmentation importante des niveaux de littératie en santé (von Wagner et al., 2007). Aux Etats-Unis et en Europe, les recherches montrent qu'un faible niveau de littératie en santé est plus répandu chez les personnes âgées, les minorités ethniques (Baker, 2002, Sorensen et al., 2015), les groupes avec un faible statut socioéconomique (Ayotte et al., 2009 ; Baker, 2002 ; Sudore et al., 2006 ; Sorensen et al., 2015), les groupes ayant des difficultés financières et ceux ayant un plus faible niveau d'éducation (Van der Heide, 2013 ; Sorensen et al., 2015). Certaines recherches indiquent que les hommes ont des niveaux inférieurs de littératie en santé comparativement aux femmes (Ayotte et al., 2009 ; Sudore et al., 2006 ; Van den Broucke et Renwart, 2014) ; cependant, d'autres recherches indiquent le contraire (Jeppesen, 2009 ; Charafeddine, 2018). Plusieurs études affirment donc qu'il existe un **gradient social**[1] en ce qui concerne la littératie en santé (Van der Heide, 2013 ; Rikard et al., 2016 ; Sorensen et al. 2015).

Rikard et al. (2016) ont également montré que l'intégration sociale d'un individu expliquait les disparités en littératie en santé aux USA : l'engagement civique (par exemple, le fait de voter, d'être bénévole et d'aller dans les bibliothèques) et les ressources sociales (par exemple, le fait de parler anglais ou d'avoir un grand réseau social) sont associés à des niveaux de littératie en santé plus élevés.

Enfin, à côté des indicateurs de structuration sociale, il faut également pointer l'importance de nos représentations socio-culturelles et de nos habitus sur le niveau de littératie en santé. En effet, les choix que nous faisons sont le résultat d'une interprétation d'un message par nos propres représentations, elles-mêmes conçues et élaborées par notre environnement social, nos croyances et nos habitudes. Il est donc possible que l'information soit présente, le message clair mais que la majorité des personnes interrogées ne soient pas en capacité de le critiquer ou de mettre en œuvre les recommandations. Le niveau d'étude ou le statut social n'est pas suffisant pour comprendre les codes d'une société. Un professeur de santé publique belge, par exemple, pourrait avoir besoin de littératie en santé dans un pays étranger, et inversement, puisque certains codes, coutumes et croyances en santé divergent

1. Le gradient social est un terme utilisé pour décrire le fait que les personnes qui occupent une position socio-économique plus défavorisée ont une santé moins bonne (et une vie plus courte) que celles qui sont plus favorisées. Il s'agit d'un phénomène mondial, que l'on constate dans tous les pays. Source OMS : https://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/fr/

(FRAPS, 2018). C'est donc l'adéquation entre nos codes culturels et systèmes de valeurs avec ceux des organisations de soins qui est importante. Ce qui ouvre la question de l'implication d'une variété d'acteurs de la santé dans la prise de décision en santé[2] et celle de la santé communautaire[3], c'est-à-dire du type de processus de décision collectif mis en place pour définir nos systèmes de soins et garantir qu'ils maintiennent l'individu dans ses pratiques culturelles.

2.2 Impact de la littératie en santé sur les comportements et les résultats de santé

De plus en plus d'études démontrent que les personnes ayant un faible niveau de littératie en santé sont moins susceptibles d'adopter des comportements favorables à la santé (Berkman, 2011b ; Omachi et al., 2013), de participer à des programmes de dépistage (Omachi et al., 2013 ; WHO, 2013) et d'utiliser les services de prévention (Sayah et al., 2013 ; Vandenbosch et al., 2016). Par exemple, Fernandez et al. (2016) ont constaté, au moyen de modèles de régression logistique ajustés pour le sexe, le niveau d'instruction, l'origine ethnique et l'âge, que les participants ayant déclaré avoir une bonne connaissance en santé étaient plus nombreux à avoir réalisé une mammographie dans les deux dernières années, à pratiquer deux ou trois séances par semaine d'exercices sportifs et étaient moins nombreux à fumer.

Les patients avec une plus faible littératie en santé ont en outre une plus faible capacité d'autogestion en santé et d'observance thérapeutique (Souza, et al., 2014). En effet, un faible niveau de littératie en santé limite les possibilités de participer activement aux décisions concernant sa santé et d'être autonome dans la gestion de sa santé, ce qui augmente le risque de développer des pathologies multiples (Roberts, 2015). En outre, les personnes ayant un faible niveau de littératie en santé sont plus susceptibles d'avoir un sentiment de honte par rapport à leur niveau de compétence, ce qui peut réduire leur interaction avec les services de santé et les services sociaux. Ainsi, un faible niveau de littératie en santé rend plus difficile la communication avec les professionnels de santé et peut conduire un individu à dissimuler ses besoins en matière de santé (Roberts, 2015).

Il a également été démontré qu'un faible niveau de littératie augmente le taux de morbidité (taux plus élevé de cancer du col de l'utérus par exemple) et le taux de mortalité prématurée. Un faible niveau de littératie en santé implique également un usage inadéquat des médicaments (Albouy-Llaty, 2016) ainsi qu'une moins bonne gestion quotidienne des maladies chroniques et des maladies de longues durées (WHO, 2013 ; Berkman, 2011). Or, les personnes ayant une maladie chronique sont plus nombreuses à avoir un niveau de littératie en santé insuffisant (Mannaerts, 2018).

De plus, plusieurs études ont démontré qu'une faible littératie en santé est liée à une utilisation sous-optimale des services de santé ; avec plus d'hospitalisations, une durée d'hospitalisation plus longue, et un recours accru aux services de soins d'urgence (Jansen et al., 2018 ; Albouy-Llaty, 2016 ; Berkman, 2011).

Enfin, basé sur un examen systématique des bases de données électroniques (2.340 articles analysés), Eichler et al. (2009) estiment que les coûts supplémentaires liés à la prévalence de faibles taux de littératie en santé vont de 3 à 5% du coût total des soins de santé par an.

2.3 Lien entre littératie en santé et inégalités sociales de santé

La littératie en santé est associée à la fois aux principaux déterminants sociaux de la santé et aux résultats de santé. Par conséquent, la littératie en santé pourrait médier la relation entre ces deux ensembles de variables et pourrait jouer un rôle dans la création et la compréhension des inégalités sociales de santé. Cependant, à ce jour, peu d'études ont été réalisées pour comprendre ces relations (Logan et al., 2015).

Pourtant, selon Dupuis (2015), la littératie en santé joue un rôle crucial dans la distribution inéquitable des opportunités en matière de santé puisqu'elle influe sur la capacité de prendre des décisions éclairées qui favorisent une bonne santé. « Parce que derrière les enjeux de communication, il s'agit bien d'une question de justice et d'équité dans l'accès aux soins et services. La personne qui a un faible niveau de littératie est moins qu'une autre en mesure d'exercer son autonomie et d'accéder aux services dont elle a besoin et auxquels elle a droit » (Dupuis, 2015, p.8). De leur côté, Brumagne et Mannaert (2018) mentionnent que l'action en faveur de la littératie en santé constitue un levier pour réduire les inégalités sociales de santé, à condition qu'elle s'appuie sur des dynamiques participatives et émancipatrices et qu'elle appelle à la mobilisation d'une diversité d'acteurs et d'actrices à même d'agir non seulement sur l'accessibilité des systèmes d'information mais aussi sur les causes fondamentales des inégalités.

2. A titre d'exemple, la France a mis en place un programme appelé « Démocratie sanitaire ». Cette expression met l'emphase sur l'importance de la dimension démocratique (c'est-à-dire concertée et décidée selon des critères de légitimité partagés au sein de la population). La démocratie sanitaire est une démarche associant l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation (voir https://www.ars.sante.fr/quest-ce-que-la-democratie-sanitaire-10)
3. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé communautaire est le processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités. Voir : https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-7-page-563.htm

3. Mesurer la littératie en santé

Plus la définition de la littératie en santé est large, plus il est difficile de la mesurer, car elle englobe des concepts difficiles à quantifier. C'est pourquoi, jusqu'il y a peu, les mesures se focalisaient principalement sur l'approche fonctionnelle de la littératie en santé. Toutefois, de nouveaux outils ont récemment été mis à jour, qui permettent de mesurer des compétences plus complexes comme la communication et la pensée critique et de nouvelles dimensions comme la motivation et le soutien social.

L'exemple le plus connu est l'enquête européenne sur les connaissances en matière de santé (HLS-EU) qui a été menée dans huit pays : Autriche, Bulgarie, Allemagne, Grèce, Irlande, Pays-Bas, Pologne et Espagne. Le questionnaire comporte 47 items mesurant les douze dimensions de la littératie en santé définies par Sorensen et al. (2012) (voir Figure 2). Les résultats distinguent quatre niveaux de connaissances en matière de santé : excellent, suffisant, problématique et insuffisant. Dans les pays qui ont participé à l'enquête, environ un répondant sur dix (12%) a montré une connaissance insuffisante de la santé et près d'un sur deux (47%) une connaissance limitée (insuffisante ou problématique). Toutefois, les résultats diffèrent sensiblement d'un pays à l'autre (29-62%). L'enquête a également identifié des sous-groupes avec des proportions plus élevées de personnes ayant un niveau de littératie limité par rapport à la population générale, comme les personnes ayant un faible statut social, un faible niveau d'éducation ou les personnes âgées (>66 ans), ce qui suggère l'existence d'un gradient social pour la littératie en santé.

Depuis cette première étude en 2015, le questionnaire HLS-EU a été testé dans d'autres pays (Japon, Taiwan, Kazakhstan, Malaisie, Taiwan, Indonésie, Vietnam). En Belgique, plusieurs études ont été réalisées.

a. 2014 – Etude de la Mutualité chrétienne et de l'UCLouvain (Vancorenland et al., 2014).

La Mutualité chrétienne, en collaboration avec l'UCLouvain a réalisé une étude en ligne sur un échantillon de 9.616 personnes en 2014 (Vancorenland et al., 2014). Les résultats de cette enquête ont montré que la littératie en santé est «limitée» pour trois Belges sur dix (29,7%) et «insuffisante» pour un peu plus d'un sur dix (11,6%). Au total, quatre belges sur dix ont un niveau de littératie en santé limité ou insuffisant (voir Figure 3). Ces scores se situent dans la même fourchette que ceux de la majorité des autres pays européens, mais sont inférieurs aux performances de notre voisin les Pays-Bas.

La Flandre connait le pourcentage le plus élevé de personnes ayant un niveau suffisant de littératie en santé (61,9%), suivie de Bruxelles (52,5%) puis de la Wallonie (48,7%). Le sexe et l'âge ont une incidence sur les compétences en matière de santé : le pourcentage de personnes avec un niveau de littératie suffisant était nettement plus élevé chez les femmes (60,9%) que chez les hommes (56,2%). Il était également meil-

Figure 2 : Pourcentage du niveau de littératie par pays (Sorensen et al., 2015)

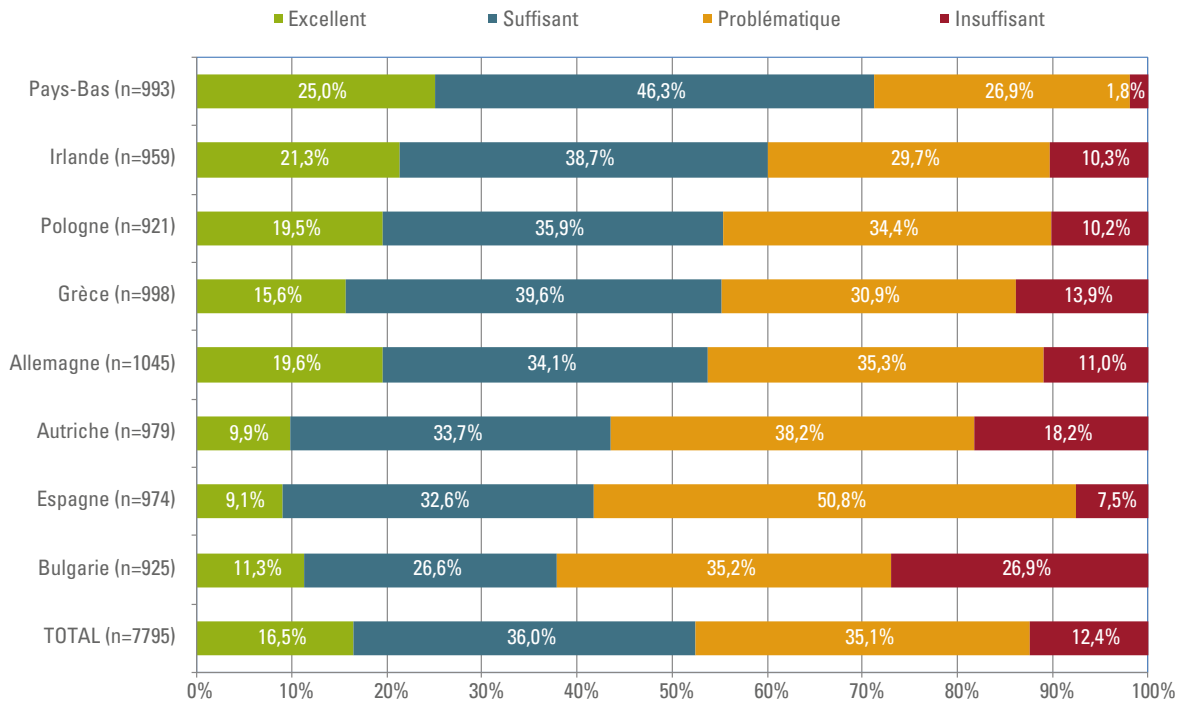
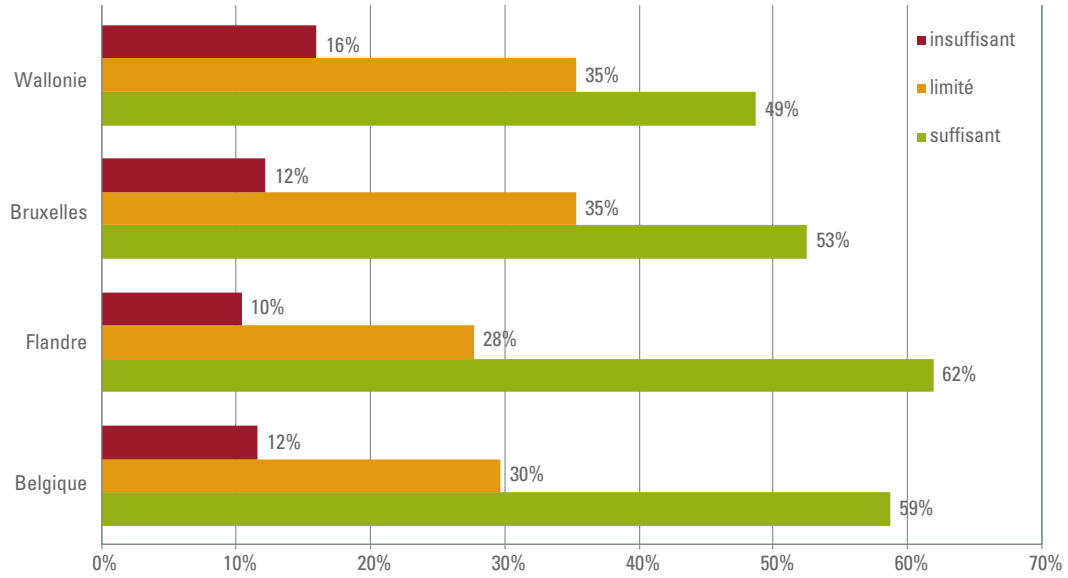


Figure 3 : Niveau de la littératie en santé en fonction des régions, Belgique (Vancorenland et al., 2014).



leur chez les personnes âgées de 25 à 74 ans (environ 60%) que chez les personnes de 18 à 24 ans (45,5%) et chez celles de plus de 75 ans (49,2%).

Les différences en matière de littératie en santé sont particulièrement marquées selon le niveau d'éducation. Chez les personnes ayant un faible niveau d'éducation, 39% avaient des compétences limitées en matière de santé et 19% avaient un niveau insuffisant. Chez les personnes ayant un niveau d'éducation supérieur, ces chiffres étaient respectivement de 22% et 4%.

b. 2018 – Enquête de santé, Sciensano (Charafeddine et al., 2019)

Dans la dernière Enquête de Santé, menée par Sciensano en 2018, six indicateurs mesurant la littératie en santé ont été inclus dans le questionnaire. Les résultats de l'enquête confirment globalement les conclusions de Vancorenland et al. (2014) même si certaines différences apparaissent : le niveau de littératie est globalement plus élevé que dans l'étude de Vancorenland et al. (« seul » 33,4% des Belges âgés de 15 ans ou plus ont un niveau limité ou insuffisant de littératie en santé) et les hommes sont plus nombreux à avoir un niveau de littératie suffisant, 68,3% contre 65% pour les femmes[4]. Les différences entre régions et niveaux d'éducation sont par contre confirmées.

c. Autres études sur la littératie en santé

En 2016, les Mutualités libres ont réalisé une enquête sur la communication entre médecins et patients auprès de 1.033 belges. Les résultats montrent que 40% d'entre eux avaient des difficultés à comprendre les explications du médecin et que 17% trouvaient cela très difficile (Mutualités libres, 2016). En 2017, Solidaris (Solidaris Institute, 2017) a confirmé que le niveau de littératie en santé en Belgique n'était pas optimal et a rappelé l'importance de travailler au niveau sociétal plutôt qu'individuel en améliorant les déterminants sociaux de la santé, la prévention et la promotion de la santé.

4. Tour d'horizon des interventions, recommandations et plans d'action mis en place

La section précédente nous a montré que le faible niveau de littératie en santé concerne une partie importante de la population. Or, une faible littératie en santé affecte les gens tout au long de leur vie. En effet, avoir un niveau de littératie en santé suffisant est essentiel pour accéder et utiliser de manière efficace les services de santé ou pour pouvoir gérer de manière adéquate sa santé. En outre, les groupes vulnérables comme les personnes âgées et les malades chroniques sont les plus à risque d'avoir une littératie en santé insuffisante, alors que ce sont ces mêmes groupes qui ont les plus grands besoins et dépenses de santé (Van den Broucke, 2019). Selon le KCE, un meilleur niveau de littératie en santé permettrait d'obtenir des meilleurs résultats de santé, de diminuer l'impact des déterminants socioéconomiques sur les inégalités sociales de santé ainsi que le coût des soins de santé (KCE report, 2019). Par conséquent, il est important que les politiques de santé publique travaillent à améliorer le niveau de littératie en santé.

4. Ces différents résultats peuvent s'expliquer par une divergence dans la méthodologie utilisée (questionnaire de 16 items pour la MC contre 6 pour Sciensano) et de l'étendue de l'enquête (nombre de répondants et population de référence divergente pour l'échantillonnage - membres de la MC d'un côté, population belge de l'autre).

4.1 Rapports internationaux et revues de littérature systématiques

Avant de détailler quelques exemples de plans d'action mis en œuvre par différents pays, nous parcourons dans cette section les récents rapports d'organisations internationales et revues de littérature systémiques qui élaborent des recommandations générales sur la littératie en santé.

En 2013 puis en 2018, l'**OMS** a publié deux rapports afin de recenser les meilleures actions et politiques pour améliorer la littératie en santé. L'OMS rappelle ainsi que, pour améliorer la littératie en santé, des mesures doivent être prises dans de nombreux secteurs (l'éducation, le milieu professionnel, les magasins, les médias de masse, les institutions politiques, la recherche académique, etc.) et pas uniquement dans le domaine de la santé ; et ce, à tous les niveaux – individuels, communautaires et systémiques (voir Figure 4).

L'OMS adopte également une approche systémique de la littératie en santé et insiste sur le fait que la littératie en santé ne concerne pas uniquement le développement de compétences individuelles mais également la nécessité de rendre les organisations de soins plus accessibles et adaptées à tous types de publics. Elle reprend ainsi l'analyse de l'Institute of Medecine (IOM) qui a développé un idéal-type de 10 attributs qui permettrait à une organisation de soins de devenir plus favorable à la littératie en santé (voir Tableau 2). Le développement de ces attributs nécessite d'abandonner une approche axée uniquement sur la maladie et de s'engager dans un partenariat étroit entre le médecin et le patient, en tenant compte des ressources et des compétences du patient (Brach et al., 2012). Ils proposent par exemple d'inclure des personnes ayant un faible niveau de littératie dans les services de communication ou de prévoir des services de traduction pour d'autres langues que les langues officielles.

Enfin, l'OMS propose de renforcer la formation des professionnels de santé afin d'accroître leurs compétences en matière de communication. Elle insiste également sur le besoin de réaliser des recherches interdisciplinaires et des évaluations qualitatives et quantitatives robustes.

Le projet IROHLA (Intervention Research On Health Literacy), financé par la Commission Européenne entre 2012 et 2015 (IROHLA Consortium, 2015), visait à produire un ensemble de lignes directrices et recommandations afin d'améliorer la littératie en santé des personnes âgées, basé sur une revue de littérature de 338 interventions. Les résultats font apparaitre quatre domaines prioritaires dans lesquels mener des interventions :

- Améliorer l'autocapacitation (la capacité d'apprendre par soi-même) des personnes âgées ayant un faible niveau de littératie en santé
- Renforcer les systèmes de soutiens locaux : familles, soignants, communautés
- Améliorer les compétences des prestataires de soins en matière de communication et d'interaction
- Améliorer le système de santé, pour le rendre plus accessible à tous les groupes de la société.

Figure 4 : Parties prenantes les plus importantes impliquées dans la littératie en santé, source : OMS (2013, p.19).

Tableau 2 : Les 10 attributs pour qu'une organisation de soins soit favorable à la littératie en santé. Source : OMS (2013), adapté de Brach et al. (2012) (traduction propre).

Une organisation de soins de santé favorable à la littératie en santé	Exemples
Prépare ses travailleurs à la maîtrise de la santé et suit les progrès réalisés	• Embauche du personnel diversifié ayant une expertise en littératie en santé • Fixe des objectifs pour la formation du personnel à tous les niveaux
Inclut des populations qui participent à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des informations et des services de santé	• Comprend des apprenants adultes ou des personnes qui ont une littératie limitée en santé • Obtient un feedback sur les informations et les services de santé auprès des personnes qui les utilisent
Répond aux besoins des populations avec un éventail de compétences en littératie en santé tout en évitant la stigmatisation	• Adopte des précautions universelles pour la littératie en santé, par exemple en offrant à chacun une aide dans les tâches de littératie en santé • Alloue des ressources proportionnelles à la concentration de personnes ayant une littéracie en santé limitée
Utilise des stratégies de littératie en santé dans la communication interpersonnelle et confirme la compréhension à tous les points de contact	• Confirme la compréhension (par exemple en utilisant les méthodes "teach-back", "show-me" ou "chunk-and-check") • Assure une assistance linguistique aux personnes qui ne parlent pas la langue dominante • Se limite à deux ou trois messages à la fois • Utilise des symboles d'orientation faciles à comprendre.
Facilite l'accès aux informations et services de santé et fournit de l'aide à la navigation	• Met les utilisateurs au centre des portails électroniques pour les patients et propose une formation sur leur utilisation • Facilite la prise de rendez-vous avec d'autres services
Conçoit et partage des contenus imprimés, audiovisuels et sur les réseaux sociaux qui sont faciles à comprendre et sur lesquels il est possible d'agir	• Fait participer divers publics, y compris ceux dont la littératie en santé est limitée, à l'élaboration et aux tests rigoureux effectués par les utilisateurs • Utilise un processus de traduction de qualité pour produire des documents dans des langues autres que la langue dominante
Aborde la littératie en santé dans les situations à haut risque, y compris les transitions de soins et la communication sur les médicaments	• Donne la priorité aux situations à haut risque (comme le consentement éclairé pour les opérations chirurgicales et autres procédures invasives) • Met l'accent sur les sujets à haut risque (comme les conditions qui exigent une autogestion poussée)
Communique clairement ce que les plans de santé couvrent et ce que les individus devront payer pour les services	• Fournit des descriptions faciles à comprendre des couvertures d'assurance maladie • Communique les coûts des services de soins de santé avant qu'ils ne soient fournis

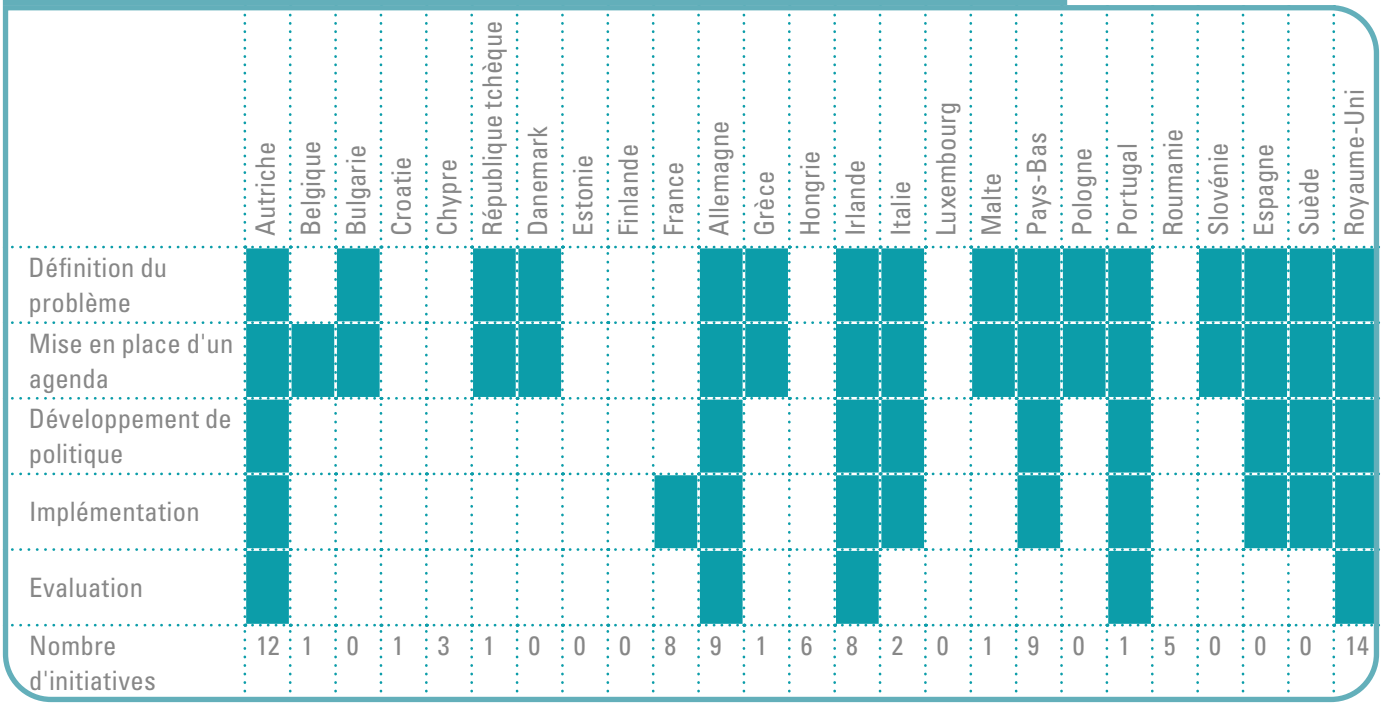
Le projet IROHLA conclut notamment en expliquant que l'intégration de la littératie en santé dans toutes les politiques de santé est une précondition à la réalisation d'interventions efficaces.

Le **projet HEALIT4EU** a publié, en 2015, une revue de littérature des politiques menées en Europe sur la littératie en santé (Heijmans et al., 2015). Certaines seront détaillées dans la section 4.2 consacrées aux études de cas.

Les conclusions générales sont les suivantes :

- Le concept de littératie en santé a gagné de l'attention dans plusieurs états membres de l'Union Européenne (UE). Cependant, dans la majorité des pays, le concept était soit connu mais peu utilisé, soit utilisé uniquement dans le contexte plus large de la promotion de la santé, soit inconnu.
- En 2015, dix États membres de l'UE - dont la Belgique - n'avaient pas de politique, de programme ou d'activités substantielles dans le domaine de la littératie en santé. Huit

Tableau 3 : Statuts d'implémentation des plans d'actions pour la littératie en santé par pays. Source: Heijmans et al. (2015), p. 94, traduction propre



Légende: Définition du problème: reconnaissance qu'un problème existe. Mise en place d'un agenda: identifier les aspects du problème qui exigent une attention du gouvernement, décider quels problèmes méritent le plus d'attention et définir la nature du problème. Développement de politique : mise en place d'objectifs, identification des coûts et estimation de l'impact, choix des solutions et des instruments. Implémentation : étapes prises pour mettre en place la politique. Evaluation: évaluation des impacts de la politique, des succès et erreurs, de l'implémentation et des effets attendus.

d'entre eux n'en étaient qu'aux premiers stades de l'élaboration de leurs politiques. Cinq semblaient avoir développé des activités qui correspondaient à toutes les étapes du cycle politique (voir Tableau 3).

- Six pays disposaient d'une politique nationale en matière de littératie en santé (Autriche, Irlande, Italie, Portugal, Espagne et Royaume-Uni).
- Généralement, de nombreuses parties prenantes étaient impliquées dans le développement des politiques en faveur de la littératie en santé et les universités ont joué un rôle important dans les premières phases du cycle politique.
- Les données actuelles ne permettent pas de conclure si les politiques, les programmes et les activités sont efficaces ou non.

Ce projet a formulé plusieurs recommandations. Premièrement, il insiste sur la nécessité d'évaluer de manière rigoureuse et avec des méthodes d'analyse coût-bénéfice les interventions faites. Ensuite, il encourage à quantifier de manière plus systématique et rigoureuse la littératie en santé dans les pays européens. Enfin, au niveau politique, il recommande une meilleure coordination européenne des politiques mises en place, une intégration plus systémique du concept de littératie en santé comme complément utile aux politiques de promotion de la santé ainsi qu'un focus sur les populations avec une faible littératie en santé.

Finalement, notons que plusieurs auteurs ont réalisé des **revues de littérature systématiques des interventions** réalisées pour améliorer **la littératie en santé** (Sheridan et al., 2011 ; Geboers et al., 2015 ; Brainard et al., 2016 ; Brainard et al., 2016b). Ces revues de littérature font l'inventaire des différentes initiatives prises au niveau micro, méso et macro afin d'améliorer la littératie en santé et s'intéressent particulièrement à l'impact qu'elles ont eu et à l'évaluation des dispositifs mis en place. Globalement, ces revues de littérature indiquent un impact positif modeste des interventions prises. Qui plus est, l'impact est généralement mesuré sur le degré de connaissance et non sur les résultats de santé ou les changements de comportement opérés suite à l'intervention.

L'ECDC[5] (2012) et Jesup et al. (2018) concluent que la plupart des interventions identifiées se concentrent sur le niveau fonctionnel de la littératie en santé (c'est-à-dire, sur les deux premières compétences du modèle de Sorensen, accéder et comprendre des informations liées à la santé) et le niveau micro (relation entre patient et prestataire de soins). Il existe peu d'exemples d'interventions avec des résultats significatifs qui

5. European Centre for Disease Prevention and Control

visent les niveaux interactifs ou critiques de la littératie en santé ou les niveaux méso (organisations des soins de santé) et macro. On peut donc reprocher aux initiatives visant à améliorer la littératie en santé de se concentrer essentiellement sur la littératie en santé en tant que capacité individuelle, ce qui conduit à voir la littératie en santé comme étant un «problème» du patient que les professionnels de la santé doivent surmonter (Jesup et al., 2018 ; Altin et Stock, 2016). Elles tiennent ainsi trop peu compte de l'interaction complexe entre le prestataire de soins et le patient et vont à l'encontre des recommandations des organisations internationales (OMS, UE) qui adoptent une vision systémique de la littératie en santé.

Ces revues de littératures systématiques pointent également le manque de données significatives sur les stratégies les plus efficaces à adopter.

4.2 Etudes de cas - comparaison internationale

Le récent rapport du KCE étudie les déclarations politiques et les plans d'action sur la littératie en santé de six pays: Australie (AUS), Autriche (AT), Irlande (IE), Pays-Bas (NL), Portugal (POR) et Écosse (SCOT) (KCE report, 2019). Dans cette section, nous souhaitons revenir sur les traits saillants de ces différents plans et mettre en lumière les éléments qui pourraient être importants pour la Belgique. Le Tableau 4 reprend les niveaux de littératie en santé des six pays concernés. On remarque directement les très bons résultats des Pays-Bas, suivi de l'Irlande et du Portugal.

Certains de ces pays ont lancé des plans d'action spécifiques sur la littératie en santé (AUS, POR, SCOT) qui sont soutenus en tant que tels par les autorités, tandis que d'autres ont un plan d'action plus large couvrant l'ensemble du secteur de la santé contenant certains points relatifs à la littératie en santé (AT, IE, NL).

Les politiques et plans d'action ont été **initiés** par les pouvoirs publics dans quatre des six pays de cette étude (AT, AUS, SCOT, POR), tandis que les initiatives sont issues du secteur associatif dans les deux autres (NL, IE). Lorsque le plan est initié par les autorités, l'approche est plutôt top-down ; lorsqu'il émane de l'associatif, le plan est coconstruit par un ensemble d'acteurs du terrain (bottom up) et remonte ensuite vers les instances gouvernementales pour la coordination et les subventions. Se pose ici la question de la complémentarité et de l'efficacité de ces deux méthodologies (bottom up versus top down). Etant donné qu'améliorer la littératie en santé passe également par une meilleure adéquation des systèmes de valeurs et codes culturels du système de santé avec ceux de la population dans ses différentes composantes, la co-construction nous semble être cruciale.

Ces plans d'action montrent également qu'il n'est pas nécessaire de mettre en place un plan d'action national pour que des programmes d'envergure concernant la littératie en santé puissent émerger. En outre, lorsque les politiques sont mises en place par le gouvernement, elles sont plus vulnérables aux changements de législature et s'inscrivent généralement moins dans la durée. Notons encore que la coordination des actions est généralement plus difficile dans un état fédéral comme en Australie ou en Autriche.

Dans chacun de ces pays, les plans d'action sur la littératie en santé couvrent toute la population, avec une attention particulière pour certains groupes vulnérables dont les contours varient d'un pays à l'autre.

La **stratégie annoncée et les objectifs** des plans varient également d'un pays à l'autre. On peut distinguer des objectifs micro (améliorer la littératie en santé dans la relation patients-professionnels de santé), méso (améliorer la littératie en santé au niveau des organisations des soins de santé) et macro (améliorer la littératie en santé de l'ensemble de la société en mettant en œuvre une approche «Health in All Policies», c'est-à-dire une déclaration politique globale et la mobilisation d'autres secteurs ainsi que la mise en place d'un programme de recherche de haute qualité). Les plans développés vont d'un niveau micro/méso (Écosse) à un niveau macro très global (l'Autriche a par exemple définit 10 objectifs nationaux pour la littératie en santé qui correspondent aux recommandations de l'OMS).

Tableau 4 : Niveaux de la littératie en santé dans les pays étudiés. Source : Rapport KCE, 2019

Pays	Inadéquat	Problématique	Suffisant	Excellent
Australie	19%	40%	41%	
Autriche	18,2%	38,2%	33,7%	9,9%
Irlande	10,3%	29,7%	38,7%	21,3%
Pays-Bas	1,8%	26,9%	46,3%	25,1%
Portugal	10,9%	38,1%	42,2%	8,6%
Ecosse	Il n'y a pas d'étude sur la littératie en santé en Ecosse			

Source : Australie : Australian Bureau of Statistics (ABS) (2009) ; Autriche, Irlande et Pays-Bas : HLS-EU ; Portugal : HLS-PT

Conscientiser la population est l'objectif le plus fréquemment mentionné dans les différents plans d'action, car il est considéré comme étant la première condition de toute politique visant à améliorer la littératie en santé d'un pays. Il peut être implémenté à un niveau global (faire prendre conscience à l'ensemble de la société de l'importance d'un bon niveau de littératie en santé afin de réduire les inégalités en matière de santé) ou à un niveau plus micro-méso (conscientiser les professionnels de la santé ou les patients).

Au niveau des **actions réalisées**, on retrouve une série d'actions au ***niveau macro*** qui se focalisent essentiellement sur le secteur de la santé (inclure la littératie en santé dans la législation gouvernementale, revoir la formation des professionnels de santé et imposer des critères plus stricts en terme de communication, financer la recherche scientifique). Il existe malheureusement peu d'actions concrètes dans les autres secteurs (éducation, média, etc.). Exception faite de l'Autriche qui a implémenté des programmes d'éducation au niveau national pour améliorer la littératie en santé. Le ***niveau méso*** regroupe une série d'actions aux objectifs diversifiés (boites à outils visant à améliorer la communication et l'accessibilité des organisations de santé, mise à disposition d'outils d'autoévaluation, mise en place de formations et de médiations interculturelles, développement de nouvelles technologies pour permettre une approche plus centrée sur le patient et une meilleure collaboration avec les associations de patients, etc.). Au ***niveau micro***, on retrouve des actions dirigées vers le patient pour améliorer la qualité et la transparence des informations et/ou pour renforcer sa capacité à prendre ses propres décisions de santé (promouvoir la prise de décision partagée et l'accès à son dossier électronique, réaliser des coaching pour améliorer les compétences individuelles, etc.). On retrouve également des actions dirigées vers

Etude de cas : les Pays-Bas

Les Pays-Bas se distinguent des autres pays européens en ce qui concerne le très bon niveau de littératie en santé de la population (voir Tableau 3). Plusieurs hypothèses sont évoquées pour comprendre ces résultats. Premièrement, les Pays-Bas ont une forte tradition d'éducation à la santé et de promotion de la santé. Ils ont été les pionniers en Europe en créant les premiers masters universitaires sur le sujet et en mettant sur pied un centre national pour l'éducation à la santé (Landelijk Centrum voor Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding) dans les années 1980, ainsi que plusieurs instituts de promotion de la santé ayant chacun leur propre domaine d'expertise. Aux Pays-Bas, la profession d'éducateur à la santé est également beaucoup plus développée qu'en Belgique. Les éducateurs à la santé travaillent au niveau communautaire sur les déterminants de la santé et ont un double objectif d'améliorer la capacité des citoyens à prendre leurs propres décisions de santé et d'améliorer la communication entre soignant et patient (Kickbush et al., 2013).

La lutte pour une meilleure littératie en santé s'appuie également sur un puissant lobby en faveur des droits des patients. Aux Pays-Bas, dans les institutions comme les hôpitaux, les conseils de patients négocient directement avec le management pour mettre en place des mesures adéquates et des techniques de communication adaptées à tout public (Kickbush et al., 2013). Les conseils de patients ont ainsi obtenu la première législation qui oblige les professionnels de la santé à fournir des informations compréhensibles et à obtenir l'approbation du patient avant le traitement.

Les Pays-Bas n'ont pas de plan national pour la littératie en santé en tant que tel. Cette thématique repose sur l'Alliance nationale pour la littératie en santé (Alliantie gezondheidsvaardigheden), créée en 2010, qui structure un réseau non gouvernemental de plus de 80 organisations issues des secteurs associatifs, universitaires et privés. Cette Alliance travaille sur un programme commun de partage des connaissances et des expériences, de mise en réseau, de plaidoyer et de planification d'actions communes (Van den Broucke, 2019 ; Kickbush et al., 2013).

Aluttis (2013) souligne également qu'il existe une forte responsabilité en matière de santé publique et de prévention au niveau des municipalités, qui doivent formuler des stratégies de santé publique pour leur région tous les quatre ans. Les Pays-Bas mettent également l'accent sur la communication envers les migrants et groupes minoritaires en maniant différentes langues étrangères et en mobilisant médiateurs, interprètes et formateurs (Kickbush et al., 2013).

Des critiques s'élèvent cependant envers le modèle néerlandais, pointant une politique très libérale en matière de couverture des soins de santé et un degré élevé de responsabilité individuelle. Améliorer le niveau de littératie en santé de la population justifierait et renforcerait ainsi la vision libérale de la santé en considérant la population comme plus capable et donc individuellement plus responsable de sa propre santé.

les professionnels de santé (formation pour développer des compétences de communication interpersonnelle et de prise de décision partagée par exemple).

Les **acteurs** concernés par les plans d'action sont multiples. Au ***niveau macro***, on retrouve les instances gouvernementales mais également le système éducatif, les municipalités, les médias, la recherche académique et le secteur privé. Le ***niveau méso*** regroupe tous les acteurs du système de soins de santé (prestataires de soins, mutualités, hôpitaux, personnels techniques, associations dans le secteur de la santé, etc.). ***Au niveau micro***, on retrouve surtout le prestataire de soin, le patient et son environnement direct. L'Autriche mentionne également l'implication d'acteurs spécifiques comme les enseignants, les personnes impliquées dans les activités extrascolaires, les centres de santé pour femmes, les entreprises, les municipalités, etc. L'Écosse a développé une action spécifique avec les bibliothèques publiques.

Alors que la littérature se fait de plus en plus dense au sujet de l'évaluation d'interventions spécifiques au sujet de la littératie en santé, le KCE a trouvé peu d'évaluations de ces plans d'action nationaux (rapport du KCE, 2019).

4.3 Et en Belgique ?

En Belgique, l'intérêt pour la littératie en santé est plus récent mais s'est progressivement développé tant sur le terrain qu'au niveau politique.

Ces dernières années, plusieurs jalons ont été posés ***au niveau politique et institutionnel***. En 2003 déjà, l'accord du gouvernement flamand indiquait une approche « Health in All Policies », principalement axée sur la promotion et la prévention de la santé. En 2014, le concept de littératie en santé apparait pour la première fois dans les recommandations du KAGB (Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België), dans le 'White Paper' de l'INAMI (rédigé à l'occasion du 50ème anniversaire de l'Institut[6]) et dans l'accord du gouvernement fédéral. Depuis, il est de plus en plus inclus dans les déclarations de politiques des gouvernements communautaires et fédéraux. Enfin, s'il n'y a pas encore d'initiative nationale coordonnée, le récent rapport du KCE pourrait servir d'étape préliminaire pour un éventuel plan d'action fédéral.

Sur le ***terrain***, plusieurs initiatives ont vues le jour. Le centre MEMORI (université Thomas More) a rédigé sept livres sur la littératie en santé à destination des professionnels de santé en 2016. L'ASBL Culture et Santé, active en Fédération Wallonie-Bruxelles, travaille entre autres sur la littératie en santé. Elle vise à permettre aux individus et à la collectivité d'agir sur les déterminants sociaux, économiques, environnementaux et culturels de la santé, en privilégiant l'engagement des populations dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne. Le VIGEZ (Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie – nouveau nom depuis 2017 : VIVEL – Vlaams Instituut Gezond Leven) a publié un livre sur la littératie en santé destiné aux professionnels de santé en 2016. Depuis 2013, la société pharmaceutique MSD organise les «Well Done MSD Health Literacy Awards», afin d'encourager, de récompenser et de faire connaître les meilleures initiatives de littératie en santé en Belgique. Certains sites web fournissent également recommandations, outils pratiques et recensent les meilleures pratiques afin d'accroître la connaissance du patient sur sa santé mais également d'améliorer la communication des professionnels de santé[7].

Le Fonds Dr. Daniël De Coninck, géré par la Fondation Roi Baudouin, investit dans la qualité des soins de première ligne et a notamment pour but d'augmenter la littératie en santé des belges afin d'accroître leur capacité à prendre un rôle dans leurs décisions de santé. En outre, toutes les mutualités belges et associations de patients mentionnent la littératie en santé comme faisant partie intégrante de leur travail. Enfin, de nombreuses associations belges contribuent à améliorer la littératie en santé sans pour autant mobiliser ce terme, via des activités visant à accroître l'information à la santé et la promotion à la santé (par exemple les associations de consommateurs).

6. Pour plus d'informations, voir RIZIV-INAMI, Médecins du Monde. (2014). White book on access to care in Belgium 2014. Disponible sur https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/white-paper.pdf
7. www.gezondheidenwetenschap.be (en néerlandais), www.mongeneraliste.be (en français), http://www.mondocmasante.be (bilingue).

5. Recommandations & conclusion

Cet article nous a montré que la littératie en santé est un puissant médiateur entre les déterminants de la santé et les résultats de santé. En effet, elle joue un rôle crucial dans la distribution inéquitable des opportunités en matière de santé puisqu'elle influence la capacité de prendre des décisions éclairées qui favorisent une bonne santé et d'accéder aux services de santé auquel une personne a besoin et a droit. Par ailleurs, les groupes les plus vulnérables (personnes âgées, personnes précarisées, malades chroniques) sont les plus enclins à avoir un faible niveau de littératie en santé. Or, ce sont ces mêmes groupes qui ont les plus grands besoins et les plus grandes dépenses de santé. Accroître le niveau de littératie en santé semble donc essentiel pour obtenir de meilleurs résultats de santé, diminuer les inégalités sociales de santé ainsi que le coût global de notre système de soins.

C'est pourquoi, la Mutualité chrétienne considère que l'éducation des individus aux enjeux de la santé et l'augmentation de leur capacité d'action passe par un plan d'action multifactoriel d'augmentation de la littératie en santé du niveau micro au niveau macro. En Belgique, il existe déjà une mosaïque d'initiatives au niveau politique et sur le terrain. Cependant, la coordination entre ces initiatives fait défaut.

Dès lors, ***au niveau macro***, nous pensons qu'il est important de créer un plan national intergouvernemental ou de déléguer la coordination des actions à certaines initiatives de la société civile (comme le Fonds Dr. Daniël De Coninck). Ce plan national devrait être élaboré et géré par une plateforme réunissant l'ensemble des acteurs et secteurs impliqués dans la littératie en santé. Les actions entreprises pour améliorer la littératie en santé devraient avoir lieu dans tous les aspects de la vie quotidienne (l'éducation, le lieu de travail, les médias, les organisations de santé, les supermarchés, etc.). Des objectifs qualitatifs et quantitatifs pourraient être spécifiés dans chacun de ces domaines. Ce plan nécessitera une collaboration intense entre les différents niveaux de pouvoir puisque les compétences relatives à ces matières sont éclatées en Belgique. Il nous semble également nécessaire d'investir dans la recherche afin de collecter des données de haute qualité et d'étudier les déterminants et les conséquences d'une faible littératie en santé sur la population belge.

Au ***niveau micro et méso***, il nous semble important de jouer sur plusieurs plans. D'une part, il est essentiel de renforcer ***la capacité de choix des individus*** en ayant une attention particulière aux disparités socioculturelles et socioéconomiques. Des approches telles que l'autogestion, la prise de décision partagée ou la mise à disposition d'outils d'accompagnement des patients gagnent déjà en importance dans notre pays ; elles doivent être davantage encouragées. Il est en effet prouvé que la prise de décision partagée se traduit par un plus grand investissement des patients, le respect des plans de traitement et l'amélioration des résultats de santé. Pour cela, il est nécessaire de fournir des informations fiables et accessibles à tous, c'est-à-dire en étant le plus inclusif possible quant aux différences linguistiques, culturelles ainsi qu'à d'autres facteurs d'exclusion comme la fracture numérique. Donner à chacun accès à son propre dossier médical électronique est une idée intéressante qui implique cependant un niveau de littératie numérique suffisant.

D'autre part, il est évident que renforcer la capacité de décision et de compréhension des enjeux de santé par les individus passe également par une amélioration des systèmes de santé afin qu'ils s'adaptent au mieux aux besoins et systèmes de valeurs de la population. Les ***prestataires de soins*** doivent être mieux formés à la littératie en santé et mieux sensibilisés à leur propre responsabilité quant au niveau de littératie de leur patient. Plusieurs leviers sont disponibles : inclure, dans leur formation, le développement de compétences afin de communiquer et d'interagir de façon adéquate avec les patients, intégrer la littératie en santé dans les programmes de certification et d'accréditation, partir des connaissances existantes des patients, utiliser un langage simple, assurer une assistance linguistique pour les patients parlant des langues étrangères, etc. Les professionnels de la santé, qui sont encouragés à passer du temps avec les patients, à les soutenir et à être sensibles aux différences culturelles et sociales, auront un impact plus favorable sur la capacité du patient à comprendre et à gérer son état de santé (Murugeau et al., 2018).

De nombreux leviers existent également au niveau des ***institutions de soins*** : évaluer le niveau de littératie en santé de chaque institution de soins, renforcer la collaboration entre organisations de patients, citoyens et institutions de soins, développer des boites-à-outils pour revoir la communication et l'accessibilité des institutions, choisir une localisation accessible et une signalisation inclusive à l'intérieur des institutions de soins, améliorer les méthodes et modes de diffusion des messages (envoyer des rappels avant les rendez-vous, rédiger des brochures et du matériel pédagogique). L'idéal-type développé par l'Institute of Medecine (IOM) fournit également des balises et outils très utiles pour améliorer la littératie en santé d'une organisation de soins dont nous pouvons nous inspirer (Brach et al., 2012).

De manière générale, c'est aussi et surtout la question de la « ***démocratie sanitaire*** » qui est ici en jeu, c'est-à-dire l'élaboration collective et concertée de la politique de santé et de la prévention[8] afin de mettre en place des moyens d'action qui répondent aux conflits de valeurs qui peuvent subvenir entre une communauté et les organisations de santé, de s'assurer que les réponses construites collectivement apparaissent

8. Voir https://www.ars.sante.fr/quest-ce-que-la-democratie-sanitaire-10 pour une définition.

comme légitime à la population dans son ensemble, qu'elles n'entrent pas en conflit avec d'autres valeurs constitutives pour les individus et les communautés[9]. Plus encore, le lien social étant un des premiers déterminants de la santé, cela exige de dépasser les réponses individualisées pour adopter une approche communautaire de la santé. Nous pensons qu'une des conditions de succès des politiques mises en œuvre pour améliorer la littératie en santé est la production du savoir au sein du groupe concerné, seule approche qui pourra rendre effective la participation à un plan sanitaire, le plus pertinent soit-il. En cela, nous regrettons le peu de place accordée à la santé communautaire et à la co-construction dans les recommandations internationales et plans d'action étudiés dans cet article.

Enfin, nous voudrions également insister et rappeler qu'au-delà des actions prises pour améliorer la littératie en santé, nous ne pouvons faire l'économie d'un débat plus large, en amont, sur l'ensemble des ***déterminants sociaux de la santé***. En effet, pour lutter efficacement contre les inégalités sociales de santé et améliorer du même coup le niveau de littératie en santé, il nous semble essentiel de réduire les inégalités socio-économiques et de niveau d'éducation formelle.

6. Bibliographie

- Albouy-Llaty M. (2016). Littératie en santé : concept et pertinence en démocratie en santé. Paris : Commission Spécialisée Droit des Usagers de la Conférence Nationale de Santé.
- Altin S. et Stock S. (2016). "The impact of health literacy, patient-centered communication and shared decision-making on patients' satisfaction with care received in German primary care practices". *BMC Health Services Research.* https://doi.org/10.1186/s12913-016-1693-y
- Aluttis CA., Chiotan C., Michelsen M., Costongs C. et Brand H. (2013). Review of Public Health Capacity in the EU. Public health capacity consortium. Luxembourg.
- Ayotte BJ., Allaire JC. et Bosworth H. (2009). "The Associations of Patient Demographic Characteristics and Health Information Recall: The Mediating Role of Health Literacy". *Aging Neuropsychol Cogn*. 16 (4): 419–32.
- Baker DW., Gazmararian JA., Williams MV., Scott T., Parker RM., Green D., Ren J. et Peel J. (2002). "Functional Health Literacy and the Risk of Hospital Admission Among Medicare Managed Care Enrollees". *Am J Public Health*. 92 (8) : 1278–83.
- Baker DW. (2006). "The meaning and measure of health literacy*". J Gen Intern Med*. 21 : 878–83.
- Berkman ND. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine.* 155 : 97–107.
- Berkman ND., Sheridan SL., Donahue KE., Halpern DJ., Viera A., Crotty K., Holland A., Brasure M., Lohr KN. et Harden E. (2011b). "Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review". *Evid Rep Technol Assess*. 199 : 1–941.
- Brach C. et al. (2012). "Attributes of a health literate organization". Washington, DC, *Institute of Medicine*.
- Brainard J., Loke Y., Salter C., Koos T., Csizmadia P, Makai A., Gacs B., Szepes M. et the Irohla Consortium. (2016). "Healthy ageing in Europe: prioritizing interventions to improve health literacy". *BMC Research Notes*.
- Brainard J., Wilsher S., Salter C. et Loke, Y. (2016). Methodological review : quality of randomized controlled trials health literacy. *BMC Health Services Research*.
- Brumagne A. et Mannaerts D. (2018). *« Information, santé et inégalités : atouts de la littératie en santé. » L'Observatoire*. (96)
- Charafeddine R., Demarest S. et Berete F. (2019). Enquête de santé 2018 : Littératie en santé. Brussels Sciensano.
- Doak, C. et Doak, G. et Root, H. (1996). Teaching Patients with Low Literacy Skills. Hsph Harvard.
- Dupre ME. et Goerge LK. (2011). "Exceptions to the Rule: Exceptional Health Among the Disadvantaged". *Res Aging*. 33 (2) : 115–44.
- Dupuis P. (2015). « La littératie en santé : comprendre l'incompréhension ». *revue Education santé*, 309 : 8-10
- ECDC technical Report (2012). A rapid evidence review of interventions for improving health literacy. ECDC Technical Report. Stockholm.
- Eichler K. et al. (2009). "The costs of limited health literacy: a systematic review". *International Journal of Public Health*. 54 : 313–324
- Franzen J., Mantwill S., Rapold R. et Schulz PJ. (2014). "The relationship between functional health literacy and the use of the health system by diabetics in Switzerland". *The European Journal of Public Health.* 24 (6) : 997–1003.
- FRAPS (2018). La littératie en santé appliquée à la promotion de la santé. www.frapscentre.org/wp-content/uploads/2018/09/Force_de_FRAPS_3_Litteratie_en_sante1.pdf
- Geboers B., Brainard J., Loke Y., Jansen C., Salter C., Reijneveld S. et deWinter A. (2015). "The association of health literacy with adherence in older adults, and its role in interventions: a systematic meta-review". *BMC Public Health*.
- Heijmans M., Uiters E., Rose T., Hofstede J., Devillé W. et Van der Heide I. (2015). Study in sound evidence for a better understanding of health literacy in the European Union. Brussels: Directorate General for Health and Food Saftety. European Commission.

9. La crise sanitaire du coronavirus a mis en évidence l'importance de l'adhésion de la population pour pouvoir mettre en œuvre une politique sanitaire à grande échelle : en effet, sans l'adhésion, la conviction de la population, sur base d'une information jugée suffisante et légitime, aucune des mesures de confinement n'auraient pu être suivies : les questions de santé publiques sont donc bien des questions démocratiques autant que des questions de connaissance adéquate.

- IROHLA Consortium. (2015). Health literacy in the older population. How it can contribute to sustainable health systems. Brief for policy makers in the EU member states. . Groningen.
- Ishikawa H., Takeuchi T. et Yano E. (2008). « Measuring functional, communicative and critical health literacy among diabetic patients". *Diabetes Care*. 31 (5) : 874-879
- Jansen T., Rademakers J., Waverijn G., Rijken M., Verheij R., Osborne R. et Heijmans M. (2018). « The role of health literacy in explaining socioeconomic differences in the use of out-of-hours primary care services: a mediation study." *BMC Health Services Research.* 18 (1).
- Jeppesen KM., Coyle JD. et Miser WF. (2009). "Screening Questions to Predict Limited Health Literacy: A Cross-Sectional Study of Patients With Diabetes Mellitus". *Ann Fam Med*. 7 (1) : 24–31.
- Jessup et al. (2018). "Differences in health literacy profiles of patients admitted to a public and a private hospital in Melbourne, Australia" *BMC Health Services Research* 18: 134.
- Joseph-Williams N., Elwyn G. et Edwards A. (2014). "Knowledge is not power for patients: A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making". *Patient Education and Counseling*. 94 (3) : 291-309.
- KCE report. (2019). Health literacy: what lessons can be learned from the experiences of other countries. Rondia, K., Adriaenssens, J., Van den Broucke, S. et Kohn, L. KCE Report 322.
- Kickbusch I., Pelikan J., Apfel F. et Tsouros A. (2013). Health Literacy: the solid facts. Copenhagen: WHO.
- Logan RA., Wong WF., Villaire M., Daus G., Parnell TA., Willis E. et Paasche-Orlow MK. (2015). Health literacy: a necessary element for achieving health equity.
- Mannaerts D. (2018). « Pour une approche collective et émancipatrice de la littératie en santé, l'éducation thérapeutique à l'épreuve de la réalité », Bruxelles: Culture et santé, powerpoint en ligne : https://www.afdet.net/wp-content/uploads/2018/02/approche-collective-et-mancipatrice-de-la-littratie-en-sant-d.-mannaerts.pdf
- Roberts, J. et UCL Institute of Health Equity (2015). Local action on health inequalities, improving health literacy to reduce health inequalities. Public Health England.
- McCormack LA., McBride CM. et Paasche-Orlow MK. (2016). "Shifting Away from a Deficit Model of Health Literacy". *Journal of Health Communication*. 21 (sup2) : 4-5.
- Murugesu L., Heijmans M., Fransen M. et Rademakers J. (2018). Beter omgaan met beperkte gezondheidsvaardigheden in de curatieve zorg; kennis, methoden en tools. Utrecht: Nivel; 2018.
- Mutualités Libres. (2016). Etude sur la qualité de la communication entre médecins généralistes et patients. Brussels: Mutualités Libres.
- Omachi TA., et al. (2013). "Lower health literacy is associated with poorer health status and outcomes in chronic obstructive pulmonary disease". *J Gen Intern Med*. 28 (1) : 74–81.
- OMS (2013). *Health literacy. The solid facts.* Editors: Ilona Kickbusch, Jürgen M. Pelikan, Franklin Apfel & Agis D. Tsouros
- OMS (2018). *Que sait-on de l'efficacité des politiques existantes et des activités en rapport avec celles-ci, s'agissant d'améliorer l'éducation sanitaire aux niveaux national, régional et organisationnel dans la Région européenne de l'OMS ? Rapport de synthèse 57.* Par Rowlands G., Russell S., O'Donnell A., Kaner E., Trezona A., Rademakers J. et Nutbeam D.
- Rademakers J. (2014). Kennissynthese Gezondheidsvaardigheden. Utrecht: NIVEL.
- Rikard R., Thompson M., McKinney J. et Beauchamp A. (2016). Examining health literacy disparities in the United States: a third look at the National Assesment of Adult Literacy (NAAL). *BMC Public Health.* 16 (1).
- Roberts J. (2015). Improving health literacy to reduce health inequalities. UCL Institute of Health Equity.
- Rudd RE. (2007). "Health literacy skills of U.S. adults*". Am J Health Behav.* 31 S8-18
- Rudd R., McCray A., Nutbeam D. (2012). "Health literacy and definition of terms". In: Begoray D., Gillis D. et Rowlands . "Health Literacy in context". New York: Nova Science Publishers Inc.
- Rudd R. (2017). Health Literacy: insights and issues. In: Logan R, Sigel E, editors. Health Literacy. Amsterdam: IOS Press.
- Sayah F., Majumdar S., Williams B., Robertson S. et Johnson J. (2013). Health Literacy and Health Outcomes in Diabetes: A systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*. 28 (3)
- Sheridan, S., Halpern D., Viera A., Berkman N., Donahue K et Crotty K. (2011). Interventions for individuals with low Health Literacy: A Systematic Review. *Journal of Health Communication.* 16: 3
- Solidaris Institute. (2017). L'information santé en Belgique francophone. Etats des lieux, attentes de la population et impact d'internet.
- Sørensen K. Van den Broucke S., Pelikan J., Fullman J., Doyle G., Slonska Z., Kondilis B., Stoffels V., Osborne et Brand H. (2013). "Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q)". *BMC Public Health*. 13: 948.
- Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z. et al. (2012). "Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models" *BMC Public Health.* 12 (80).
- Sorensen K., Pelikan J., Röthlin F., Ganahl K., Slonska Z., Doyle G., Fullman J., Kondilis B., Agrafiotis D., Uiters E., Falcon M. et al. (2015). "Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)**".** *European Journal of Public Health*. 25 (6).
- Souza JG., et al. (2014). "Functional health literacy and glycaemic control in older adults with type 2 diabetes: a cross-sectional study*". BMJ Open*. 4 (2)

- Stormacq C., Van den Broucke S., Wosinski J. (2019). "Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health". *PubMed.*
- Sudore RL., Yaffe K., Satter Field S., Harris TB., Mehta KM., Simonsick EM., Newman AB., Rosano C., Rooks R., Rubin SM., et al. (2006). "Limited Literacy and Mortality in the Elderly The Health, Aging, and Body Composition Study". *J Gen Intern Med.* 21 (8) : 806–12.
- Trezona A., Fitzsimon S. D. (2019). « Health literacy policy in Australia: Past, present and future directions". In: Orkan O, editor. International handbook of health literacy. Bristol: Policy Press.
- Vancorenland S., Avalosse H., Verniest R., Callens M., Van den Broucke S., Renwart A., Rummens G., Gerard F. (2014). "Bilan des connaissances des belges en matière de santé". *MC-Info 258.* Décembre 2014
- Van den Broucke, S. et Renwart A. (2014). "Health literacy mediates the relationship between education level and health behavior". *European Journal of Public Health* (24).
- Van den Broucke S. (2019). "Capacity building for health literacy". In: Okan O, Bauer U, Pinheiro P, Sorensen K, D. L, editors. International Handbook of Health Literacy: Research, Practice and Policy across the Life-span. Bristol: Policy Press.
- Van der Heide I., Wang J., Droomers M., Spreeuwenberg P., Rademakers J. et Uiters E. (2013). "The Relationship Between Health, Education, and Health Literacy: Results From the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey". *Journal of Health Communication*. 18.
- von Wagner C., Knight K., Steptoe A., Wardle J. (2007). "Functional Health Literacy and Health-Promoting Behaviour in a National Sample of British Adults". *J Epidemiol Community Health*. 61 : 1086–90.

MC en bref

1. Etat de santé des personnes en incapacité primaire – Analyse longitudinale 2014 – 2016

L'Agence Intermutualiste[1] s'est penchée sur la situation socio-sanitaire des personnes en incapacité de travail **primaire**[2]**.** Plus précisément, la population étudiée est celle des travailleurs salariés et indépendants qui sont tombés en incapacité de travail au cours de 2015 (on ne retient que ceux et celles qui ont eu un seul épisode continu d'incapacité). Le but de l'étude est d'évaluer leur état de santé une année avant et après le début de l'incapacité. Pour ce faire, une analyse longitudinale de leur consommation de soins a été menée de 2014 à 2016.

Ci-après une courte synthèse des principaux résultats du rapport, autour de trois thématiques.

1.1. Description générale de la population étudiée

Un constat frappant : les proportions de bénéficiaires de l'intervention majorée, de décédés (avant la fin 2016), de personnes ayant eu un remboursement du Maximum à Facturer, de personnes ayant droit au forfait de soins sont plus élevées parmi la population des travailleurs en incapacité primaire que dans la population de référence[3]. Ceci montre déjà la plus grande fragilité et l'état de santé dégradé des personnes en incapacité de travail.

1.2. La durée observée de l'incapacité primaire

Une fois tombé en incapacité primaire, combien de temps dure cet épisode ? Cette durée a été mesurée en nombre de jours (la durée maximale étant d'une année). Elle varie beaucoup d'un régime à l'autre.

- Pour les salariés en incapacité primaire, 47% d'entre eux ne sont plus indemnisés après 60 jours, 76% après 180 jours, 93% après une année. Les derniers 7% passent alors en invalidité.
- Pour les indépendants tombés en incapacité de travail, on observe tout autre chose : 14,5% d'entre eux ne sont plus indemnisés après 60 jours, 47% après 180 jours, 69% après une année. Les derniers 30% passent alors en invalidité.

Ceci est un point d'attention : si les travailleurs indépendants tombent, globalement, moins souvent en incapacité de travail primaire que les salariés, ils y restent toutefois plus longtemps et une plus forte proportion d'entre eux passent en invalidité.

1.3. Le recours aux soins de santé avant et après le début de l'incapacité de travail

L'étude s'est intéressée au volume de contacts avec le médecin généraliste, spécialiste, au recours aux médicaments remboursables et aux admissions hospitalières, un an avant et après le début de l'incapacité de travail.

- Un résultat très intéressant provient de l'évolution du volume de contacts avec les médecins généralistes et spécialistes. On remarque, en effet, que le volume de contacts augmente fortement dans les deux mois qui précèdent le début de l'incapacité de travail. Cela signifie que les personnes en incapacité de travail sont généralement déjà malades avant le début effectif de leur incapacité et essayent, dans un premier temps, de combiner soins de santé et activité professionnelle.
- Après le début de l'incapacité, les volumes de contacts diminuent mais peuvent rester longtemps significativement plus élevés. C'est le cas pour les contacts avec les spécialistes et si l'incapacité de travail dure plus de six mois. L'étude conclut donc que les personnes en incapacité de travail sont malades et se soignent, et qu'elles se soignent même avant de tomber en incapacité.
- Du côté des médicaments, pas de surprise : l'incapacité de travail induit une consommation accrue de médicaments. De plus, le pourcentage de consommateurs des classes de médicaments psycholeptiques (N05) et psychoanaleptiques (N06) s'accroit également, surtout si l'incapacité dure plus de 6 mois. Incapacité de travail et problème de santé mentale vont souvent de pair.
- Pas de surprise également du côté des hospitalisations : l'incapacité de travail s'accompagne de séjours hospitaliers plus fréquents et de plus longue durée (surtout pour les épisodes longs d'incapacité de travail et pour les travailleurs indépendants).

La conclusion est claire : les travailleurs en incapacité de travail primaire constituent bien un public fragile : ils sont malades et ils se soignent (ils commencent même à se soigner avant d'être déclarés en incapacité). Et tous ces soins vont se traduire par une facture de soins accrue alors que, dans le même temps, leurs revenus sont à la baisse (l'indemnité ver-

1. L'Agence Intermutualiste est une association sans but lucratif qui regroupe tous les organismes assureurs (les 5 unions nationales de mutualités, la caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité, la caisse des soins de santé de HR Rail). Elle a été créée en 2002 et a pour but de collecter et analyser les données administratives des organismes assureurs. Elle dispose d'une reconnaissance légale via la loi-programme (I) du 24 décembre 2002 (art 278 et suivants).
2. Il s'agit de la première année d'incapacité. Si l'incapacité se prolonge au-delà de cette première année, la personne passe alors en invalidité.
3. La population de référence correspond à la population active, soit les titulaires indemnisables de 18 à 65 ans qui n'ont eu aucun épisode d'incapacité de travail en 2015.

sée par la mutuelle ne venant que compenser partiellement la perte de revenus professionnels).

Source : AIM. Etat de santé des personnes en incapacité de travail primaire – Analyse longitudinale 2014-2016. AIM, Bruxelles, 2019.

- Le résumé : https://aim-ima.be/IMG/pdf/synthese_analyse_longitudinale_incapacite_de_travail.pdf
- Le rapport complet : https://aim-ima.be/IMG/pdf/20191218_-_incapacite_primaire_ima_-_analyse_longitudinale_v4.pdf

2. Tous égaux face à la santé à Bruxelles ?

L'Observatoire de la Santé et du Social de la Région de Bruxelles-Capitale a publié un rapport faisant l'état des lieux sur les inégalités sociales en santé auxquelles les bruxellois sont confrontés.

Diverses sources d'informations sont mobilisées : des indicateurs de santé produits par l'Agence Intermutualiste (données 2016), l'Enquête de Santé organisée par Sciensano[4] (données 2013), les Bulletins de naissance et de décès (données 2016-2017). Grâce à ces sources, il s'agit de montrer, spécifiquement pour la population bruxelloise, le lien entre position socio-économique et divers indicateurs de santé et de bien-être. Relevons ci-après quelques résultats spectaculaires.

- Les inégalités sociales en santé se marquent dès la naissance et l'enfance.
  - « Les enfants nés vivants dans un ménage sans revenu du travail, courent deux fois plus de risque de décéder dans la première année de vie (= mortalité infantile) par rapport aux enfants nés dans une famille disposant de deux revenus du travail. » (p.13 du rapport)
  - « Les enfants appartenant au groupe socioéconomique le plus bas sont généralement admis 5,3% plus souvent que la moyenne dans un service de néonatologie ou de pédiatrie. » (p. 14 du rapport).

- L'état de santé de la population se dégrade au fur et à mesure que l'on descend le long de l'échelle sociale. Pour les groupes sociaux moins favorisés, cela se traduit, entre autres, par une plus grande prévalence de problèmes chroniques de santé.
  - La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie pulmonaire grave et invalidante. Le tabagisme, la pollution de l'air (intérieur plus qu'extérieur) en sont à l'origine. La consommation de médicaments spécifiques pour le traitement de la BPCO a été étudiée chez les 50 ans et plus. Les inégalités socioéconomiques sont significatives : « Le groupe le moins favorisé de cette tranche d'âge se voit rembourser ce type de médication 19,6% plus souvent que la moyenne [tandis que] le groupe le plus favorisé [en consomme] 20,3 % de moins que la moyenne. » (p. 16 du rapport).
  - « Le groupe socioéconomique le plus bas a un risque de 46,7% plus élevé que la moyenne de souffrir de diabète » (p.17 du rapport).

- Outre la santé physique, la santé mentale et les problèmes psychiques sont également sensibles aux inégalités sociales.
  - « Les personnes ayant des difficultés financières souffrent trois fois plus de dépression (28,1%) en comparaison aux personnes qui ont facile à joindre les deux bouts (8,8%). Les personnes ayant moyennement facile à joindre les deux bouts se trouvent dans une situation intermédiaire (13,1%) » (p.4 du résumé).

- La prévention est moins effective, certains comportements plus à risque.
  - Ce sont les femmes au groupe socioéconomique le plus élevé qui ont le plus de chance (38%) d'avoir recours à un dépistage du cancer du sein que celles issues du groupe le plus bas. (p. 27 et 28 du rapport).
  - « Les personnes peu qualifiées et les personnes ayant des moyens financiers limités fument plus souvent et sont plus souvent exposées au tabagisme passif » (p.26 du rapport).

- Vivre avec des moyens d'existence plus limités oblige parfois à devoir reporter des soins pour pouvoir faire face à d'autres dépenses plus prioritaires.
  - « Le report de soins de santé augmente systématiquement à mesure que le fait de joindre les deux bouts devient plus difficile. Les ménages ayant difficile à joindre les deux bouts reportent plus souvent des soins ou de dépenses de santé. Ce sont les soins dentaires qui sont le plus souvent reportés par ces ménages (31,7%). De même, ils reportent régulièrement des soins médicaux ou une opération (24,5%), l'achat de médicaments prescrits (19,4%) et l'achat de lunettes ou de lentilles de contact (15,4%). » (p. 30 et 31 du rapport).

- Se situer dans les catégories de revenus faibles induit aussi des contraintes provenant de son environnement et conditions de vie, contraintes qui peuvent se répercuter négativement sur la santé.
  - « Parmi les ménages bruxellois qui déclarent avoir difficile à joindre les deux bouts, 34% rapportent au moins un problème par rapport à la qualité de leur logement

4. Voir : https://his.wiv-isp.be/FR/SitePages/Accueil.aspx

(humidité, logement surpeuplé et/ou problèmes de chauffage), contre 11% parmi les ménages bruxellois qui joignent facilement les deux bouts ». De nettes inégalités socioéconomiques sont observées pour d'autres facteurs environnementaux ayant une influence sur la santé (accès aux espaces verts, vandalisme, détritus, circulation). » (p. 25 du rapport).

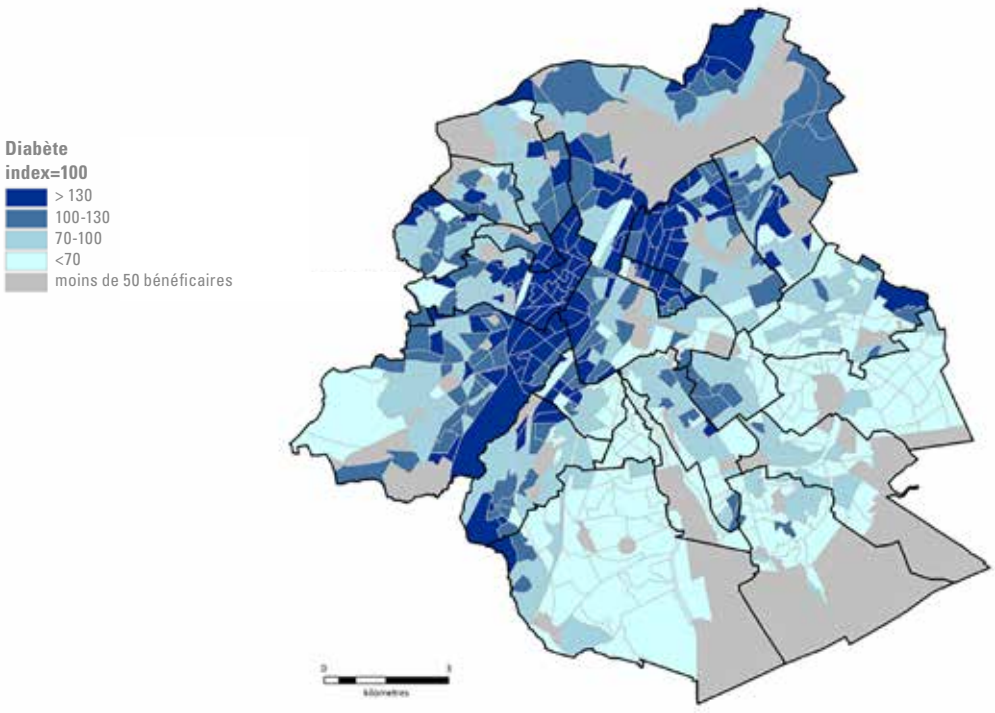
Alors, tous égaux face à la santé à Bruxelles ? Non, certainement pas ! Comme le montre ces résultats (ainsi que bien d'autres figurant dans le rapport), occuper une position socioéconomique moins favorable, se traduit par une accumulation de difficultés et de fragilités, tout en ayant moins de moyens pour s'en protéger ou d'en limiter les conséquences défavorables. Commençant dès l'enfance, les inégalités sociales finissent pas se traduire par une espérance de vie moindre. En effet, « sur la période 2011-2015, l'espérance de vie d'un nouveau-né à Saint-Josse-ten-Noode est moins élevée de cinq ans par rapport à Woluwe-Saint-Pierre. » (p.4 du résumé) Ce n'est pas un hasard : les Tennoodois ont un profil socioéconomique bien plus faible que celui des Woluwéens.

Ce dernier résultat suggère que les inégalités en santé ont également une dimension géographique. Le rapport fournit ainsi de nombreuses cartes, montrant la distribution géographique de divers indicateurs de santé au niveau des quartiers bruxellois. A titre d'illustration, nous reprenons ci-après la carte relative au diabète à Bruxelles. On y observe de fortes différences géographiques. En fait, « la distribution géographique du phénomène du diabète correspond presque parfaitement à la répartition des revenus en Région bruxelloise. Le 'croissant pauvre' [là où les revenus fiscaux déclarés sont les plus faibles] ressort clairement, tandis que dans les quartiers les plus aisés, les habitants ont globalement moins de risque de développer le diabète. » (p. 6 du résumé).

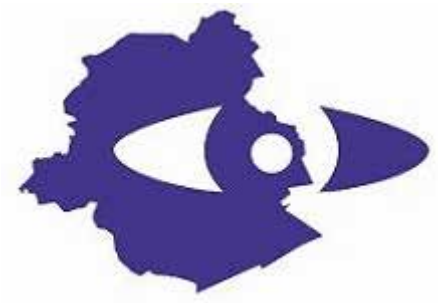
Ces différences géographiques renvoient aux conditions et environnement de vie et plaident pour une action sur mesure. S'attaquer aux inégalités en santé ressort d'un principe d'universalité : toute la société est concernée (il est évidemment important de continuer à faire de la prévention à Woluwé). Mais, il faut compléter cette action 'universelle' par « des efforts supplémentaires, proportionnels au degré de précarité sociale. Il faudra également dans certains cas adapter les méthodes en fonction du groupe socioéconomique ». On parle alors d'un principe d'universalisme proportionné (p. 53 du rapport).

Enfin, les actions à mener pour lutter contre les inégalités en santé ne doivent pas se limiter au seul domaine de la santé et des soins de santé. Il faut également travailler sur les déterminants et conditions de vie qui ont une influence sur la santé : le logement, le travail, les revenus, le niveau d'éducation, …

Carte : Diabète, standardisation par âge et sexe, 2016 – population de référence : tous les bruxellois (données : AIM, cartographie : Observatoire de la Santé et du Social)



C'est le principe 'Health in all policies' que met en avant l'Organisation Mondiale de la Santé. Ici, notons l'initiative de la Région bruxelloise qui intègre ce principe dans son 'Plan Santé Bruxellois'[5].



Source : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Tous égaux face à la santé à Bruxelles ? Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2019.

En français :

- Le résumé : https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/dossiers/dossier_2019-2_inegalites_sociales_sante_resume_fr.pdf
- Le rapport complet : https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/dossiers/dossier_2019-2_inegalites_sociales_sante.pdf

3. État de santé et chômage

Il existe de grandes différences en matière d'espérance de vie, de morbidité et de mortalité selon le statut socio-économique. Dans certains domaines, tels que les comportements en matière de santé, les inégalités s'accentuent. La lutte contre ces inégalités de santé est donc un défi majeur de la politique de santé, même dans les pays avec une protection sociale forte.

Contrairement à la formation, le statut professionnel n'a pas encore été utilisé comme indicateur des inégalités en matière de santé. Il est cependant pertinent parce que le marché du travail est devenu instable et que le risque de chômage a augmenté, et parce que des groupes moins traditionnels sont également confrontés au chômage. C'est pourquoi l'étude analyse l'inégalité de la mortalité dans la population belge en âge de travailler en fonction du statut professionnel, en tenant compte d'autres facteurs d'inégalité. Tout d'abord, les auteurs vérifient si le chômage est lié à un risque accru de mortalité et, si oui, pour quelles causes spécifiques de décès. Ils examinent ensuite dans quelle mesure certains indicateurs, comme le fait d'avoir un partenaire ou une formation protègent contre l'impact négatif du chômage. Enfin, ils ont examiné s'il existe des différences entre les sexes dans la relation entre le chômage, la position socio-économique et la mortalité par cause spécifique. Cette étude a été menée dans le cadre du projet de recherche plus large CAUSINEQ, qui vise à étudier les mécanismes conduisant aux inégalités sociales en matière de mortalité et de santé[6].

Les analyses montrent que les hommes et les femmes au chômage courent un risque plus élevé de mortalité en général et de mortalité par cause spécifique que ceux qui travaillent. Globalement, le taux de mortalité était deux fois plus élevé pour les hommes sans emploi et 64% plus élevé pour les femmes sans emploi. Cette surmortalité parmi les chômeurs était particulièrement élevée pour les troubles endocriniens et digestifs, les troubles mentaux liés à l'alcool et les chutes.

Malgré les restrictions méthodologiques et la demande constante d'orientation du lien causal entre le chômage et l'état de santé, les chercheurs concluent qu'il existe un risque de mortalité significativement plus élevé pour les hommes et les femmes au chômage que pour les personnes qui travaillent. Ceci est également conforme aux résultats d'autres études. Les considérations théoriques qui accompagnent les résultats mettent en évidence les effets positifs du fait d'avoir du travail. Le travail apporte une sécurité financière, des contacts sociaux, un sens, des possibilités de développement personnel, l'estime de soi, ... Quand l'emploi est perdu, la sécurité financière diminue également, ce qui peut avoir un impact négatif sur le recours aux soins de santé, ce qui fait que les problèmes de santé ne sont pas (immédiatement) traités. L'incertitude financière crée également plus de stress. En outre, les chômeurs sont plus susceptibles d'adopter des comportements à risque (tabagisme, alcool). Le fait que les différences observées soient assez importantes peut être quelque peu surprenant compte tenu du vaste filet de sécurité des allocations de chômage et du solide système d'assurance maladie solidaire en Belgique. Sur la base de la littérature, cela peut être attribué au fait que pendant la période considérée (2001), le taux de chômage en Belgique était relativement faible et que l'effet de la sélection de santé sur le chômage est alors plus prononcé.

Dans cette étude, comme dans d'autres études, il y a également une différence entre les sexes en ce qui concerne la surmortalité des chômeurs, au détriment des hommes. Cette situation est liée à la division traditionnelle des rôles entre les hommes et les femmes dans notre société, où les hommes restent généralement le principal gagne-pain de la famille et où les femmes sont davantage impliquées dans les tâches de soins. Le fait d'avoir un emploi et une sécurité financière peut donc avoir un impact plus important sur la santé des hommes. Une explication possible est que les hommes sont plus susceptibles de subir les effets néfastes de la perte de leur travail. Lorsqu'une femme perd son emploi, le revenu (plus élevé) de l'homme reste. En outre, la perte des avantages d'un

5. voir : https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/plan-sante-bruxellois-grandir-et-vivre-en-bonne-sante-bruxelles
6. http://www.causineq.be/index.html

emploi pour les femmes est plus souvent compensée par la satisfaction de s'occuper de la famille.

Les analyses ont également montré un lien entre le chômage et un certain nombre d'autres indicateurs (faible niveau d'éducation, location d'une maison, vie sans partenaire et origine migratoire). Il est donc essentiel de tenir compte de la composition sociale du groupe de chômeurs lors de l'analyse des effets sur la santé. Mais même au sein du groupe ayant une « bonne position » sur ces indicateurs, le chômage est associé à un risque de mortalité plus élevé. En d'autres termes, un niveau d'éducation élevé, par exemple, n'a qu'un effet protecteur limité et ne réduit que dans une mesure limitée le handicap de mortalité des chômeurs. Il en va de même pour les autres indicateurs de la position socio-économique. La situation professionnelle s'avère donc être un indicateur de l'état de santé plus important que les autres indicateurs.

Les scientifiques concluent que des actions sont nécessaires pour améliorer l'état de santé des chômeurs, en particulier pour les groupes les plus vulnérables de la société. En même temps, il convient de veiller à ce que les revenus, le logement et les soins de santé soient suffisants. Des recherches supplémentaires sont également nécessaires pour affiner les connaissances acquises.

Source : Vanthomme K, Gadeyne S (2019). Unemployment and cause-specific mortality among the Belgian working-age population: The role of social context and gender. PLoS ONE 14(5):e0216145. (https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216145)

4. L'utilisation des services d'urgence à Bruxelles au cours de la période 2008-2016

4.1. Contexte et objectif de l'étude

L'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles a examiné l'utilisation des services d'urgence par la population bruxelloise. L'accent a été mis en particulier sur la population de moins de 15 ans et de plus de 65 ans.

L'étude a été réalisée sur la base du constat que, tant au niveau national qu'international, il y a eu une augmentation de l'activité des services d'urgence et que ceux-ci semblent donc jouer un rôle croissant dans les soins de première ligne. D'autres études ont donc déjà été menées pour déterminer dans quelle mesure le recours aux urgences est justifié. En effet, pour l'assurance maladie obligatoire, l'organisation du service des urgences est plus coûteuse que le cabinet du médecin généraliste. En fait, cela s'applique également au patient, puisque le ticket modérateur sera plus élevé que pour un contact avec le médecin généraliste, en particulier lorsque l'on se présente pour un problème non urgent et non après renvoi d'un médecin généraliste, même si ce ticket modérateur ne doit être payé que plus tard.

Divers facteurs socioculturels, géographiques et financiers peuvent jouer un rôle dans le choix des patients qui se rendent aux urgences plutôt que chez le généraliste. Il s'agit notamment de la facilité d'accès, de la proximité, de la disponibilité plus rapide d'un spécialiste, etc. Spécifiquement pour Bruxelles, il faut également tenir compte de la plus grande offre de services d'urgence sur le territoire par rapport aux autres régions. Des recherches antérieures ont déjà montré que la population bruxelloise fait plus fréquemment appel au service des urgences, même sans renvoi. L'augmentation a été la plus forte pour les enfants et les plus de 65 ans. L'étude est également pertinente à la lumière du vieillissement de la population.

C'est pourquoi l'étude a voulu identifier, pour les Bruxellois, les caractéristiques de l'utilisation des urgences et le profil des utilisateurs avec une attention particulière pour les enfants et les plus de 65 ans. L'analyse porte sur les hospitalisations et les traitements ambulatoires d'urgence au cours de la période 2008-2016 de personnes résidant à Bruxelles, indépendamment de leur statut d'assurance et du lieu de l'hôpital où elles ont été traitées.

4.2. Principaux résultats

Tout d'abord, le rapport contient un certain nombre de résultats généraux pour 2016.

- En 2016, 498.941 contacts de Bruxellois avec les services d'urgence ont été enregistrés. Un cinquième de ces contacts a conduit à une hospitalisation. Pour deux contacts sur cinq, le patient bruxellois avait moins de 15 ans ou plus de 65 ans.
- Entre 2008 et 2016, le nombre de contacts a augmenté de 13,9%, l'augmentation la plus prononcée se situant chez les plus de 65 ans et les moins de 15 ans. Cela s'explique principalement par une hausse de l'utilisation des soins ambulatoires au service des urgences et c'est dû à un changement dans le mode de financement des activités liées aux services des urgences à partir de l'année 2013.
- Le nombre de contacts avec les urgences est plus faible dans les communes les plus aisées[7] (après vérification de l'âge). Alors que dans les communes les plus pauvres, il y a eu 439 contacts pour 1.000 habitants en 2016, dans les communes les plus prospères, on en a recensé 312. Le

7. Sur la base de leur niveau socio-économique, les communes ont été réparties en trois catégories. Le niveau socio-économique a été déterminé sur la base de trois paramètres : le revenu médian sur les déclarations fiscales, le taux de chômage et la proportion de bénéficiaires de revenus de remplacement (18-64 ans).

service des urgences est également le plus fréquemment utilisé par les personnes en situation précaire : 55,0% des contacts avec les services d'urgence concernent des patients de faible statut socio-économique. Le rapport fournit un certain nombre d'explications possibles à ce phénomène, notamment le mauvais état de santé général des personnes en situation précaire, le besoin plus fréquent de soins d'urgence après le report initial des soins pour des raisons financières et la meilleure accessibilité financière du service des urgences grâce à l'application du régime du tiers payant, au paiement différé de la quote-part personnelle et à une offre plus large d'hôpitaux avec un service d'urgence dans les communes de niveau socio-économique faible ou moyen. La variation de leur utilisation en fonction du profil socio-économique de la commune de résidence peut également dépendre de l'offre et de la disponibilité des médecins généralistes, de la présence et de la connaissance de l'existence de postes de garde de médecins généralistes à proximité du service des urgences et de la collaboration éventuelle entre le service des urgences et ces postes de garde. On ne constate pas de différence dans le nombre d'admissions à l'hôpital qui ne passent pas par les urgences.

- Pour les 15-64 ans, le contact avec le service des urgences a conduit à l'hospitalisation de 21% des patients. Chez les moins de 15 ans, ce chiffre était de 9%. Parmi les plus de 65 ans, la moitié des contacts avec les urgences ont été suivis d'une admission à l'hôpital et cette proportion augmente avec l'âge.
- En 2016, neuf patients sur dix n'ont pas été orientés par un médecin pour un contact avec le service des urgences. Les personnes âgées sont plus souvent orientées que les jeunes. La part des renvois vers les urgences a diminué entre 2008 et 2016, surtout chez les plus de 65 ans.
- Les Bruxellois de moins de 15 ans se rendent généralement moins aux urgences pendant les vacances d'été. Le pic du nombre de contacts varie en fonction de l'âge. Il se situe en décembre pour les enfants de moins de 1 an et en janvier pour les 5-9 ans.
- Les personnes âgées qui font appel aux urgences vivent pour la plupart chez elles. Le nombre de personnes âgées qui peuvent rentrer chez elles après avoir contacté les services d'urgence diminue avec l'âge. Inversement, la part de personnes qui réside dans un CSR augmente. Cela montre que l'hospitalisation est un moment charnière dans la vie des personnes âgées en termes de perte d'autonomie.

4.3. Conclusion et recommandations

Entre 2006 et 2018, les Bruxellois, surtout les moins de 15 ans et les plus de 65 ans, ont davantage fait appel au service des urgences. Cela peut s'expliquer en partie par l'offre importante de ces services, qui jouent de plus en plus un rôle de soins de première ligne.

Mais d'autres éléments peuvent également expliquer cette augmentation, comme le changement de mode de financement, le grand nombre de Bruxellois en situation de précarité et le changement de mentalité et d'attitude de la population confrontée à un besoin croissant d'être rassurée dans ce qui est perçu comme une situation d'urgence. Plus spécifiquement, la disponibilité moindre des pédiatres, par exemple, peut aussi jouer un rôle. Dans le cas des personnes âgées, il peut s'agir d'une disponibilité réduite des médecins généralistes, car ils effectuent moins de visites à domicile, et de la vulnérabilité croissante de ce groupe cible.
Les chercheurs concluent que le niveau élevé d'utilisation des services d'urgence par les enfants et les personnes âgées montre que le système de santé actuel doit être adapté afin de mieux répondre à leurs besoins de soins et d'intégrer les spécificités sociales et médicales des personnes âgées (maladies complexes, isolement, etc.). Pour ces dernières, une attention particulière doit être accordée à la prévention, aux soins à domicile et aux soins ambulatoires adaptés aux besoins, à la collaboration entre les différentes lignes de soins et à la continuité des soins après une hospitalisation. Parmi le groupe cible plus jeune, il convient de prêter attention à la disponibilité des pédiatres et des médecins généralistes, ainsi qu'à la communication et à la sensibilisation aux différentes structures existantes qui prennent en charge des soins non planifiés.

Enfin, le rapport contient aussi les recommandations suivantes : 1) une révision de l'organisation et du financement des services d'urgence avec l'encouragement de la collaboration entre les services d'urgence et les soins de première ligne, 2) une meilleure promotion des alternatives aux services d'urgence telles que les postes de garde de médecins généralistes (il y a actuellement six postes de garde à Bruxelles qui sont accessibles le soir et le week-end[8]), 3) renforcer la concertation et la collaboration entre les soins de première et de deuxième ligne et 4) adapter le contenu du Résumé hospitalier minimum (RHM) afin d'améliorer la qualité et la standardisation des données collectées.

Source : Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale. Le recours aux urgences hospitalières par les Bruxellois (2008-2016) : Focus sur la population de moins de 15 ans et de 65 ans et plus. Commission communautaire commune, Bruxelles, 2019 (https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/dossier-20191-le-recours-aux-urgences-hospitalieres-par-les-bruxellois-2008)

8. http://www.gbbw.be/index.php/nl/

MC-informations est la revue trimestrielle de l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes. Elle présente les résultats des principales études de la MC et des informations contextuelles relatives aux systèmes régionaux et fédéraux de protection sociale, aux autres branches de la sécurité sociale et à la politique de santé et de bien-être. Tout le monde peut s'abonner à cette revue. Elle peut également être diffusée aux personnes qui, dans le cadre de leur fonction ou de leurs missions au sein de la société, souhaitent rester au courant de ces informations (collaborateurs MC, administrateurs de la MC et des organisations apparentées, autres services d'études, responsables presse, élus politiques, …). Bien évidemment, le fichier d'adresses est utilisé exclusivement dans le cadre de la revue.

Si vous ne souhaitez plus recevoir MC-Informations, vous pouvez nous le faire savoir par écrit à

Alliance nationale des Mutualités chrétiennes – Service d'études
Mieke Hofman
Chaussée de Haecht 579
1031 Schaerbeek

Ou encore par mail à mcinfos@mc.be

Sommaire

Edito 2

Mutualité santé 4

Enquête de santé 2018 – Jeter un pont entre les chiffres et la pratique : nous y mettrons-nous ensemble ?

Santé mentale 19

Comment ça va ? Enquête auprès des membres de la MC sur la prévalence de la souffrance mentale et la recherche d'aide.

Soins de santé mentale 32

Comment ça va? Enquête sur l'attitude des membres de la Mutualité chrétienne à l'égard des personnes souffrant de problèmes psychologiques et des soins de santé mentale.

Soins de santé personnes âgées 44

La consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques en maison de repos reste importante

Mutualité Santé 52

Qu'est-ce que la littératie en santé ? Tour d'horizon de la littérature

MC en bref 68

MC-Informations

paraît quatre fois par an (mars, juin, septembre, décembre) en français et en néerlandais, et est consultable gratuitement sur : http://www.mc.be/MC-Informations.

A cette adresse, vous pouvez vous inscrire sur un « mail-alert » et serez ainsi averti lors de la parution d'un nouveau numéro.

Colophon

Editeur responsable	Luc Van Gorp, Motmanstraat 29, 3530 Houthalen
Rédacteur en chef	Elise Derroitte
Secrétariat de rédaction	Rebekka Verniest et Mieke Hofman
Layout Service	cellule graphique
Impression	Albe De Coker
Adresse de retour	MC-R&D Mieke Hofman, chaussée de Haecht 579, BP 40, 1031 Bruxelles