

& SANTÉ SOCIÉTÉ

Recherches et analyses du Service d'études
de la Mutualité Chrétienne

06 Prévention dans le domaine de la santé mentale

28 Le suivi psychologique : accessible en Belgique ?

52 L'impact de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale
des enfants et des adolescent·es en Belgique

3 - octobre 2022

Santé mentale : zone à haut risque

Santé mentale : zone à haut risque

Edito



Pas un jour ne passe sans que l'on n'entende parler de santé mentale. En ouvrant la presse belge ce matin, je trouve 17 articles qui traitent de cette question. Malaise des travailleur-euses, médiatisation par une célébrité de ses troubles de santé mentale, récit d'adolescent-es souffrant de troubles alimentaires ou de harcèlement scolaire, ou encore corrélation entre la pandémie de COVID-19 et les problèmes psychiques. Ces dernières années marquent la redécouverte de ce thème délaissé des soins de santé. Délaissé car particulièrement complexe, mal financé, mal considéré ou sujet à la stigmatisation. Cette redécouverte est l'opportunité d'étudier enfin ce problème majeur de santé publique. Sciensano estime qu'en 2018, 33% de la population présente des difficultés psychologiques témoignant d'un mal-être, 9% souffrent d'un trouble dépressif, 8% consomment des antidépresseurs. Le nombre de burn-out explose depuis 10 ans (Vancorenland, et al., 2021) et on observe, suite à la pandémie, des départs massifs des travailleur-euses du monde du salariat considéré de plus en plus comme une source de souffrance et de mal-être (Favereau, 2022). Par ailleurs, on sait que les troubles de santé mentale sont aussi un facteur aggravant des autres indicateurs de santé. À ce titre, l'attention mé-

diatique est nécessaire et bienvenue pour augmenter la sensibilité à la santé mentale et normaliser le recours aux soins.

Toutefois, on peut se demander si cette surexposition médiatique produit une réelle connaissance de ce que signifie la santé mentale. Force est de constater que la santé mentale est souvent confondue avec le bien-être, le sentiment immédiat de plaisir ou le fait de ressentir des émotions positives. Ces éléments peuvent faire partie d'un tableau clinique sain mais ils ne suffisent pas à déterminer ce qu'est la santé mentale. En effet, nombreuses sont les personnes qui peuvent ressentir des moments de difficultés, des changements de l'humeur, de la tristesse, mais l'on considère qu'il y a un problème de santé mentale quand ces difficultés impactent la capacité de la personne à mener une vie de qualité, à réaliser son travail, à entretenir des relations sociales ou à réaliser ses fonctions vitales essentielles. Diluer la question de la santé mentale dans toute question de ressenti émotionnel ne facilite pas l'analyse rigoureuse des besoins en santé publique en termes de santé mentale. En effet, quand nous parlons de santé mentale, nous parlons également de dimensions collectives telles que l'intégration sociale et économique, de reconnaissance sociale, de liberté d'exprimer ses caractéristiques individuelles. Comme pour les autres problèmes de santé, certains groupes sont beaucoup plus à risque d'avoir des problèmes graves de santé mentale en comparaison avec la population générale. Pour tous ces groupes qui sortent de la norme traditionnellement étudiée, et qui représentent une partie importante de la population, force est de constater que nous manquons drastiquement de données, de connaissances, de recherches,

ce qui impacte fortement la pertinence des solutions apportées. Dans ce numéro, nous avons voulu exposer les nuances de ce que la surmédiation peine à rendre visible : la réalité des personnes qui vivent avec des problèmes cliniques de santé mentale, l'avis et les expériences des prestataires sur les besoins des jeunes en santé mentale et l'importance d'une politique massive de prévention en santé mentale.

Dans notre premier article, *Prévention dans le domaine de la santé mentale. Pourquoi, pour qui et comment ?*, nous proposons de définir le concept de prévention en santé mentale et de montrer comment il peut permettre une politique de prise en charge précoce des problèmes de santé mentale. Se doter d'outils efficaces de détection, mieux articuler les acteurs du secteur et pouvoir diriger les patient-es vers des professionnel·les adéquats permettrait d'améliorer structurellement notre système de santé. L'article combine les connaissances sur la prévention et la promotion de la santé et la spécificité de la santé mentale. Il cartographie les principaux groupes à risque en termes de santé mentale puis les grands acteurs et actrices de ce secteur afin d'identifier comment ils peuvent collaborer pour augmenter la prévention des problèmes de santé mentale.

Notre deuxième article, *Le suivi psychologique : accessible en Belgique ? Analyse de l'utilisation des soins de santé mentale ambulatoires par les membres de la MC*, est consacré à l'évaluation de la performance du système de santé belge au vu de l'utilisation des soins. Dans cette étude, nous passons nos données d'utilisation des soins dans le prisme de notre définition de

l'accessibilité des soins de santé (Cès, 2021). Nous y distinguons les quatre dimensions de l'accessibilité : la sensibilité, l'accessibilité financière, l'acceptabilité et la disponibilité. À partir de cette grille, nous pouvons montrer que l'accessibilité aux soins de santé mentale varie très largement d'un groupe à l'autre. Cette méthodologie nous permet de montrer à quel point les écarts en santé sont importants dans le domaine des soins psychiques. Pour chacune des dimensions de l'accessibilité, nous constatons que le fait de faire partie d'un groupe à risque (femme, jeune, personne âgée, personne racisée, etc.) augmente la probabilité de problèmes d'accès aux soins de santé mentale. Nous y montrons aussi que nombreux a priori sur la santé mentale sont incorrects ou inadéquatement articulés comme le fait que les hommes identifient ou rapportent moins leurs problèmes de santé mentale ou que le recours aux soins chez les jeunes serait moins soumis au tabou.

Enfin notre troisième article *Impact de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale des enfants et des adolescent-es en Belgique. Une enquête qualitative auprès des professionnel·les sur les besoins, les obstacles et les solutions en matière de santé mentale*, consacre une longue retranscription et analyse de 25 interviews de professionnel·les de la santé mentale menés entre septembre 2021 et décembre 2021. Cette étude poursuit notre recherche débutée en décembre dernier sur l'utilisation des soins de santé mentale durant la pandémie de COVID-19 (Sholokhova, Noirhomme, Morissens, & Verniest, 2021) qui avait démontré que la pandémie avait fortement impacté les jeunes et produit des risques durables pour leur santé mentale. Nous avons été rencontrer les professionnel·les qui travaillent au quotidien

avec les jeunes dans leurs pratiques, cliniques, dans les écoles, dans leurs centres de prévention. Leurs témoignages corroborent les inquiétudes que nous partageons tout au long de ce numéro : le secteur n'est pas suffisamment équipé à prendre en charge l'ampleur des besoins qui vont émerger ces prochaines années. Il est mal coordonné, mal financé, trop peu soutenu, a trop peu de place et de priorité dans les politiques publiques, dans les politiques scolaires. La disponibilité est trop faible, les soins n'atteignent que difficilement et tardivement les publics qui en ont le plus besoin, l'école devient un lieu névralgique pour un diagnostic précoce sans en avoir ni les moyens ni la possibilité.

Avec ces trois études, nous espérons apporter des éléments concrets qui permettent le développement d'une politique de santé mentale préventive et accessible. Au-delà des représentations parfois caricaturales de ce qu'est la santé mentale, nous avons tenu à objectiver les grands enjeux de ce secteur : les profils les plus à risques, le rôle angulaire de la prévention dans la politique et l'évaluation des professionnel·les du secteur. Nous vous en souhaitons bonne lecture.

Élise Derroitte
Direction service d'études

Bibliographie

Cès, S. (2021). L'accès aux soins de santé, définition et enjeux. *MC-Information*s, 286, 4-22.

Favereau, O. (2022, Juin 10). *Le phénomène de "grande démission" ne concerne pas ou peu les pays où les salariés participent aux choix stratégiques de production*. Récupéré sur Le Monde : https://www.lemonde.fr/idees/article/2022/06/10/le-phenomene-de-grande-demission-ne-concerne-pas-ou-peu-les-pays-ou-les-salaries-participent-aux-choix-strategiques-de-production_6129708_3232.html

Sholokhova, S., Noirhomme, N., Morissens, A., & Verniest, R. (2021). L'impact de la pandémie de COVID-19 sur le recours des enfants et adolescents aux soins de santé mentale. *MC-Information*s, 286, 23-45.

Vancorenland, S., Noirhomme, C., Henry, H., Avalosse, H., Van Der Elst, K., Lambert, L., & Michiels, P. (2021). Trajets de l'incapacité de travail : l'expérience des personnes avant, pendant et après leur incapacité. *MC-Information*s, 284, 4-66.



Prévention dans le domaine de la santé mentale

Pourquoi, pour qui et comment ?

Svetlana Sholokhova — Service d'études

Remerciements à Hélène Henry et Sophie Cès

Résumé

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

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

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

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

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

1. Introduction

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1. Prévention et notion large de la santé

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

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

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

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

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

Comment définir la santé mentale ?

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

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

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

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

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

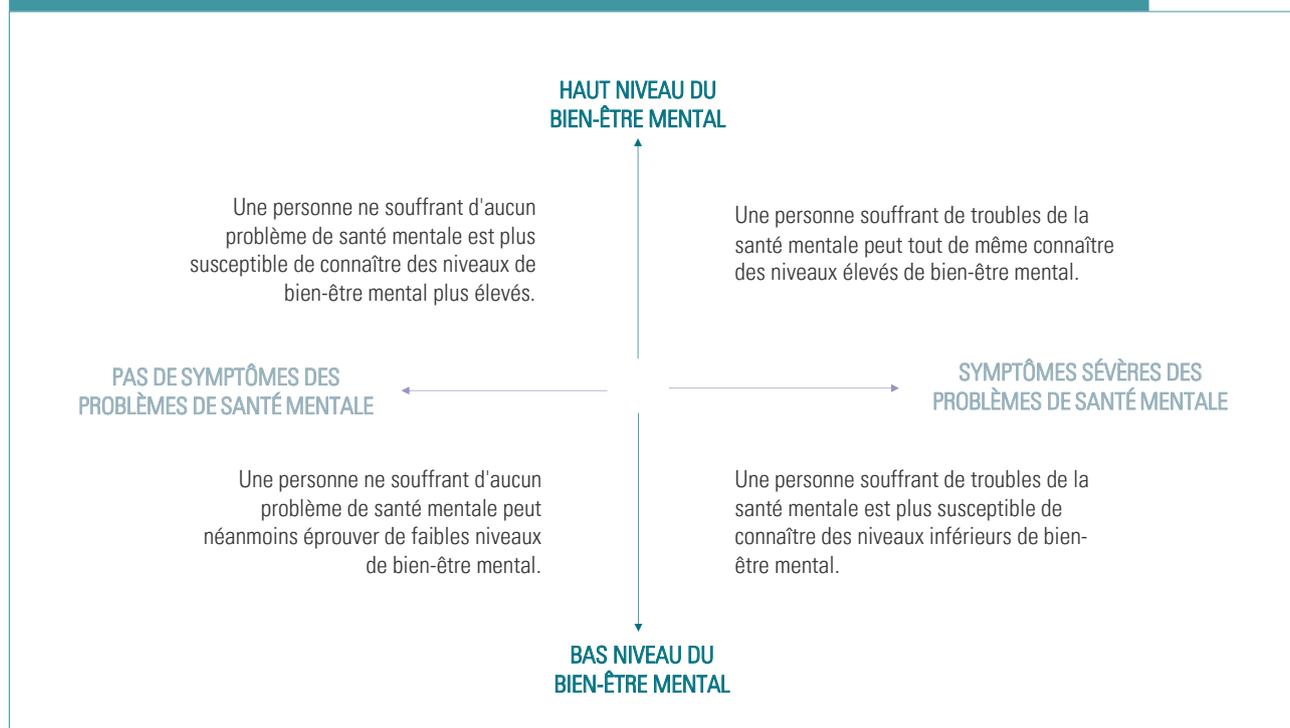
Éviter de limiter la discussion sur la prévention à la prévention purement médicale permet également de prendre en compte **la spécificité de la santé mentale** par rapport à la santé somatique.

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

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

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

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



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

2.3. Maladie mentale et souffrance psychique

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

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

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

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

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

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

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

2.4. Déterminants sociaux de la santé

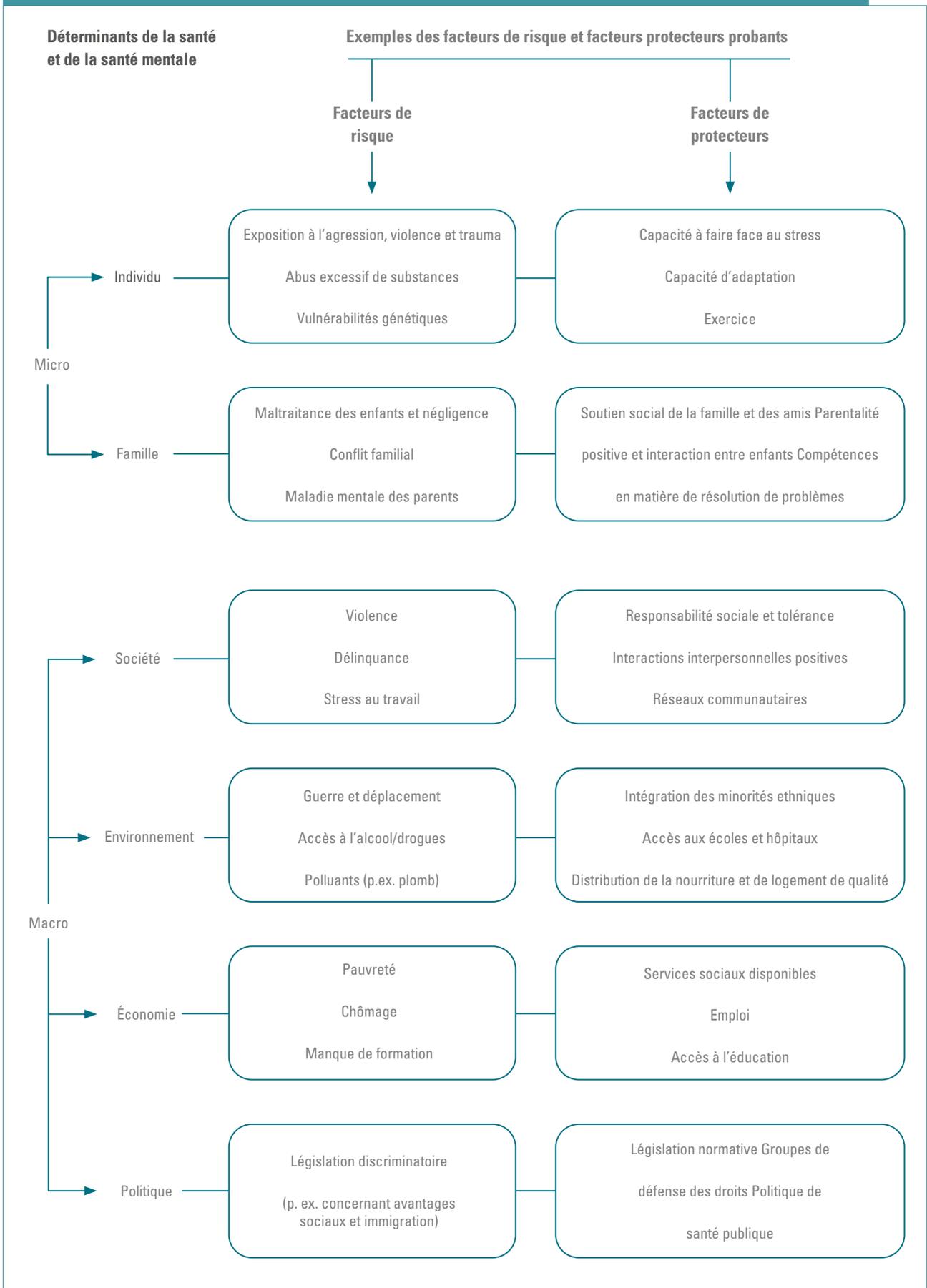
La conception de la prévention des maladies mentales présentée à la figure 1 reste néanmoins insuffisante par le fait même qu'elle prétend être universelle. Or, la santé n'est pas distribuée de façon équitable au sein de la société. En effet, la santé mentale dépend de nombreux facteurs tels que familiaux,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

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

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



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



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

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

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

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

3. Publics à risque de maladies mentales

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

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

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

3.1. Inégalités économiques

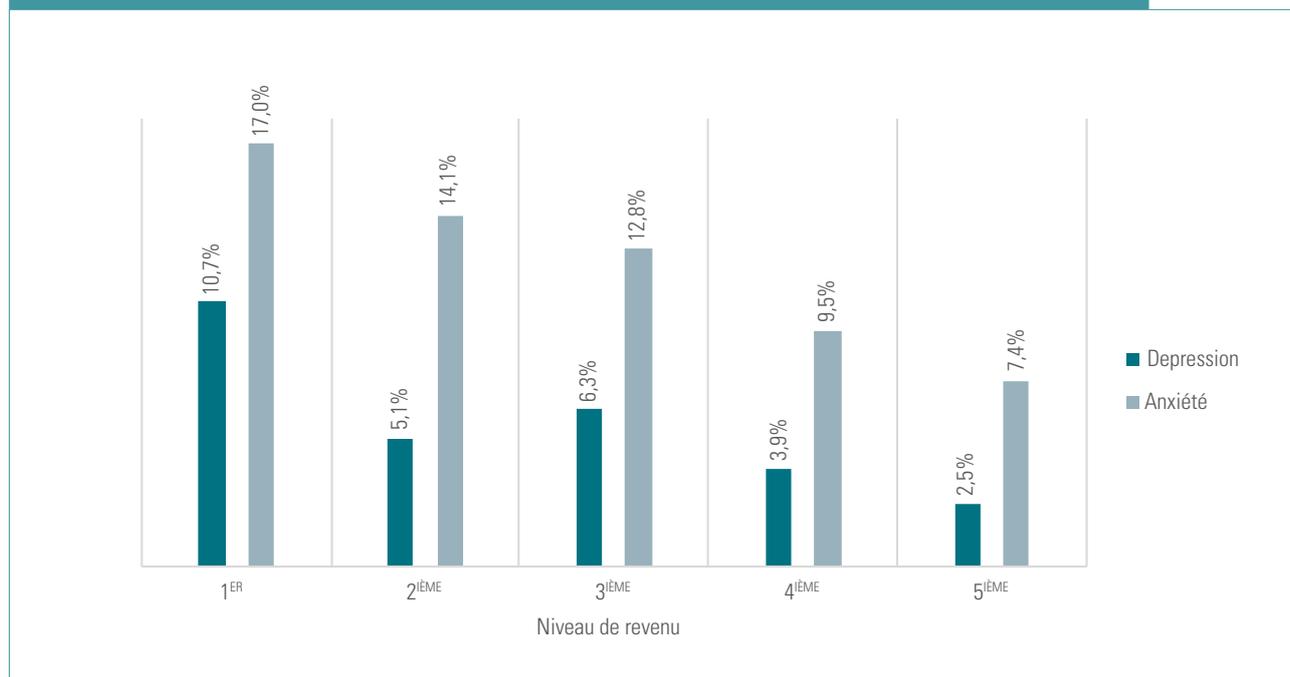
Les inégalités économiques découlent de la hiérarchisation entre les différents groupes en fonction des moyens économiques qui se trouvent à leur disposition. Elles se manifestent dans les inégalités au niveau des revenus, des conditions et contenus de travail, de l'héritage et du patrimoine, de l'insécurité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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

3.2. Discriminations raciales

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

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

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

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

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

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

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

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

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

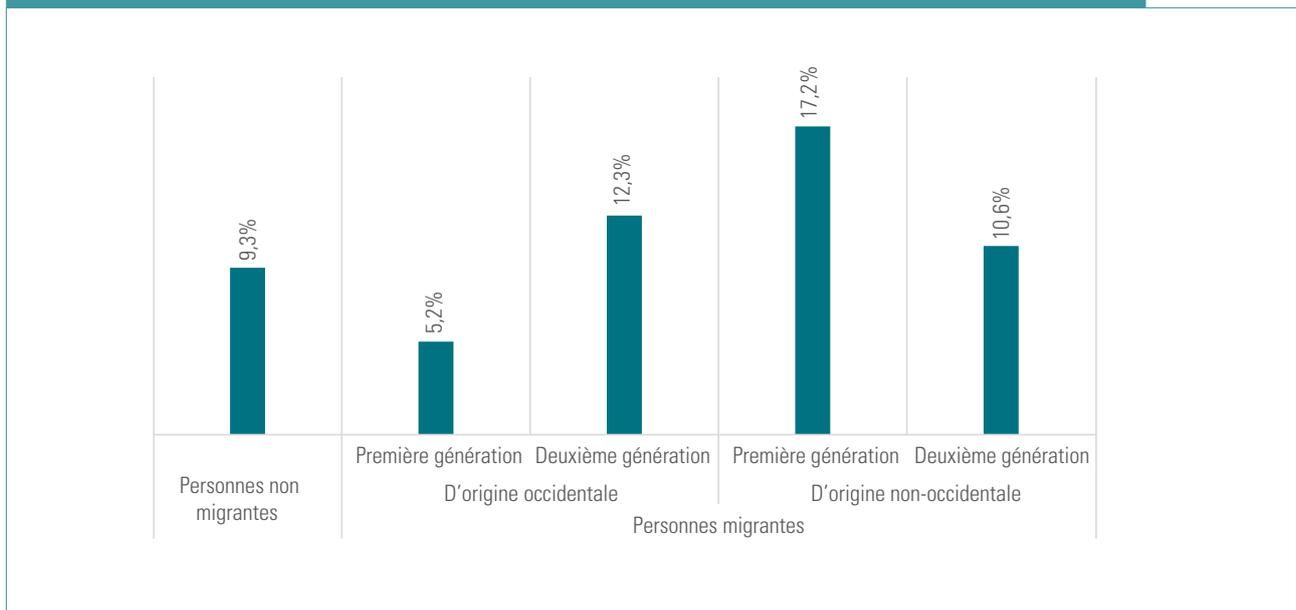
Par exemple, on constate une différence importante entre la possibilité d'avoir un trouble d'anxiété entre les personnes non migrantes (9,3%) et la première génération des personnes migrantes d'origine non-occidentale⁸ (17,2%) (voir Figure 4). En outre, ces différences persistent malgré la prise en compte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

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

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

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

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



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

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

3.3. Discriminations genrées

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

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

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

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

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

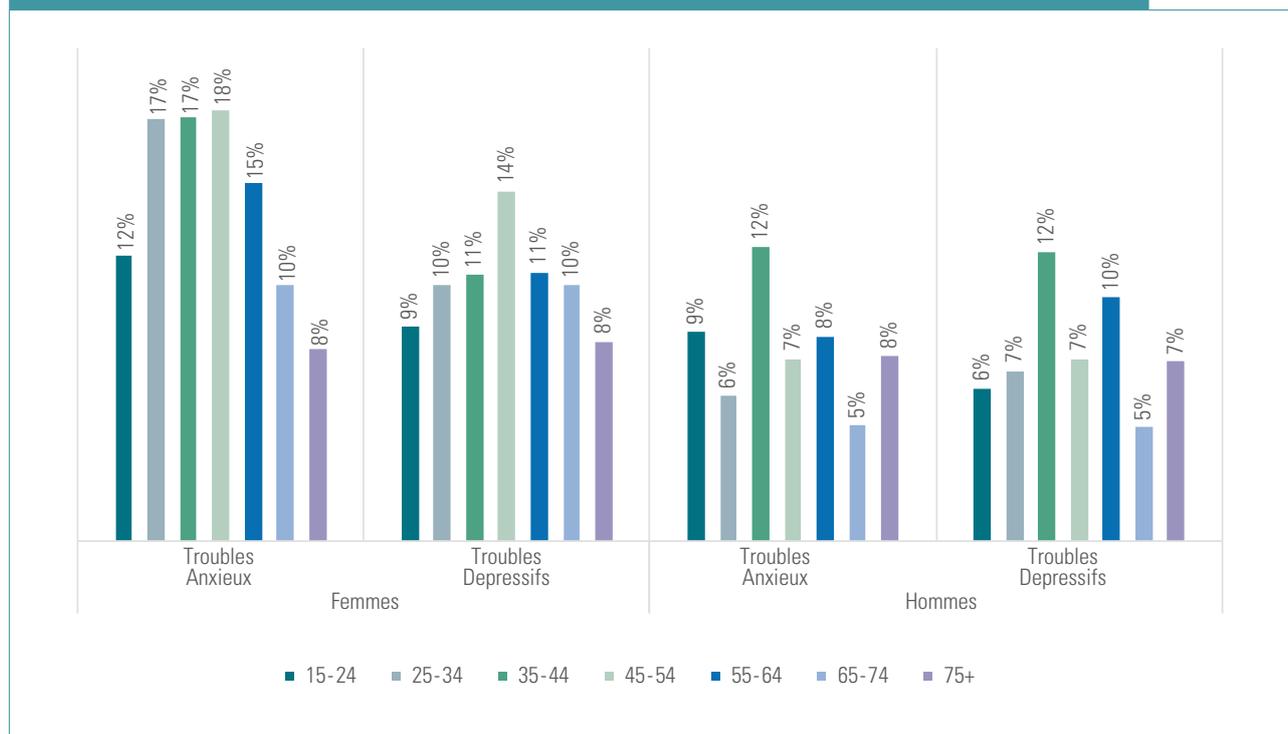
En outre, selon les données de l'Enquête de santé menée par Sciensano, en 2018 pour les troubles dépressifs « les femmes présentaient une prévalence plus élevée (14,2% pour l'anxiété et 10,7% pour la dépression) que les hommes (7,9% pour l'anxiété et 8% pour la dépression) » (voir Figure 5).

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

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

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

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



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

4.1. Approche institutionnelle

4.1.1. Soins de santé et promotion de la santé

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

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

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

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

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

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

4.1.2. Santé (mentale) dans toutes les politiques

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

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

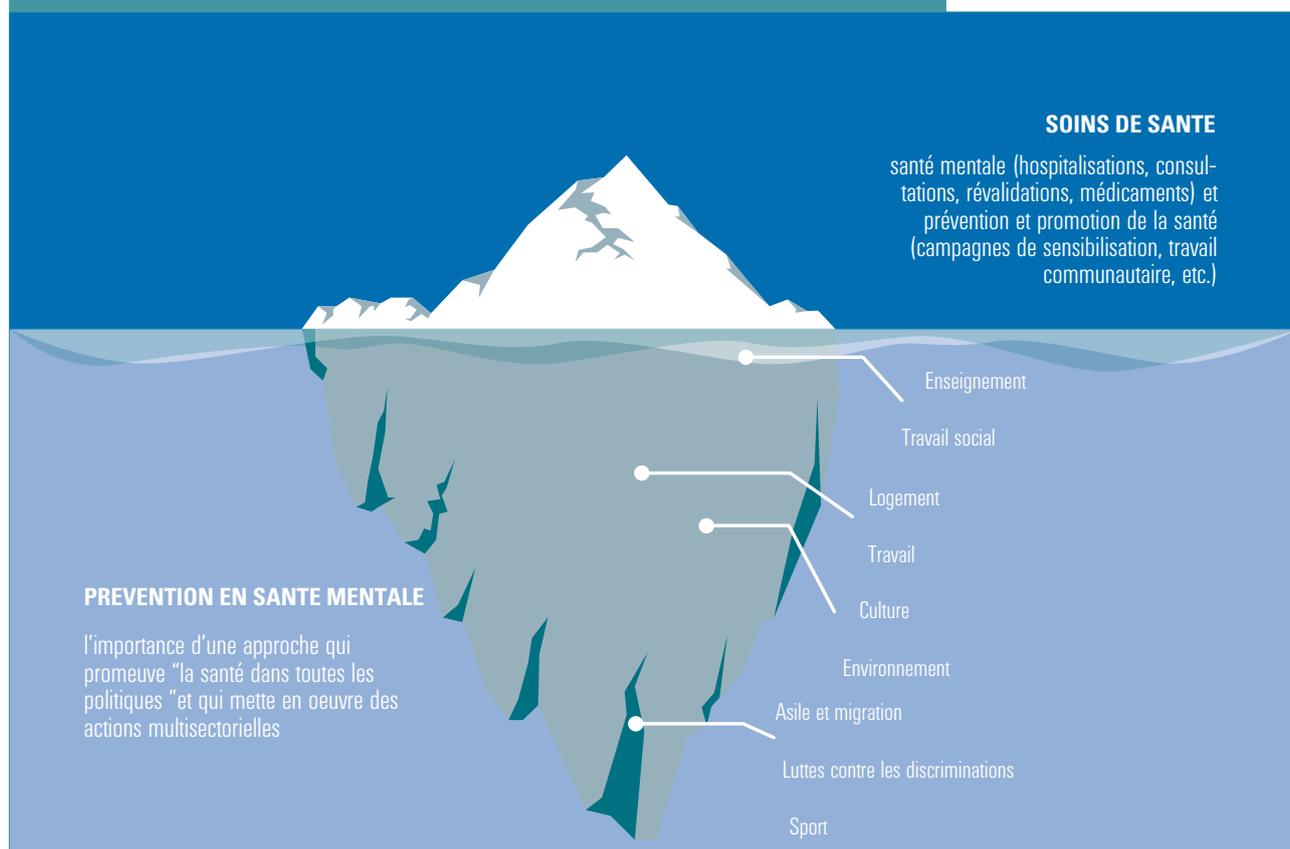
co-sociaux au sein des écoles qui vise à répondre aux difficultés en lien avec la santé mentale chez les enfants et les adolescent-es et à promouvoir leur bon développement psychologique (c'est ici que les pouvoirs communautaires jouent un rôle important), ou encore au travail des services sociaux qui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

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

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

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

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



4.2. Approche par type d'action

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3. Frontières floues du secteur social-santé

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

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

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

5. Conclusion

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

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

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

Bibliographie

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

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



Le suivi psychologique : accessible en Belgique ?

Analyse de l'utilisation des soins de santé mentale ambulatoires par les membres de la MC

Clara Noirhomme – Service d'études

Remerciements à Jesse Berwouts, Élise Derroitte et Svetlana Sholokhova

Résumé

Partant du constat des besoins de soins de santé mentale plus élevés pour certains groupes – les femmes, les personnes actives, pauvres, racisées – cette étude a pour double objectif d'évaluer l'utilisation des soins de santé mentale ambulatoires (consultations chez le psychiatre et le psychologue) et d'identifier les obstacles à l'accès à ces soins. Pour ce faire, plusieurs types de données sont utilisées : celles de l'enquête de santé de Sciensano (2018), de l'enquête de la MC sur la prévalence des problèmes psychologiques et la recherche d'aide (2019), les données d'utilisation des soins des membres de la MC (2021) et les listings de prestataires de l'INAMI et de la commission des psychologues (2022). L'analyse de ces données nous permet d'observer que si ces publics n'utilisent pas les soins dans une mesure proportionnelle à leurs besoins, c'est en raison des freins rencontrés dans les quatre dimensions de l'accessibilité : l'incapacité à identifier ses besoins en santé mentale (sensibilité), la réticence à chercher des services (acceptabilité), l'incapacité à payer les services (accessibilité financière) et l'incapacité à atteindre les services ou les patient·es (disponibilité). Les femmes sont ainsi moins sceptiques que les hommes envers l'aide professionnelle, mais elles sous-rapportent leurs problèmes et mettent en avant des inquiétudes liées au coût des soins et au temps disponible pour en bénéficier. Les personnes ayant des difficultés financières, quant à elles, ont davantage honte d'avoir recours à l'aide professionnelle et sont les plus nombreuses à indiquer qu'elles s'inquiètent des coûts des soins, de façon légitime puisque les soins qui ne sont pas remboursés par l'assurance obligatoire leur restent largement inaccessibles financièrement. Elles utilisent ainsi ces soins psychologiques dans une moindre mesure. En outre, l'offre de prestataires est inégalement distribuée sur le territoire. Tant de difficultés qui débouchent sur des recommandations qui découlent des résultats de notre étude et qui insistent notamment sur l'importance de mesures proportionnées qui permettraient d'atteindre des résultats similaires dans tous les publics.

Mots-clés : Santé mentale, accessibilité des soins de santé, utilisation des soins, sensibilité, acceptabilité, accessibilité financière, disponibilité, facteurs de risque, genre, inégalités sociales

1. Introduction

L'enquête de l'institut belge de santé Sciensano révèle qu'en 2018, 33% des Belges présentent des difficultés psychologiques qui témoignent d'un mal-être, dont les principales difficultés relevées sont de se sentir constamment tendu et stressé (29%), de manquer de sommeil à cause de soucis (23%), ainsi que de se sentir malheureux et déprimé (20%) (Gisle, Drieskens, Demarest, & Van der Heyden, 2020).

De manière globale, la Belgique fait partie des pays où la satisfaction de vie des habitants est élevée : avec un score de 7,4 sur une échelle allant jusqu'à 10, on se situe au-dessus de la moyenne européenne (Gisle, Drieskens, Demarest, & Van der Heyden, 2020). Toutefois, cette moyenne cache également des inégalités. Bien que cette enquête ne nous permette pas d'observer de résultats en fonction de la nationalité, elle présente de fortes disparités entre les femmes et les hommes, les groupes d'âge, selon le niveau de revenu et la région. On y observe une plus faible satisfaction de vie et une plus forte propension aux difficultés psychologiques (témoignant d'un mal être ou d'une pathologie mentale probable) chez les femmes, la population active (24-54 ans), les personnes avec un faible niveau de revenu, les Wallons et les Bruxellois. Le risque de présenter des difficultés psychologiques qui témoignent d'un mal-être est ainsi 1,4 fois plus élevé pour les femmes que les hommes, 1,7 fois plus élevé pour les personnes faisant partie de la catégorie avec les revenus les plus bas par rapport à celle possédant les revenus les plus hauts et 1,3 fois plus élevés pour les Bruxellois que les Flamands. Le risque de présenter des difficultés psychologiques témoignant d'une pathologie mentale probable est quant à lui encore plus marqué pour ces populations avec un risque 1,5 fois plus élevé pour les femmes, 2 fois plus élevé pour les personnes faisant partie de la classe la plus basse de revenus par rapport à la classe la plus haute et 1,4 fois plus élevé pour les Bruxellois et les Wallons, par rapport aux Flamands.

Lorsqu'on croise ces facteurs de risque (le sexe, l'âge et la région), on observe qu'en termes de difficultés psychologiques, la proportion des répondant-es avec des difficultés est encore plus élevée dans certains sous-groupes. Ainsi, 57% des Bruxelloises de 25-34 ans présentent des difficultés qui peuvent être assimilées à un mal-être, pour 39% des hommes de ce même groupe

d'âge. L'écart entre les sexes est encore plus grand en Wallonie où 29% des hommes de cette catégorie d'âge présentent des difficultés qui témoignent d'un mal-être, contre 53% des femmes, soit un écart de 24 points de pourcentage.

La question qui se pose est celle de l'accompagnement offert aux personnes qui éprouvent des difficultés psychologiques et notamment aux groupes qui sont davantage à risque de souffrir de problème de santé mentale, c'est-à-dire les femmes, les personnes pauvres et les personnes racisées (voir également l'article de Sholkhova dans ce même numéro). Ces groupes ont des besoins de santé plus élevés, mais leur accès au suivi psychologique est-il en adéquation avec ces besoins ? Et plus largement, le suivi psychologique est-il accessible en Belgique ?

Pour répondre à ces questions nous avons mené une étude dont l'objectif est double. Le premier objectif est de dresser l'état de lieux de l'utilisation des soins psychologiques et psychiatriques ambulatoires en Belgique. Ce qui nous intéresse ici particulièrement est l'impact des inégalités sociales sur le recours aux soins. Or, afin d'identifier les groupes vulnérables, nous ne voulions pas nous limiter à l'approche économique et financière des inégalités et avons inclus davantage de facteurs de risques de souffrir de problèmes de santé mentale dans l'analyse – notamment le sexe, l'âge, le lieu de résidence et la nationalité. Le deuxième objectif de notre étude consiste à identifier les freins à l'accès à ce type de soins. Il s'agit ici d'évaluer l'accessibilité des soins de santé de manière étendue – et non uniquement l'accessibilité financière de ces derniers – en incluant l'ensemble des dimensions de l'accessibilité qui permettent d'expliquer le non-recours et les besoins non satisfaits.

Nous commençons le présent article par exposer le cadre théorique de cette étude, c'est-à-dire la conceptualisation de l'accessibilité et nous présentons ensuite la méthodologie utilisée. Dans la partie consacrée aux résultats, nous exposons un état des lieux de l'utilisation des soins remboursés en matière de suivi psychologique, afin de voir si les groupes à risque de développer des problèmes psychologiques ont davantage d'accès au suivi psychologique. Ensuite, nous analysons quels sont les freins à l'accès aux soins psychologiques et psychiatriques. Nous terminons notre article avec une série de recommandations qui découlent des résultats de notre étude.

2. Les quatre dimensions de l'accessibilité des soins de santé

Dans notre étude, nous nous appuyons sur la conceptualisation de la notion l'accessibilité des soins de santé réalisée par Cès (Cès, 2021). Cette notion, trop souvent considérée comme acquise, comprend quatre dimensions : **la sensibilité, la disponibilité, l'accessibilité financière et l'acceptabilité**. Ces dimensions se déclinent en fonction de l'offre et de la demande et permettent ainsi de soulever de nombreux problèmes d'accès, du côté de l'offre de soins et du côté des utilisateurs des services de soins de santé.

La première dimension de l'accessibilité que nous aborderons est la **sensibilité**. Elle est considérée comme « la capacité à identifier les besoins objectifs d'un point de vue clinique » (Cès, 2021, p. 8). En matière d'offre de santé mentale, cela renvoie à la responsabilité des prestataires d'identifier les besoins des patient-es, ce qui demande notamment des prestataires de première ligne d'être particulièrement à l'écoute pour permettre une détection précoce des problèmes de santé mentale. Au niveau de la demande, cela correspond à l'identification de ses propres besoins de soins, c'est-à-dire de pouvoir reconnaître la présence d'une grande souffrance psychique nécessitant l'intervention d'un professionnel de santé. Celle-ci est influencée par un ensemble de facteurs comme le réseau social du-de la patient-e qui peut inciter à aller consulter, mais aussi de son niveau socio-économique. Les personnes qui vivent dans la précarité sont confrontées au quotidien à des difficultés à satisfaire leurs besoins essentiels, ce qui détourne leur attention par rapport à leurs problèmes de santé. Dans le domaine psychologique, la sensibilité est toutefois une question complexe puisque le manque de conscience de ses problèmes de santé mentale peut faire partie d'un tableau clinique.

L'acceptabilité, quant à elle, correspond à « la capacité à assurer des prestations de soins qui satisfont au besoin minimum de qualité perçue pour que les personnes acceptent de recourir aux soins de santé » (Cès, 2021, p. 11). Du côté de l'offre, il s'agit donc de garantir la qualité des services, notamment en évitant toute forme de discrimination. Du point de la demande, il est nécessaire que ces services rencontrent des besoins sociaux pour que les patient-es décident de recourir aux soins : respect des normes sociales, de choix organisationnels

et des besoins du-de la patient-e en matière de communication (la relation de confiance est particulièrement importante ici). En matière de santé mentale, la question de l'acceptabilité est liée au risque notamment chez les publics précarisés, de reporter des soins lorsqu'ils craignent d'être jugés négativement par les professionnels de santé (Maes, 2021).

La **disponibilité** porte, d'une part, sur la question quantitative de la régulation de l'offre des prestataires de soins en fonction des besoins de la population et, d'autre part, sur les aspects organisationnels et pratiques de la mise en œuvre des services de santé (la commodité) (Cès, 2021). Au niveau de l'offre de soins de santé mentale, cela signifie que le volume de soins ambulatoires doit être suffisant et matériellement accessible dans des conditions qui correspondent aux besoins de la population, avec une absence de toute forme de discrimination qui empêche ou freine l'accès aux services. De ce point de vue, la disponibilité est notamment influencée la répartition géographique sur le territoire, les heures d'ouverture, la façon dont la prise de rendez-vous est organisée, la façon dont les services communiquent avec les patients, incluant aussi la communication pour faire connaître les services. Au niveau de la demande, il s'agit de la capacité des patient-es à atteindre les services et à se rendre disponible pour s'y rendre, notamment de dégager du temps, mais aussi d'avoir les moyens matériels nécessaires à disposition tels que les moyens de transport. Cette capacité est influencée par différents facteurs, tels que le statut économique, mais aussi les responsabilités familiales et le fait de pouvoir bénéficier du soutien de proches pour se rendre au rendez-vous.

Finalement, « **l'accessibilité financière** correspond au fait que les contributions personnelles soient suffisamment limitées pour ne pas décourager le recours aux soins et que l'utilisation des services de santé n'expose pas les patient-es à des difficultés financières » (Cès, 2021, pp. 9-10). Du côté de l'offre, il est nécessaire que les soins soient suffisamment couverts par l'assurance obligatoire pour que les contributions personnelles n'entachent pas l'accès aux soins. La particularité des soins de santé mentale ambulatoires est qu'ils nécessitent un suivi régulier et parfois à long terme ; l'accumulation des montants à charge du patient peut donc être particulièrement élevée. Du côté de la demande, il s'agit de la capacité à supporter les frais des soins de santé, les coûts de transport et les coûts d'opportunités éventuels liés à la perte de revenu (pour le temps passé aux soins). Le niveau de revenu et la couverture santé

sont donc des facteurs déterminants, mais également le réseau social et familial. C'est la raison pour laquelle les personnes isolées et défavorisées sont plus à risque de difficultés financières pour accéder aux soins de santé, non seulement parce que leur capacité financière est moindre, mais également parce qu'elles bénéficient dans une moindre mesure de la solidarité familiale et de possibilités de soutien financier.

3. Méthode

Les sources de données suivantes sont utilisées dans cette étude :

1. Les données de l'enquête de santé de Sciensano (2018) qui permettent d'évaluer le recours aux soins en cas de dépression autodéclarée. Pour ce faire, il a été demandé aux répondant-es qui déclarent avoir souffert d'une dépression au cours des 12 derniers mois ce qui a été mis en place pour prendre en charge ce trouble (Gisle, Drieskens, Demarest, & Van der Heyden, 2020).

2. Les données de l'enquête de la MC sur la prévalence des problèmes psychologiques et la recherche d'aide¹ (2019) qui permettent d'analyser premièrement *l'utilisation des soins* psychologiques et deuxièmement, les problèmes d'accès aux soins de santé du point de vue de la *demande*. En effet, dans le cadre de l'enquête, il a été demandé aux répondant-es s'ils ou elles ont/auraient cherché de l'aide professionnelle ainsi que les raisons pour lesquelles ils ou elles n'avaient pas eu/n'auraient pas recours à l'aide professionnelle. Parmi les propositions, on retrouve des facteurs explicatifs qui recouvrent trois des quatre dimensions de l'accessibilité : l'*acceptabilité*, l'*accessibilité financière* et la *disponibilité*.

En termes de *sensibilité*, les données de l'enquête de la MC de 2019 nous permettent d'évaluer si un sous- ou sur-rapportage des problèmes psychologiques a lieu, en comparant les données sur la fréquence des problèmes psychologiques chez les répondant-es (mesurés à l'aide

du questionnaire CES-D 8) aux données sur les problèmes autodéclarés, c'est-à-dire le cas où les répondant-es considèrent eux-mêmes rencontrer des difficultés psychologiques.

Le questionnaire CES-D 8 permet d'estimer l'ampleur des plaintes liées à la dépression dans la semaine précédant l'enquête. Plus précisément, on 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 pour chaque répondant-e : un score plus élevé indique une fréquence et une intensité plus élevées des symptômes dépressifs.

La dépression est considérée comme un phénomène continu, avec des scores plus élevés indiquant une fréquence et une gravité plus élevées des plaintes dépressives, ce pourquoi certains auteurs choisissent de ne pas établir de seuil (Missinne, Vandeviver, Van de Velde, & Bracke, 2014; Van de Velde, Levecque, & Bracke, 2009). Il est toutefois également possible de dichotomiser les scores et d'utiliser des « prévalences ». Briggs et al. proposent ainsi de retenir un seuil de 9, à partir duquel les symptômes dépressifs sont significatifs (Briggs, Carey, O'Halloran, Kenny, & Kennelly, 2018). Nous choisissons ici d'utiliser un seuil de 10 pour ne pas surestimer la probabilité de souffrir d'un problème psychologique, étant donné que notre objectif n'est pas de mesurer la prévalence des dépressions, mais d'observer les catégories de répondant-es dans lesquelles ces manifestations sont les plus courantes.

Afin de tester s'il existe un sous-rapportage systématique/significatif, nous avons utilisé le test de McNemar, qui compare les proportions « incongruentes » : la proportion de personnes ne souffrant pas de problèmes psychologiques selon l'échelle CES-D 8 qui déclarent avoir des problèmes (sur-rapportage) ainsi que la proportion de personnes souffrant de problèmes psychologiques qui déclarent n'avoir aucun problème (sous-rapportage). Les personnes souffrant de problèmes psychologiques qui déclarent en avoir et les personnes qui n'en souffrent

1 Une enquête a été menée par la Mutualité chrétienne en mai 2019 auprès de ses membres sur la façon dont ils réagiraient eux-mêmes à l'égard d'une personne ayant des problèmes psychologiques afin d'évaluer la présence et l'impact de la stigmatisation dans le domaine de santé mentale (Verniest, Luybaert, & Bracke, 2020). L'analyse des résultats portait sur un échantillon de 5.675 répondant-es affiliés à une mutualité MC flamande. L'échantillon a été repondéré pour correspondre à la population de référence selon l'âge, le sexe et qui correspond en matière de revenus à la population flamande. Soulignons donc qu'il est nécessaire de rester prudent sur la généralisation de ces résultats à l'ensemble de la Belgique puisque les caractéristiques des Bruxellois et des Wallons peuvent varier.

pas et qui disent ne pas en avoir ne sont pas prises en compte pour tester le sous-rapportage, car elles rapportent correctement.

3. Les données d'utilisation des soins à disposition de la MC (2021). Il s'agit des données existantes en matière d'utilisation du suivi psychologique : celles des soins de santé mentale ambulatoires prestés au cabinet du psychiatre/psychologue ou au sein de structures collectives, c'est-à-dire hors hospitalisation. En la matière, la Mutualité chrétienne dispose des données de l'assurance obligatoire soins de santé (consultations et séances d'un traitement psychothérapeutique au cabinet du médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie, y compris la possibilité d'effectuer la séance à distance (téléconsultation), et les séances de psychologie dans le cadre du trajet de psychologie de première ligne) et des données relatives aux avantages et services fournis par l'assurance complémentaire (l'avantage psychologie).

4. Les listings de prestataires de l'INAMI et de la commission des psychologues (données 2022). Nous réaliserons une cartographie de l'offre de prestataires proposant un suivi psychologique/psychiatrique ambulatoire sur base de ces listings et les comparerons

à l'utilisation des soins par les membres de la MC de plus de 18 ans en 2021 afin d'analyser la *disponibilité* des soins psychologiques du côté de l'offre de soins de santé².

Pour résumer, dans le cadre du premier objectif de notre étude, nous nous penchons sur l'utilisation des soins mentale en Belgique à l'aide des données de l'enquête de Sciensano 2018, de l'enquête de la MC publiée en 2019 et d'utilisation des soins, données de la MC 2021. En ce qui concerne notre deuxième objectif, nous mesurerons l'accessibilité des soins de santé mentale en Belgique grâce aux données de l'enquête de la MC, les données de l'INAMI et de la commission des psychologues et les données de la MC. Comme on peut le voir sur le Tableau 1 qui synthétise les méthodes utilisées pour mesurer l'accessibilité des soins de santé mentale dans notre étude, les données dont nous disposons pour analyser les problèmes d'accessibilité du point de vue de l'offre de soins sont limitées, notamment, nous ne disposons pas de ressources pour analyser les dimensions de la sensibilité et de l'acceptabilité de l'offre des soins. Ainsi nous ne pouvons pas mesurer comment les professionnel·les de santé identifient les besoins des patient·es, ni ce qui est mis en place pour rendre les soins acceptables pour les patient·es.

Tableau 1 : Méthodes utilisées dans le cadre de l'étude pour mesurer les quatre dimensions de l'accessibilité des soins de santé mentale ambulatoires en Belgique

Dimensions de l'accessibilité	Offre de soins de santé mentale	Demande en soins de santé mentale
Sensibilité	/	Analyse des données de l'enquête réalisée par la MC en 2019 sur la prévalence et la stigmatisation des problèmes psychologiques
Acceptabilité	/	
Accessibilité financière	Analyse du coût à charge du-de la patient·e des soins remboursés par l'assurance obligatoire et l'assurance complémentaire à l'aide des données de facturation de la MC (données 2021)	
Disponibilité	Création de la cartographie qui permet de faire la comparaison entre l'offre de prestataires proposant un suivi psychologique/psychiatrique ambulatoire sur base des listings de prestataires de l'INAMI et de la commission des psychologues (données 2022) et l'utilisation des soins remboursés en 2021 par les membres de la MC de plus de 18 ans	

² Il est toutefois nécessaire de traiter ces données avec une certaine prudence car nous ne disposons que d'une adresse par prestataire, et que le domicile de ce dernier peut différer de son lieu d'exercice.

4. Résultats de l'analyse

4.1. L'utilisation des soins de santé mentale ambulatoires

4.1.1. Le recours à la psychothérapie en cas de dépression

Selon l'enquête de santé de 2018 de Sciensano, 81% des répondant-es qui déclarent avoir souffert d'une

dépression au cours des 12 derniers mois (Gisle, Drieskens, Demarest, & Van der Heyden, 2020) ont consulté un-e professionnel-le de la santé, 67% ont pris des médicaments et seulement 43% ont suivi une psychothérapie (voir Tableau 2). En outre, on observe que les caractéristiques sociodémographiques ont une influence sur ce recours aux soins. Ainsi, les personnes résidant en Région flamande consultent moins facilement un-e professionnel-le de la santé pour un problème dépressif (73% d'entre-elles), que les Bruxellois (81%) et les Wallons (92%). La même tendance est observable au niveau de la prise de médicaments et le suivi d'une psycho-

Tableau 2 : Pourcentage de la population belge déclarant avoir souffert d'une dépression au cours de 12 derniers mois et soins mis en place (Source : Enquête de santé 2018 de Sciensano)

		Pourcentage de la population qui déclare avoir souffert d'une dépression au cours des 12 derniers mois	Parmi les personnes qui déclarent avoir souffert d'une dépression		
			pourcentage à avoir consulté un-e professionnel-le de la santé pour ce trouble	pourcentage à avoir pris des médicaments pour ce trouble	pourcentage à avoir bénéficié d'une psychothérapie pour ce trouble
SEXE	Homme	6%	81%	67%	40%
	Femme	9%	81%	67%	44%
GROUPE D'ÂGE	15 - 24	3%	83%	43%	63%
	25 - 34	7%	79%	56%	57%
	35 - 44	8%	73%	55%	51%
	45 - 54	9%	89%	77%	59%
	55 - 64	9%	85%	75%	34%
	65 - 74	6%	75%	72%	20%
	75 +	9%	77%	74%	11%
NIVEAU DE REVENU	Quintile 1 (niveau de revenu le plus bas)	15%	84%	73%	39%
	Quintile 2	10%	75%	69%	34%
	Quintile 3	7%	78%	65%	45%
	Quintile 4	7%	81%	63%	50%
	Quintile 5 (niveau de revenu le plus haut)	4%	86%	62%	51%
REGION	Région flamande	7%	73%	62%	36%
	Région bruxelloise	8%	81%	67%	46%
	Région wallonne	8%	92%	75%	52%
Ensemble de la population		7%	81%	67%	43%

thérapie : respectivement 62% et 36% en Flandre, 67% et 46% à Bruxelles et 75% et 51% en Wallonie. Parmi les femmes, 44% ont bénéficié d'une psychothérapie, contre 40% des hommes.

Bien que nous n'irons pas plus loin dans les données liées aux médicaments et aux traitements plus lourds telles que les hospitalisations, les données de Sciensa-no montrent que le rapport est directement inverse pour la solution envisagée (médicaments ou thérapie) en fonction de l'âge et du niveau de revenu (voir Tableau 2) :

- **Plus on est jeune et plus les revenus sont élevés, plus la chance de suivre une psychothérapie est grande** : 63% des 15-24 ans qui déclarent avoir souffert d'une dépression dans l'année écoulée ont suivi une psychothérapie, contre 34% des 55-64 ans et seulement 11% des plus de 75 ans. La moitié des personnes faisant partie de la classe de revenus la plus haute et qui estiment avoir souffert une dépression ont consulté, alors que ce n'est le cas que de 39% des personnes qui se trouvent dans la classe de revenus la plus basse. Lorsqu'on croise l'âge et le revenu, ce constat est encore plus flagrant puisque 92% des 15-24 ans de la classe la plus haute qui ont déclaré une dépression ont consulté.
- **Plus on est âgé et plus les revenus sont bas et plus on prend des médicaments** : trois quarts des personnes de plus de 45 ans qui déclarent avoir souffert d'une dépression ont pris des médicaments pour soigner ce trouble, alors que c'est le cas d'environ la moitié les moins de 45 ans. De même, les personnes appartenant à la classe de revenus la plus basse et qui estiment avoir souffert une dépression sont 73% à avoir consommé des médicaments, contre 62% de la classe la plus haute.

Comme on l'observe au Tableau 2, en matière de revenu, plus la prévalence est grande dans une catégorie, plus le recours aux soins psychothérapeutiques est faible. Ainsi, si on observe que davantage de personnes faisant partie des catégories les plus pauvres (quintile 1 et 2) ont déclaré avoir souffert d'une dépression au cours de l'année, elles ont pourtant moins bénéficié d'une psychothérapie. Le recours aux soins est donc inversement proportionnel aux besoins.

4.1.2. Le recours à l'aide professionnelle

Les résultats de l'enquête de la MC sur la prévalence de la souffrance mentale et la recherche d'aide montrent tout d'abord qu'il est plus difficile de chercher de l'aide professionnelle pour les personnes qui souffrent de problèmes psychologiques au moment de l'enquête. L'écrasante majorité des personnes qui n'estiment pas avoir de difficultés psychologiques déclare qu'elle chercherait de l'aide si c'était le cas (92% d'entre elles), alors que ce n'est le cas que de 65% des personnes qui estiment avoir effectivement des problèmes psychologiques au moment de l'enquête (Verniest, Luybaert, & Bracke, 2020).

Lorsqu'on affine ces résultats en fonction des principaux déterminants, on observe ensuite que les femmes ont cherché/cherchent/chercheraient davantage d'aide professionnelle que les hommes (peu importe qu'elles aient souffert de problèmes dans le passé, qu'elles en souffrent actuellement ou qu'elles n'aient jamais eu de problèmes psychologiques). À titre d'exemple, 71% des femmes qui font actuellement l'expérience de problèmes psychologiques et 80% de celles qui en ont eu dans le passé déclarent avoir cherché de l'aide, contre respectivement 59% et 67% des hommes.

Les personnes âgées, en revanche, cherchent moins facilement de l'aide, surtout quand elles font actuellement l'expérience de problèmes psychologiques (seuls 48% des plus de 65 ans déclarant avoir des problèmes psychologiques affirment chercher de l'aide, voir Figure 1).

Les personnes qui éprouvent des difficultés financières, quant à elles, sont davantage enclines à chercher de l'aide (tout autant et même légèrement plus que les personnes plus riches), mais ce uniquement lorsqu'elles ont conscience d'avoir fait ou de faire actuellement l'expérience d'un problème de santé mentale. En revanche, leur acceptabilité est plus basse lorsqu'elles ne disent n'avoir jamais eu de problèmes psychologiques : 82% des

personnes qui déclarent avoir (très) difficile de joindre les deux bouts déclarent ainsi qu'elles chercheraient de l'aide, alors que c'est le cas de 93% des personnes qui déclarent avoir (très) facile de joindre les deux bouts.

L'enquête permet également de voir vers quel type de professionnel les répondant-es se tournent plus facilement lorsqu'ils ou elles recherchent de l'aide. Ainsi, c'est d'abord le généraliste qui est mentionné (71% des répondant-es), ensuite le psychologue/psychothérapeute (53%) et le psychiatre (42%). En fonction de l'occurrence des problèmes psychologiques, on observe une tendance très intéressante : seuls 33% des personnes qui ont fait/ont l'expérience de problèmes se tournent vers un psychologue et 57% d'entre elles

Figure 1 : Pourcentage de répondant-es qui affirment qu'ils ont cherché/chercheraient de l'aide professionnelle pour un problème psychologique, selon le sexe, l'âge et la situation financière (Source : Enquête de la MC, 2019)

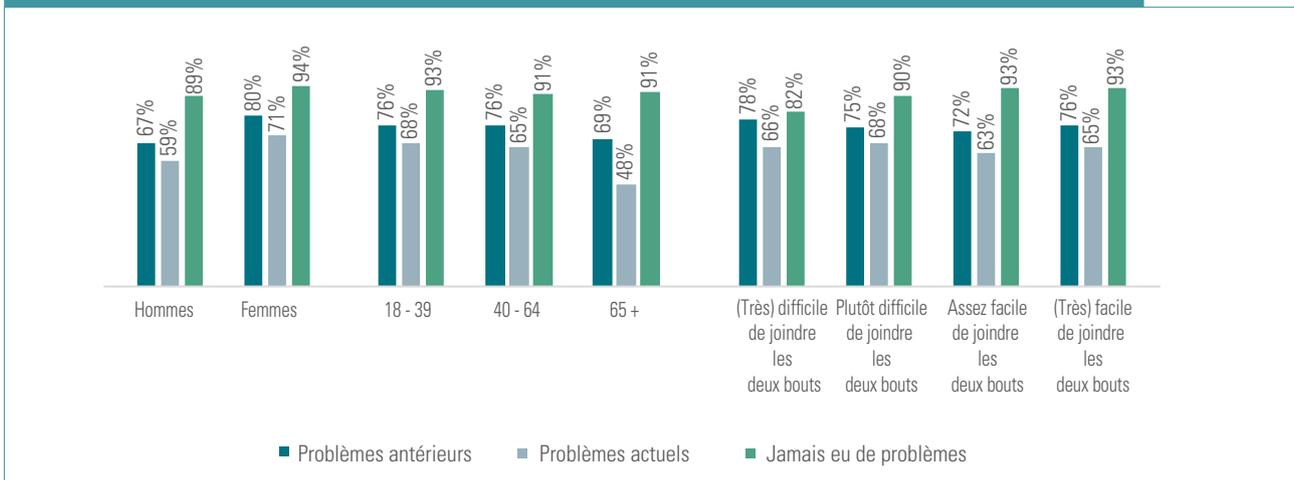
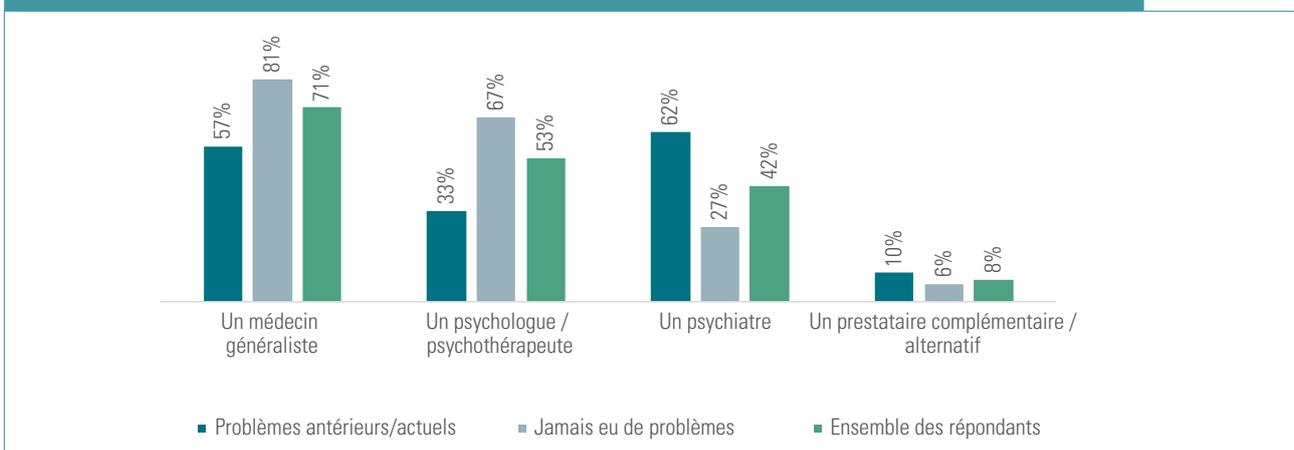


Figure 2 : Pourcentage de répondant-es à mentionner les différents types de professionnel-les lorsqu'ils affirment qu'ils ont cherché/chercheraient de l'aide professionnelle pour un problème psychologique (Source : Enquête de la MC, 2019)



vers leur généraliste, alors qu'elles sont 62% à se tourner vers le psychiatre (voir Figure 2). Inversement, les personnes qui estiment ne pas avoir de problème disent

qu'elles se tourneraient plus facilement vers leur généraliste (81%) et vers un psychologue (67%) que vers un psychiatre (27%).

4.1.3. Les soins remboursés en Belgique et leur utilisation générale

L'évolution du remboursement des soins psychologiques ambulatoires

Historiquement, les seuls soins psychologiques remboursés étaient les **consultations chez le psychiatre** (consultations et traitement psychothérapeutique). Progressivement, mais ce, seulement depuis 2019, les consultations de psychologie clinique entrent également dans le champ de l'assurance obligatoire (Mistiaen, Cornelis, Detollenaere, Devriese, & Ricour, 2019). Une grande partie des soins psychologiques ne sont aujourd'hui toujours pas couverts, bien que remboursés en partie par l'assurance complémentaire de la MC.

À partir de 2019, l'offre de soins psychologiques est progressivement renforcée dans l'ensemble du pays grâce à la réforme « **psychologie de première ligne** ». Dans le cadre de cette réforme, jusqu'à fin 2021, le remboursement des consultations avec des psychologues ou des orthopédagogues est permis sur prescription du médecin généraliste pour des problèmes dépressifs, anxieux, de consommation d'alcool ou de somnifères et de calmants, à raison de huit consultations par an. En 2022, les conditions d'accès changent et il n'est plus nécessaire d'obtenir la prescription des soins par un médecin généraliste ni d'avoir un problème faisant partie de la liste ci-dessus pour obtenir le remboursement. En outre, une nouvelle catégorie de soins est remboursée : les soins psychologiques spécialisés, qui s'adressent aux personnes nécessitant des soins plus spécifiques ou plus intenses en raison de problèmes psychiques plus importants (avec un maximum de 20 séances remboursées par an). L'objectif de cette réforme est de proposer des soins encore mieux adaptés à chaque situation, et de rendre les consultations accessibles tant au niveau des démarches qu'au niveau du prix. La prise en charge des soins psychologiques par l'assurance obligatoire soins de santé est une avancée majeure pour améliorer leur accessibilité financière. Toutefois, il serait nécessaire d'étudier si certains groupes vulnérables rencontrent malgré tout des difficultés d'accès financier avec la tarification en vigueur (les tickets modérateurs sont fixés à 11 euros pour les séances individuelles et 4 euros si le-la patient-e bénéficie de l'intervention majorée, ce qui représente un coût total de 220 ou 80 euros respectivement à charge du patient pour 20 séances).

En dehors des soins remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé, la MC rembourse également le suivi psychologique grâce à son assurance complémentaire : il s'agit de l'**avantage psychologie**. Les avantages et services offerts par l'assurance complémentaire, longtemps propres à chaque mutualité régionale, sont aujourd'hui uniformisés pour l'ensemble des mutualités flamandes et des mutualités francophones, avec des orientations différentes prises par les deux régions en la matière³. Alors que les membres de la MC francophones et germanophones peuvent bénéficier d'un remboursement de 15 euros par séance, avec un plafond de 240 euros par an et par personne, les membres néerlandophones, quant à eux, bénéficient d'un remboursement de 50% du montant de la consultation, avec un maximum de 10 euros par séance (pour les membres BIM, les séances sont remboursées à 75% avec un maximum de 15 euros), avec un maximum de 24 séances remboursées par vie.

3 Pour les mutualités néerlandophones, entre 2006 et 2017, l'avantage est exclusivement réservé aux jeunes et limité à 6 séances. C'est en 2018 que cet avantage est étendu aux adultes et en 2020 à 24 séances remboursées. Pour les mutualités francophones et germanophones, c'est à partir de 2017 que l'avantage est uniformisé dans toutes les mutualités à deux types de soins remboursés : les consultations en cabinet privé et les consultations au sein de structures collectives reconnues par la MC.

Selon les données de facturation de la MC, en 2021, 115.566 membres de la MC se sont rendus en consultation chez le (neuro)psychiatre, ce qui représente 3,1% de l'ensemble de nos membres. En moyenne, ces patient-es se sont rendu-es entre 4 et 5 fois chez le (neuro) psychiatre sur l'année. La même année, 13.479 membres ont bénéficié d'une consultation dans le cadre du trajet psychologie de première ligne, soit 0,4% de l'ensemble nos membres (également 4 à 5 consultations en moyenne par patient-e). Finalement, 71.997 membres ont bénéficié d'un remboursement de l'avantage psychologie de l'assurance complémentaire, soit 1,1% de l'ensemble de nos membres (6 consultations en moyenne par utilisateur-riche). Au total en 2021, 185.443 membres ont bénéficié d'un suivi ambulatoire en santé mentale, soit une prévalence de 4,9% d'utilisateur-rices au sein de notre population.

Comme on peut le voir à la Figure 3, l'utilisation de l'avantage psychologie (assurance complémentaire) évolue très fortement entre 2010 et 2021. Ainsi, on passe d'un volume total de 6.749 consultations remboursées en 2010 à 425.054 en 2021, soit près de 63 fois plus de séances remboursées. Étant donné que la part de marché de la MC n'est pas la même dans les grandes régions du pays, il est également nécessaire de mettre ces volumes en perspective du nombre de membres francophones et germanophones (MC) et néerlandophones (CM). Ainsi, en 2021, le pourcentage d'utilisateur-rices atteint 3,8% des membres francophones et germanophones (dont 3,5% qui consultent des psychologues reconnus et 0,3% qui consultent dans le cadre

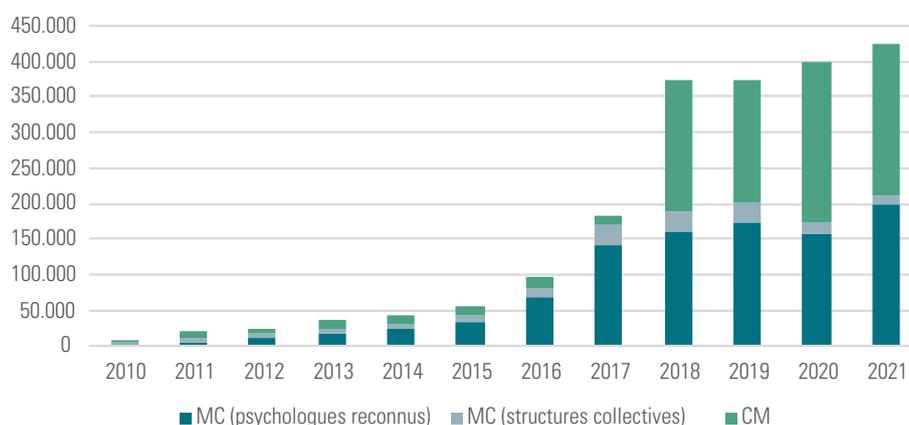
de structures collectives reconnues par la MC) pour 1,3% des membres néerlandophones.

4.1.4. L'utilisation des soins remboursés par type de public

Analysons maintenant plus en détail l'utilisation des soins psychologiques en fonction du statut BIM, du sexe, de l'âge et de la nationalité. En comparant chaque fois les résultats avec le pourcentage de membres de la MC dans ces mêmes catégories (voir Figure 4), nous pouvons d'une part évaluer s'il y a une utilisation adéquate des soins de santé par chaque groupe et d'autre part s'il y a des soins « privilégiés » par certains groupes, c'est-à-dire utilisés plus souvent que les autres.

Nous pouvons observer que, premièrement, lorsque le pourcentage d'utilisateur-rices au sein de la catégorie est inférieur au pourcentage de membres dans cette catégorie, cela signifie qu'il y a sous-représentation de cette catégorie de population parmi les utilisateur-rices et donc une **sous-utilisation des soins psychologiques**. Ainsi, on observe une faible utilisation des soins remboursés par l'assurance complémentaire chez les BIM, chez les hommes, chez les plus de 50 ans et chez tous les membres qui ne sont pas nés avec la nationalité belge. En revanche, on observe une plus forte utilisation des soins dispensés par le psychiatre chez les BIM, les 29-69 ans et les Belges d'origine étrangère. La sous-utilisation de tous les types de soins est particulièrement marquée chez les personnes de nationalité étrangère (hors Union européenne).

Figure 3 : Évolution annuelle du volume de consultations psychologiques remboursées par l'assurance complémentaire de la MC, 2010-2021 (Source : Données de la MC)



Si on observe une certaine sous-utilisation chez les hommes, cela ne veut pas pour autant dire que les femmes surconsument les soins. Nous l'avons vu, selon les données de Sciensano, 21% à 38% des femmes présenteraient des difficultés psychologiques (allant du mal-être à la pathologie mentale probable). Or, si on compare leur utilisation à celle des hommes, 6% des femmes membres de la MC bénéficient d'un suivi psychologique, tous soins confondus, contre 4% des hommes. Ce pourcentage d'utilisation reste très faible alors que jusqu'à 38% d'entre elles pourraient en avoir besoin.

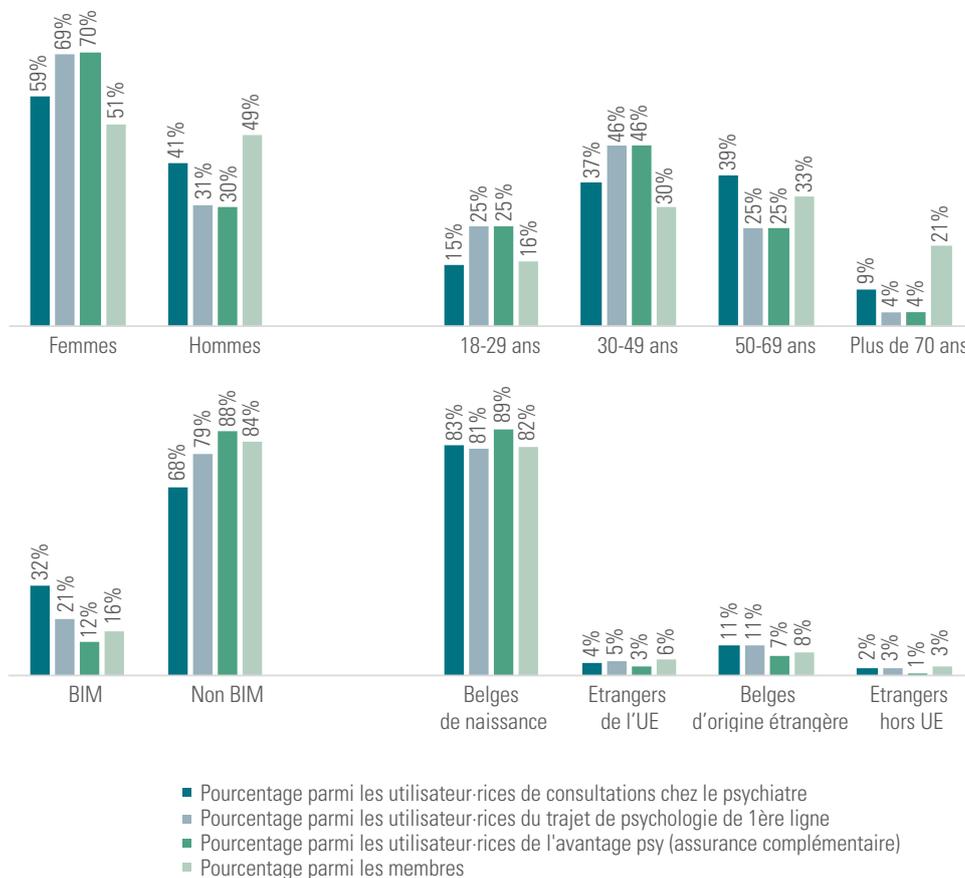
Deuxièmement, la Figure 4 nous permet d'observer, parmi les trois différents types de suivi, celui qui, en proportion, est davantage utilisé par chaque catégorie. Ces différences d'utilisation peuvent être liées à d'autres dimensions de l'accessibilité des soins :

- Ainsi, les femmes ont plus recours au suivi du psychologue qu'à celui du psychiatre (les utilisateur-rices de

l'avantage psychologie sont constitué-es de 70% de femmes pour 59% de femmes parmi les utilisateur-rices des soins chez le psychiatre).

- De la même manière, les bénéficiaires de l'intervention majorée utilisent davantage les soins dispensés par un psychiatre (ils représentent 32% des utilisateur-rices de ces soins alors que leur proportion est de 16% parmi les membres de la MC) ou un psychologue exerçant dans le cadre du trajet de première ligne (21% des utilisateur-rices), que l'avantage psychologie (12% des utilisateur-rices).
- Les personnes qui sont nées belges auront davantage tendance à consulter un psychologue dans le cadre de l'assurance complémentaire (ils représentent 89% des utilisateur-rices de ces soins), alors que les personnes de nationalité étrangère et les Belges d'origine étrangère sont en proportion plus nombreux à utiliser les soins psychologiques de première ligne.

Figure 4 : Pourcentage d'utilisateur-rices parmi les membres de la MC de 18 ans et plus en 2021, en fonction du sexe, du statut BIM, de l'âge et de la nationalité (Source : Données de la MC)



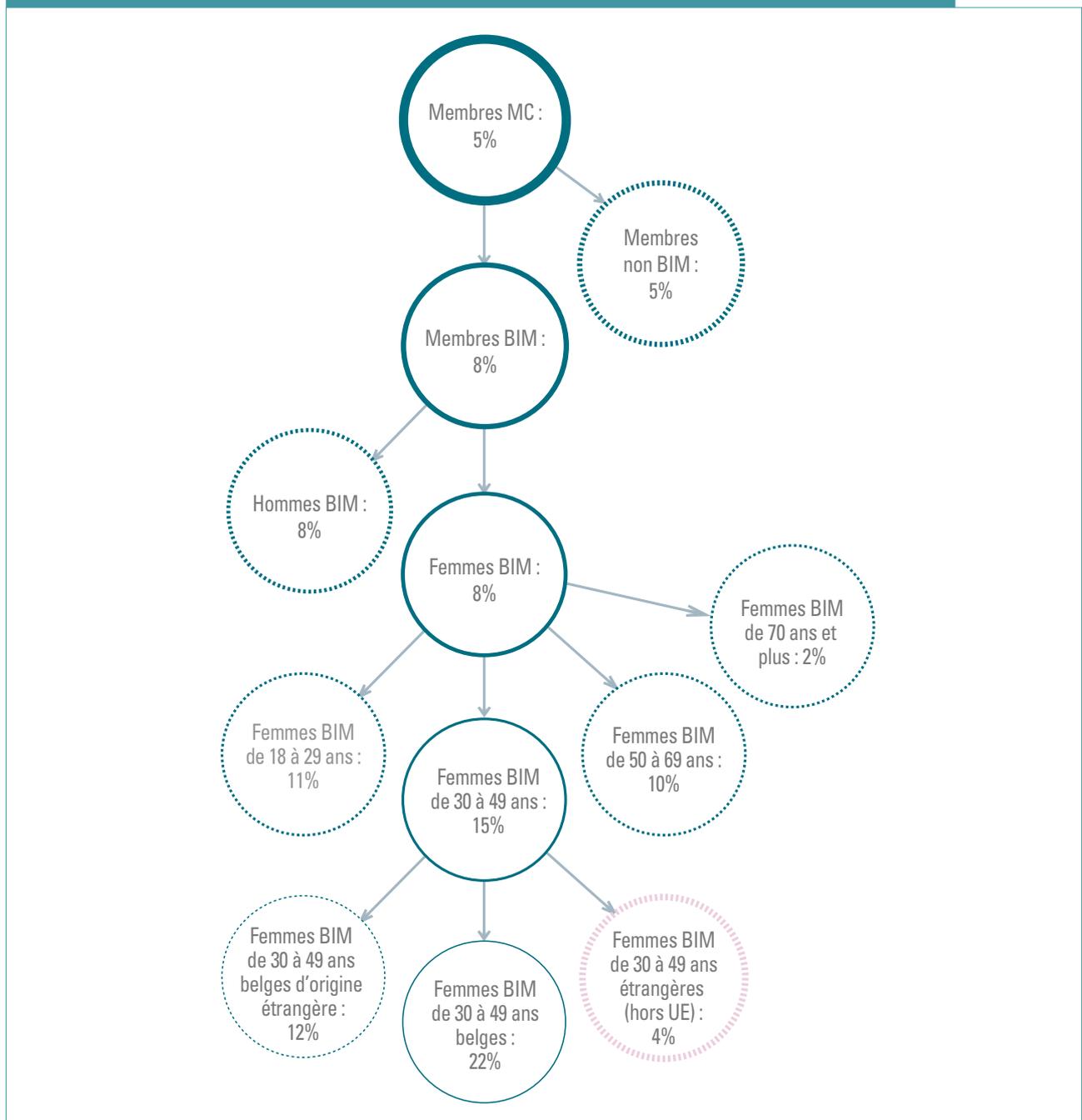
- En matière de catégories d'âge, le suivi du psychiatre est, en proportion, plus utilisé par les plus de 50 ans, alors que les 18-49 ans auront davantage tendance à se tourner vers des psychologues.

Caractère cumulatif des risques

La Figure 5 nous permet de montrer le caractère cumulatif des facteurs de risque. Ainsi, on peut voir que si les soins psychologiques (tous types de soins confondus, tant ceux remboursés par l'assurance obligatoire que complémentaire) sont utilisés par 5% des membres de

la MC, ce pourcentage augmente à 8% des membres de la MC bénéficiaires de l'intervention majorée. Ce pourcentage reste stable en fonction du sexe puisque 8% des femmes BIM bénéficient d'un suivi. Il augmente en revanche à 15% lorsque ces dernières se trouvent dans la tranche d'âge active des 30-49 ans. Parmi ces dernières, 22% de celles qui sont de nationalité belge de naissance bénéficient d'un suivi psychologique. En revanche, seuls 4% des femmes de 30-49 ans, qui ont le statut BIM et sont de nationalité étrangère (hors Union européenne) en bénéficient, contre 12% des femmes

Figure 5 : Pourcentage d'utilisateur-rices d'un suivi psychologique (tous soins confondus) parmi les membres de la MC en 2021 (Source : Données de la MC)



belges d'origine étrangère. La nationalité étrangère est une variable qui influence négativement le recours aux soins psychologiques.

Si les femmes utilisent davantage les soins, ce n'est donc pas le cas lorsqu'elles sont bénéficiaires de l'intervention majorée. En outre, si les membres BIM (des deux sexes) utilisent davantage les soins, ils le font dans une proportion qui ne représente pas leur propension à souffrir de problèmes de santé mentale, particulièrement lorsqu'ils n'ont pas la nationalité belge.

Pour conclure, nous voyons qu'il existe un écart entre l'utilisation des soins de santé mentale en fonction des différents groupes que nous avons identifiés. Or, alors que nous constatons que l'utilisation est moindre pour des groupes qui cumulent des caractéristiques pouvant donner lieu à de la discrimination (nationalité, sexe, âge, situation économique), nous devrions au contraire conclure que la prévalence de leurs problèmes de santé mentale est plus importante spécifiquement en raison de ces caractéristiques. Comment expliquer cet écart ? Quels sont les freins à l'usage adéquat des soins psychologiques et psychiatriques ambulatoires ? Et quels sont les facteurs qui expliquent les différences de cet écart pour les différents groupes (femmes, BIM, personnes étrangères) ? Pour répondre à ces questions nous analyserons l'accessibilité des soins de santé mentale à partir de ces quatre dimensions : sensibilité, acceptabilité, accessibilité financière et disponibilité.

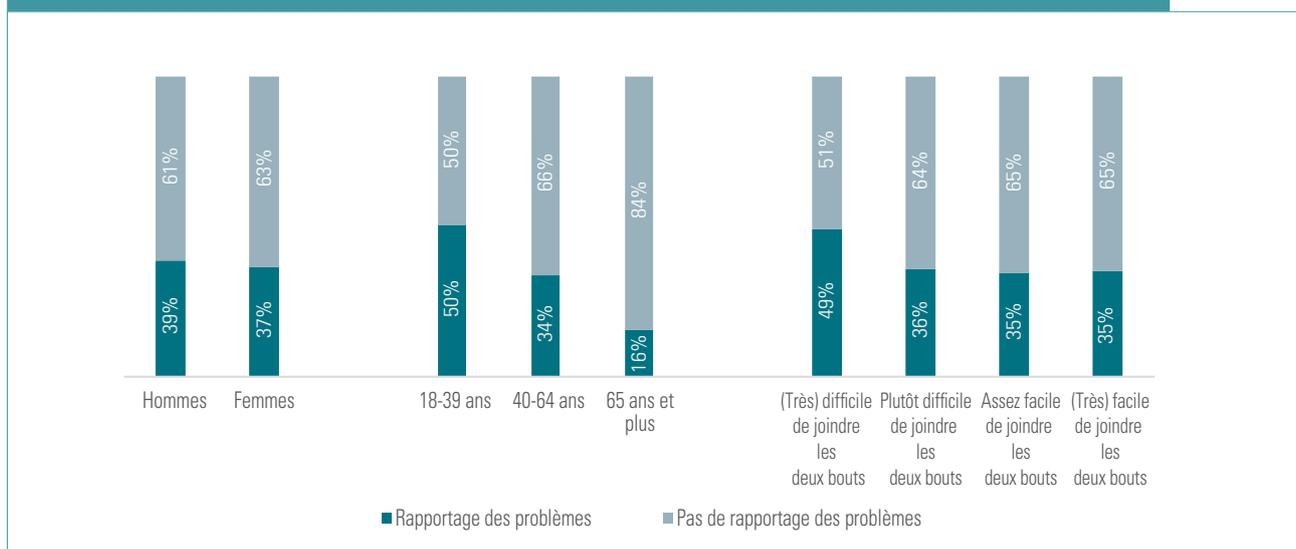
4.2. Les problèmes d'accès aux soins de santé mentale

4.2.1. Incapacité à identifier ses besoins en santé mentale (sensibilité)

Comme l'enquête de santé de Sciensano, l'enquête auprès des membres de la MC démontre que la fréquence des problèmes psychologiques est plus grande chez les femmes, les personnes actives et les personnes en difficulté financière. Mais est-ce que les personnes et notamment ces groupes à risque identifient le fait d'être confronté à un problème psychologique ? Dans tous ces sous-groupes, nous constatons que la proportion de sous-rapportage est systématiquement supérieure à la proportion de sur-rapportage. Le test de McNemar le confirme : la probabilité d'arriver à ce résultat par hasard, s'il y avait à peu près le même nombre de sous-rapportage et de sur-rapportage dans la réalité, est très faible (inférieure à 0,01% soit $p < 0,0001$).

- On observe un sous-rapportage significatif pour les deux sexes et légèrement plus élevé chez les femmes : parmi les femmes qui sont à risque de souffrir d'un problème de santé mentale, 63% n'en ont pas conscience, contre 61% des hommes (voir Figure 6).
- En matière de classes d'âge, lorsqu'ils sont à risque de souffrir de problèmes psychologiques, ce sont les plus jeunes (18-39 ans) qui rapportent plus leurs pro-

Figure 6 : Parmi les répondant-es qui ont des problèmes psychologiques mesurés à l'aide du CES-D 8, pourcentage de répondant-es qui déclarent ou ne déclarent pas avoir de problèmes psychologiques (Source : Enquête de la MC, 2019)



blèmes de santé (50%) alors que les plus de 65 ans sont seulement 16% à le faire.

- Chez les personnes qui déclarent avoir (beaucoup) de difficultés à joindre les deux bouts, la probabilité de souffrir de problèmes psychologiques est très élevée (72% d’entre elles contre 20% des personnes déclarant avoir (très) facile de joindre les deux bouts présentent des problèmes psychologiques selon l’échelle CES-D 8) et pourrait être directement attribuée à leur situation de précarité (qui est notamment source de stress). Il est donc primordial de s’attaquer au problème de la précarité et non uniquement à ses conséquences. Les personnes précarisées sont également les plus nombreuses à déclarer souffrir de problèmes psychologiques (38% d’entre-elles) par rapport aux autres groupes (20% du groupe le plus riche). Le sous-rapportage est toutefois très important dans ce groupe avec 51% des personnes ayant un risque avéré selon l’échelle CES-D 8 qui ne déclarent pourtant pas de problème (voir Figure 5).

L’incapacité à percevoir ses besoins en santé mentale est systématiquement identifiée dans le sous-rapportage des problèmes de santé mentale rapportés par les répondant-es. Les personnes interrogées, même quand elles vivent des épisodes de détresse psychique, ne

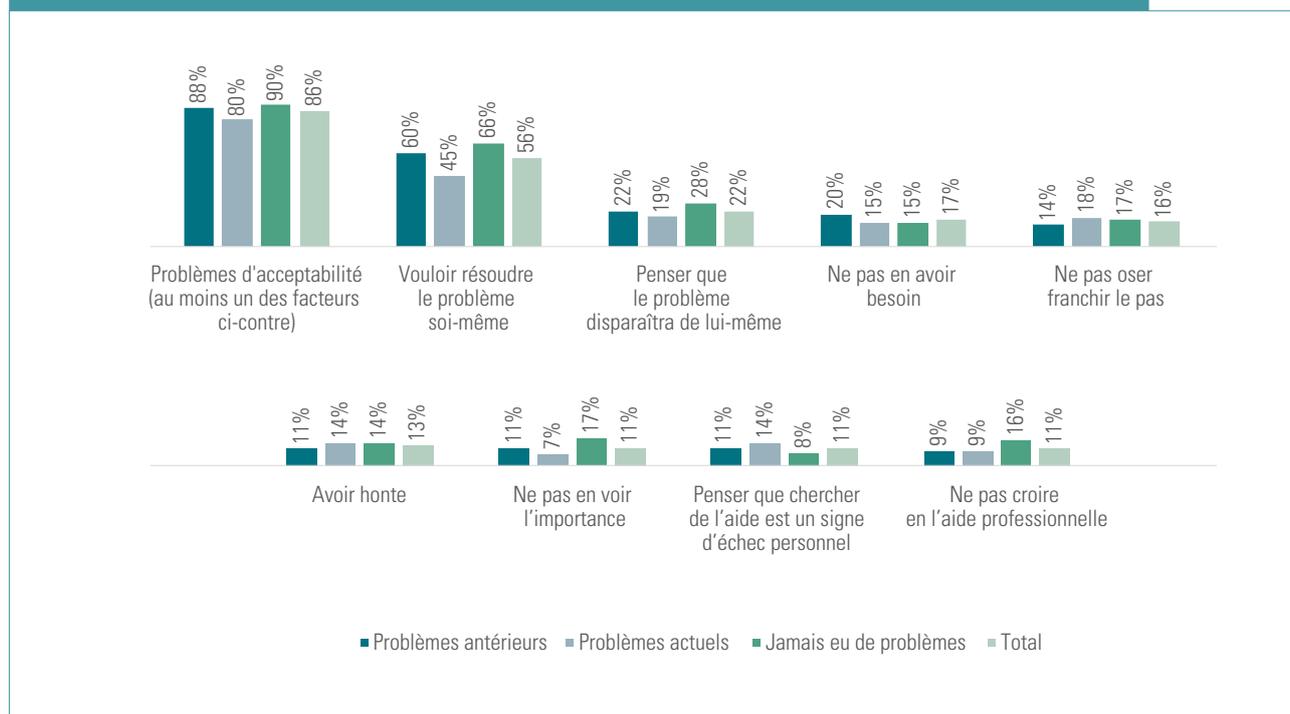
l’identifient pas comme un besoin clinique. Plusieurs variables accentuent cette tendance telles que l’âge des répondant-es, leur situation économique et le sexe.

4.2.2. Réticence à chercher des services (acceptabilité)

En matière d’acceptabilité, il est nécessaire que les services rencontrent un seuil minimum de qualité perçue requis pour que les patient-es acceptent de recourir aux soins de santé services. Parmi les raisons invoquées par les répondant-es à l’enquête MC pour ne pas avoir (eu) recours à l’aide professionnelle, les facteurs suivants se rapportent à l’acceptabilité : le fait de vouloir résoudre le problème soi-même (mentionné par 56% des répondant-es), de penser que le problème disparaîtra de lui-même (22%), le fait de ne pas oser franchir le pas (17%), de ne pas en avoir besoin (17%), d’avoir honte (13%), de penser que chercher de l’aide est un signe d’échec personnel (12%), de ne pas croire en l’aide professionnelle (11%) ou de ne pas en voir l’importance (11%). Dans l’ensemble, 86% des répondant-es qui ont exprimé ne pas chercher d’aide professionnelle mentionnent au moins un des facteurs repris ci-dessus (voir Figure 7).

Les observations en fonction du **sexe** sont les suivantes : les hommes sont plus nombreux à penser que

Figure 7 : Pourcentage de répondant-es de l’enquête MC ayant rencontré des problèmes d’acceptabilité, selon qu’ils déclarent ou non souffrir de problèmes psychologiques (Source : Enquête de la MC, 2019)



leurs problèmes disparaîtront d'eux-mêmes (25% d'entre eux contre 19% des femmes), à ne pas voir l'intérêt de l'aide psychologique, à vouloir régler leurs problèmes par eux-mêmes (58% d'entre eux contre 53% des femmes), à ne pas croire en l'aide psychologique (13% des hommes contre 8% des femmes) et à avoir honte d'y recourir (16% des hommes contre 8% des femmes). Les femmes expriment quant à elles en plus grande proportion qu'elles n'ont pas besoin d'aide professionnelle (19% d'entre elles contre 16% des hommes).

En matière d'âge, plus les répondant-es sont jeunes, plus ils disent avoir du mal à franchir le pas (24% des 18-39 ans contre 7% des plus de 65 ans), avoir honte d'avoir recours à une aide professionnelle (16% des 18-39 ans contre 6% des plus de 65 ans) et penser que le problème est un signe d'échec personnel (15% des 18-39 ans contre 9% des plus de 65 ans). Pour autant, les répondant-es de la catégorie la plus jeune croient davantage en la pertinence de l'aide professionnelle (seuls 6% des 18-39 ans ne croient pas en l'aide professionnelle contre 12% des plus de 65 ans).

En matière de niveau de **revenus**, on observe que les personnes qui n'éprouvent pas de difficultés financières ont davantage tendance à penser que le problème disparaîtra de lui-même (24% d'entre eux contre 10% de la classe la plus pauvre) ou à vouloir les résoudre eux-mêmes (63% contre 49%). Le fait de ne pas avoir besoin d'aide psychologique suit également une tendance intéressante : plus les personnes interrogées déclarent avoir facile à joindre les deux bouts, plus elles sont susceptibles de l'invoquer (25% d'entre elles contre 5% des personnes déclarant avoir (très) difficile de joindre les deux bouts). Étant donné que la prévalence des problèmes psychologiques graves est bien moins importante dans les groupes plus riches que dans les groupes les plus pauvres et que ces problèmes peuvent moins facilement mettre en danger le fonctionnement normal des individus, on peut donc plus facilement considérer le fait de ne pas estimer avoir besoin d'aide comme un seuil « positif ». Le fait de dire qu'on n'a pas de besoin peut également révéler que les personnes n'ont pas de problème et non qu'elles ne sont pas conscientes de leur problème.

On observe également que la honte semble être plus forte parmi le groupe le plus pauvre (17% d'entre eux), et surtout plus faible parmi le groupe le plus riche (8% d'entre eux). Ce dernier point pourrait être lié à une stigmatisation plus faible parmi les classes supérieures, car, par exemple, la plupart des psychologues pour-

raient appartenir également à ce groupe. En revanche, un fossé culturel peut-être ressenti par les personnes vulnérables qui ne pensent pas pouvoir être comprises par des prestataires n'ayant pas les mêmes caractéristiques socio-économiques qu'eux.

En outre, on observe que selon qu'ils déclarent avoir fait ou faire l'expérience de problèmes psychologiques ou non, les obstacles invoqués par les répondant-es diffèrent. Les répondant-es qui expriment n'avoir jamais fait l'expérience de problèmes psychologiques disent ainsi davantage qu'ils ne croient pas en l'aide professionnelle (16% d'entre eux contre 9% des personnes qui en ont fait/font l'expérience, voir Figure 6), qu'ils voudraient résoudre leurs problèmes eux-mêmes (66% d'entre eux contre 45% des personnes qui déclarent avoir (eu) des problèmes) et à penser que leurs problèmes disparaîtront d'eux-mêmes (28% contre 19%) ou à ne pas en voir l'importance (17% contre 7%). En revanche, les personnes qui souffrent actuellement de problèmes ont plus de difficultés à franchir le pas et pensent davantage que chercher de l'aide est un signe d'échec personnel. De manière générale, on remarque que les problèmes d'acceptabilité sont moins courants chez les répondant-es qui font l'expérience de problèmes.

4.2.3. Incapacité à payer les services (accessibilité financière)

Parmi les facteurs explicatifs du non-recours à l'aide professionnelle listés dans l'enquête de la MC, on retrouve le fait de s'inquiéter des coûts des soins (invoqué par 28% des répondant-es). C'est en la matière que les différences entre les groupes de répondant-es sont les plus fortes. Certains groupes sont ainsi plus nombreux à s'en soucier, dont les femmes (33% d'entre-elles contre 24% des hommes), les jeunes (34% des 18-39 ans contre 18% des plus de 65 ans) et les personnes qui éprouvent des difficultés financières.

Il va sans dire que la barrière financière est beaucoup plus forte pour les personnes qui ont le plus de mal à joindre les deux bouts. La proportion des répondant-es qui font partie du groupe le plus pauvre ((très) difficile de joindre les deux bouts) qui indique qu'elle s'inquiète des coûts de l'aide professionnelle est presque deux fois plus élevée (59%) que la proportion dans le groupe qui a plutôt difficile à joindre les deux bouts (33%). Pour les personnes qui ont (très) facile à joindre les deux bouts, l'obstacle est bien moindre puisque seulement

11% d'entre elles s'inquiètent des coûts de l'aide professionnelle. Cette inquiétude financière est également bien plus forte pour les personnes qui font l'expérience de problèmes psychologiques au moment de l'enquête (44% d'entre eux mentionnent cette difficulté, contre 15% des personnes qui disent n'avoir jamais eu de problèmes psychologiques).

Le coût moyen des soins

Nous l'avons vu, les soins remboursés par l'assurance obligatoire sont davantage utilisés par les publics plus pauvres (bénéficiaires de l'intervention majorée) et par les membres n'étant pas nés avec la nationalité belge par rapport aux soins remboursés par l'assurance complémentaire, qui le sont dans une moindre mesure. Mais qu'en est-il du coût réel à charge des patient-es en matière de soins psychologiques ?

L'honoraire et le ticket modérateur du **psychiatre** dépendent du type de prestation. Pour une consultation simple, l'honoraire est de 52,34 euros ou de 47,51 euros, en fonction du fait que le psychiatre soit accrédité ou non. Le ticket modérateur des patient-es est quant à lui le même : de 7 ou 12 euros, en fonction que le ou la patient-e ait été renvoyé par son médecin généraliste et de 1 ou 3 euros pour les patient-es BIM. Pour un suivi thé-

rapeutique, l'honoraire varie entre 83 euros (psychiatre accrédité) et 77,95 euros (psychiatre non accrédité), et le ticket modérateur est de 19,48 euros et de 7,79 euros pour les patient-es BIM. En 2021, l'honoraire moyen des psychiatres est ainsi de 70,40 euros (hors supplément) et le coût moyen à charge des membres de la MC varie entre 4 euros (BIM) et 14,70 euros (non BIM) pour les consultations classiques et 7,20 euros (BIM) et 19,40 euros (non BIM) pour les séances de psychothérapie (voir Tableau 3).

En examinant de plus près les coûts à charge du patient, on observe que le ticket modérateur moyen pour les bénéficiaires de l'intervention majorée est de 2,70 euros pour une consultation (voir Tableau 3). Cela signifie donc que peu de patient-es bénéficient de la réduction du ticket modérateur à 1 euro dans le cas où ils-elles bénéficieraient d'un renvoi de leur médecin généraliste. En outre, le supplément à charge des patient-es BIM est de 1,30 euro en moyenne par séance.

Le fait de devoir avancer les frais de santé remboursés influence également l'accès aux soins de santé. Le tiers payant facilite donc l'accessibilité financière car les patient-es pourraient ne pas être dans la capacité de déboursier la totalité de l'honoraire. Or, les psychiatres

Tableau 3 : Montants moyens remboursés et à charge des membres de la MC de 18 ans et plus par prestation en 2021, en fonction du statut BIM (Source : Données de la MC, 2021)

		Membre BIM				Membre non BIM			
		Ticket modérateur, en euros	Supplément, en euros	Montant à charge du-de la patient-e, en euros	Montant remboursé, en euros	Supplément, en euros	Supplément, en euros	Montant à charge du-de la patient-e, en euros	Montant remboursé, en euros
Psychiatre	Consultation	2,7	1,3	4,0	47,2	11,5	3,2	14,7	37,9
	Psychothérapie	5,9	1,3	7,2	71,8	16,1	3,3	19,4	60,9
Psychologie 1 ^{ère} ligne		2,8	/	2,8	45,0	7,4	/	7,4	37,9
Assurance complémentaire	Structures collectives			4,2	10,5			8,7	12,4
	Psychologue			35,7	15,2			42,7	13,3

peuvent décider de l'appliquer, mais n'ont pas l'obligation de le faire.

On constate qu'en 2021, l'honoraire moyen perçu par le psychologue est plus important lorsqu'il exerce en dehors du cadre de la réforme de **psychologie de première ligne** (45,70 euros pour les prestations de première ligne contre 54,30 euros pour les séances remboursées dans le cadre de l'assurance complémentaire). Entre 2019 et 2021, l'honoraire réglementaire des séances de première ligne est en effet de 60 euros pour une première séance de 60 minutes et de 45 euros pour les séances suivantes de 45 minutes. Pourtant, les démarches administratives pour les psychologues sont plus importantes, notamment parce que ces soins fonctionnent sur base du régime du tiers payant et qu'ils doivent ensuite demander le remboursement de l'assurance soins de santé. En 2022, les règles de remboursement de ces soins sont donc adaptées notamment afin d'inciter davantage de psychologues à se conventionner et l'honoraire est augmenté à 61,28 euros et à 77,10 euros pour les séances supplémentaires et le suivi spécialisé. Lors d'une séance, le-la patient-e ne paye que le ticket modérateur. Pour les membres MC, le coût à charge moyen par séance en 2021 est de 2,80 euros pour les BIM et de 7,40 euros pour les non-BIM (voir Tableau 3).

L'honoraire du **psychologue remboursé par l'assurance complémentaire**, n'est quant à lui, pas régulé, c'est pourquoi on observe que le montant à charge des patient-es est bien plus élevé pour ces soins. Les patient-es BIM déboursent ainsi en moyenne 50,90 euros pour une séance chez le psychologue, dont 15,20 euros leur seront ensuite remboursés (ce qui constitue une somme finale de 35,70 euros à charge du patient).

Lorsqu'on analyse les données de facturation pour les membres francophones et germanophones, on voit que les soins dispensés dans des structures collectives sont proportionnellement plus utilisés par les membres qui bénéficient de l'intervention majorée (statut BIM). En effet, en 2021, 32% des utilisateur-rices de soins psychologiques en structures collectives sont BIM, alors que seuls 14% des membres qui bénéficient d'un remboursement au sein d'un cabinet privé ont également

ce statut. Le montant à charge du-de la patient-e dans les structures collectives (4,20 euros en moyenne par consultation pour les BIM et 8,70 euros pour les non BIM) y est beaucoup moins élevé que chez les psychologues qui exercent en cabinet privé (30,70 euros en moyenne par consultation pour les BIM et 37,70 euros pour les non BIM). En effet, ces structures collectives, de type planning familial et service de santé mentale (SSM), ont pour objectif de permettre une plus grande accessibilité des soins aux publics défavorisés et pratiquent ainsi des tarifs préférentiels. En SSM, une consultation coûte maximum 11,71 euros, mais le coût de la prestation ne doit jamais faire obstacle à la consultation et le tarif peut être adapté (allant jusqu'à la gratuité) selon les situations et à certaines conditions⁴.

Les coûts moyens des consultations psychologiques et psychiatriques à charge des patient-es varient fortement en fonction du type de prestataire, de la structure dans le cadre de laquelle le soin est offert, du type d'acte presté (psychologie de première ligne, ou non) et du statut socioéconomique de la personne. Néanmoins, dès qu'on sort des prestations remboursées dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, ces coûts ont tendance à peser sur les patient-es indépendamment de leur statut. Ils sont par ailleurs particulièrement élevés (allant jusque plus de cinq fois de plus que le coût moyen en assurance obligatoire) dès qu'ils ne sont plus pris en charge par l'assurance obligatoire. Ce fait est particulièrement interpellant au vu du type des soins concerné : le suivi psychothérapeutique est par nature récurrent et peut s'étaler sur une longue période.

4.2.4. Incapacité à atteindre les services ou les patient-es (disponibilité)

Dans l'enquête de la MC, on retrouve également plusieurs facteurs explicatifs du non-recours à l'aide professionnelle qui peuvent être associés à la **non-disponibilité des soins en matière de demande**. En d'autres termes, il s'agit des situations où les patient-es n'ont pas la capacité d'atteindre les services et d'être disponibles pour s'y rendre : le fait de ne pas être familier avec l'aide professionnelle⁵ (invoqué par 18% des répondant-es), de ne pas savoir à qui s'adresser et où

4 Plus d'informations sur les tarifs en Wallonie sur covid.aviq.be/fr/trouver-du-soutien/services-de-sante-mentale et en Flandre sur www.centrageestelijkegezondheidszorg.be/kostprijs.

5 On entend par la familiarité ce qui est connu et donc rassurant. Il est en effet important que les gens connaissent l'offre de soins en santé mentale (pas seulement ce qui existe, mais aussi comment les soins fonctionnent) pour être rassurés et pouvoir faire le pas pour rechercher de l'aide.

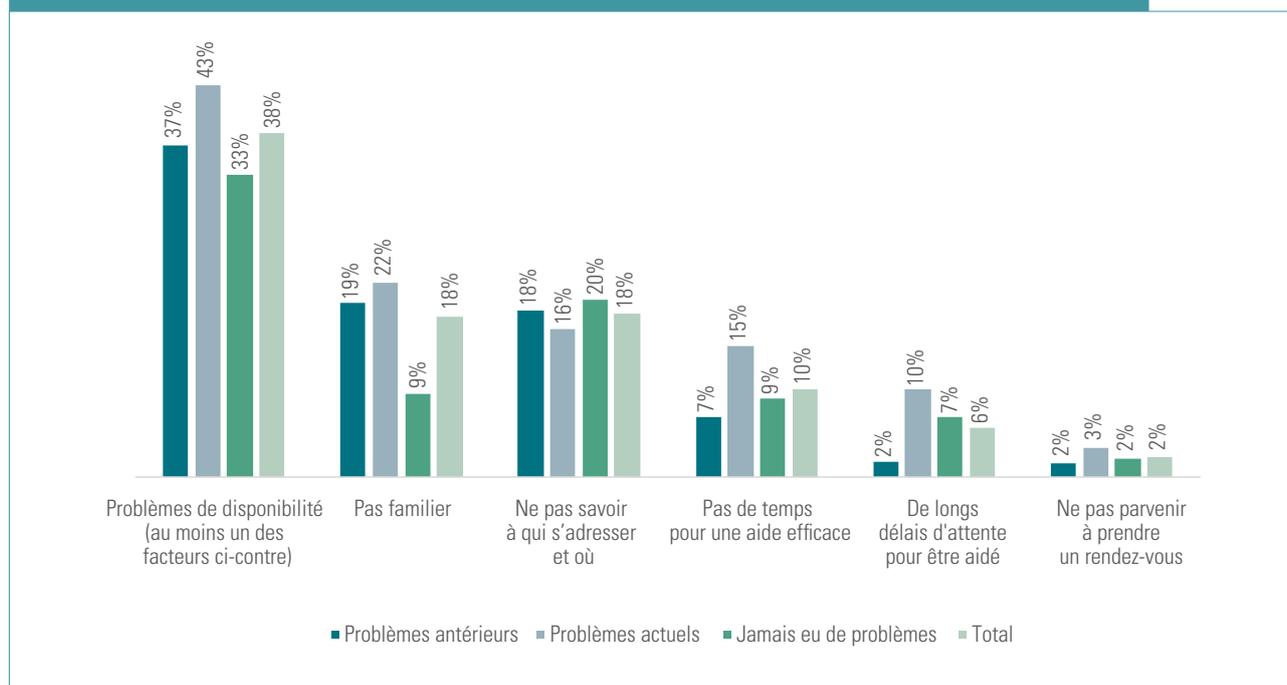
(18%), de ne pas avoir de temps pour une aide efficace (déplacements et temps de la consultation) (10%), de longs délais d'attente pour être aidé (6%) ou ne pas parvenir à prendre un rendez-vous (2%). Au total, 38% des répondant-es ont indiqué au moins un de ces facteurs pour expliquer leur non-recours à l'aide professionnelle (voir Figure 8).

- Lorsqu'on analyse ces résultats pour les principaux groupes, on observe que parmi les répondant-es, les femmes sont plus nombreuses à indiquer des difficultés en matière de disponibilité (40% d'entre elles contre 37% des hommes), particulièrement parce qu'elles ne parviennent pas à prendre de rendez-vous (4% d'entre elles contre 1% des hommes).
- En comparant l'âge de ceux qui ont indiqué et ceux qui n'ont pas indiqué certains obstacles, nous constatons que les participant-es plus jeunes déclarent plus fréquemment des difficultés pratiques, particulièrement en matière de temps disponible (15% de la tranche 18-39 ans invoque cette difficulté, alors que ce n'est le cas de 4% des plus de 65 ans).

- Les résultats pour l'obstacle de la prise de rendez-vous sont analogues à la problématique du temps disponible : le groupe qui a le plus de difficultés financières est le plus défavorisé (15% des répondant-es invoquent un manque de temps et 5% ne pas parvenir à prendre rendez-vous). La proportion à invoquer un problème de temps disponible est également relativement élevée parmi le groupe qui a le plus de facilité à joindre les deux bouts (14% d'entre eux), majoritairement des familles dont tous les membres travaillent à temps plein.

En outre, on observe que selon qu'ils déclarent avoir fait ou faire l'expérience de problèmes psychologiques ou non, les obstacles invoqués par les répondant-es diffèrent. Le plus gros frein pour les personnes qui disent faire actuellement l'expérience de problèmes psychologiques est ainsi qu'ils ne sont « pas familiers » avec l'aide professionnelle, c'est-à-dire qu'ils ne connaissent pas suffisamment l'offre de soins en santé mentale (voir Figure 8). En comparaison avec les personnes qui déclarent de n'avoir jamais eu de problèmes, ils sont également bien plus nombreux à faire l'expérience de longs délais d'attente ou à n'avoir pas suffisamment de temps à consacrer à l'aide.

Figure 8 : Pourcentage de répondant-es de l'enquête MC ayant rencontré des problèmes de disponibilité, selon qu'ils déclarent ou non souffrir de problèmes psychologiques (Source : Enquête de la MC, 2019)



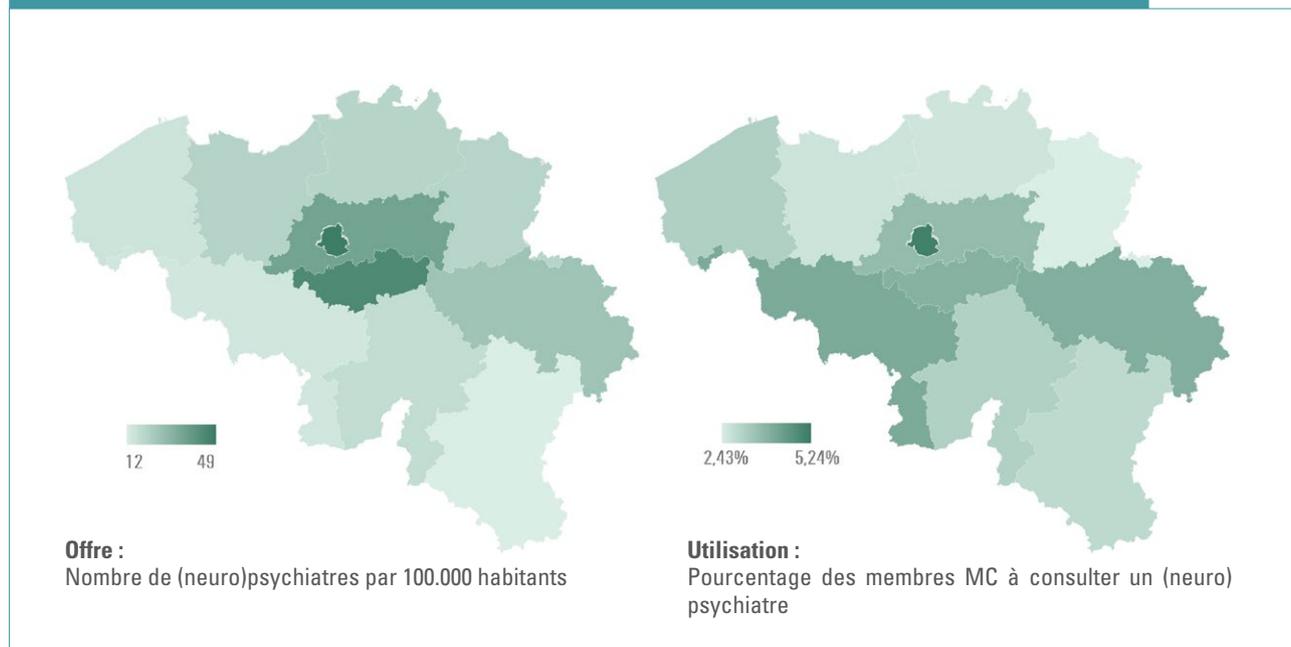
Pour mesurer la **disponibilité des soins de santé mentale du côté de l'offre**, il nous est possible d'observer si l'offre semble suffisante et accessible territorialement en cartographiant la répartition des prestataires sur le territoire, mais également en examinant l'utilisation des soins prodigués par ces derniers.

Parmi les prestataires qui reçoivent des patient-es en consultation pour un suivi psychothérapeutique, on retrouve des médecins spécialistes : les neuropsychiatres, les pédopsychiatres et psychiatres (y compris ceux qui sont en formation), les orthopédagogues et les psychologues cliniciens habilités à prester des séances de psychologie de première ligne ainsi que les psychothérapeutes reconnus par l'assurance complémentaire⁶. Pour l'ensemble du territoire belge, on comptabilise un total de 2.854 (neuro/pédo)psychiatres, de 1.423 psychologues/orthopédagogues cliniciens conventionnés dans le cadre du trajet de psychologie de première ligne et de 10.222 prestataires inscrits à la commission des psychologues. La répartition de ces prestataires sur le territoire belge n'est toutefois pas homogène en fonction de la population. Ainsi, on observe une beaucoup plus grande

concentration de (neuro/pédo)psychiatres à Bruxelles que dans les autres provinces du pays avec 49 (neuro) psychiatres pour 100.000 habitants (voir Figure 9). Dans le Brabant wallon et la province du Luxembourg, on en dénombre 44 et 12 pour 100.000 habitants respectivement. Il est toutefois nécessaire de traiter ces données avec une certaine prudence car nous ne disposons que d'une adresse par prestataire, et que le domicile de ce dernier peut différer de son lieu d'exercice. Il se peut donc que les prestataires résident dans le Brabant wallon et exercent dans une autre province du pays.

Les psychologues reconnus par la Commission des psychologues sont également inégalement répartis en fonction de la population : jusqu'à 212 psychologues pour 100.000 habitants dans le Brabant Wallon contre 59 dans les provinces de Limbourg et en Flandre-Occidentale. Les psychologues/orthopédagogues cliniciens conventionnés dans le cadre du trajet de psychologie de première ligne, quant à eux, sont bien moins nombreux avec un maxima de 28 prestataires pour 100.000 habitants dans le Brabant wallon et un minima de 11 à Anvers et dans le Hainaut (voir Figure 10).

Figure 9 : Le nombre de (neuro)psychiatres par 100.000 habitants et le pourcentage des membres de la MC qui utilisent leurs services par province (sources : Données de l'INAMI, 2022 et Données de la MC, 2021)



6 Cela signifie que le prestataire doit être inscrit à la Commission des psychologues et/ou être détenteur d'un visa et/ou d'un agrément délivré par le SPF Santé publique (pour tous les membres de la MC) et/ou exercer au sein d'une structure collective reconnue par la MC (pour les membres francophones et germanophones uniquement).

Tout d'abord, on observe donc que les prestataires qui prodiguent des soins remboursés dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, c'est-à-dire les (neuro)psychiatres et les psychologues de 1^{ère} ligne, sont bien moins nombreux que les psychologues qui exercent généralement dans le cadre de pratiques privées et dont les soins sont parfois couverts par l'assurance complémentaire. Ensuite, on voit qu'à besoins égaux, l'offre n'est pas également répartie et donc disponible territorialement. Or, les besoins ne sont pas lissés et diffèrent en fonction des caractéristiques de la population locale. Le risque encouru de souffrir de problèmes psychologiques en raison de la pauvreté est par exemple très différent en fonction des provinces, avec un risque bien plus élevé à Bruxelles où le revenu moyen est bien plus bas (source : revenus 2019, données StatBel 2021) et la proportion de bénéficiaires de l'intervention majorée atteint 32%, ainsi que dans le Hainaut et à Liège où elle est de 24%, en comparaison aux Brabants flamand et wallon où elle n'avoisine que les 11% (source : Atlas IMA données 2018).

Consultations chez le psychiatre

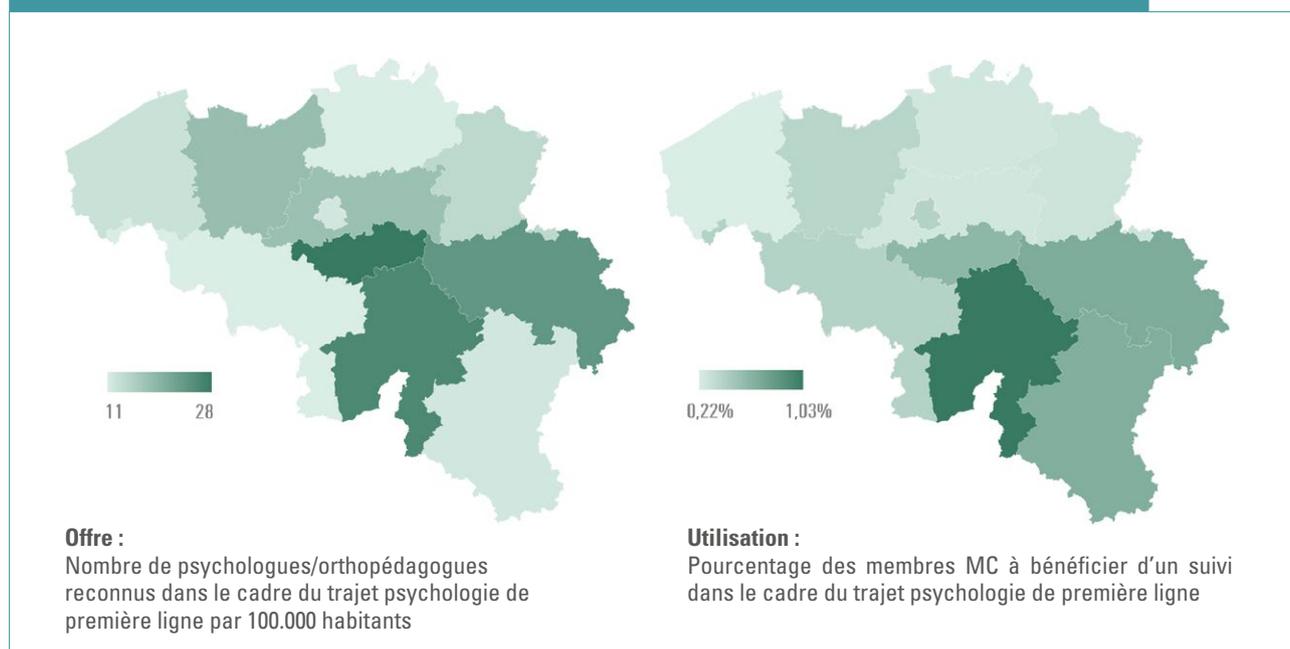
Le nombre de (neuro)psychiatres varie considérablement selon les provinces. On voit une grande utilisation des soins ambulatoires dispensés par les (neuro)psy-

chiatres à Bruxelles et dans les provinces des Brabants flamand et wallon, où l'offre est plus étendue avec respectivement 49, 44 et 36 prestataires pour 100.000 habitants contre 25 en moyenne au niveau national (voir Figure 9). On observe également une utilisation plus importante dans les provinces du Hainaut et de Liège, alors que le nombre de (neuro)psychiatres est relativement bas dans le Hainaut (15 prestataires pour 100.000 habitants) et moyen à Liège (26 prestataires pour 100.000 habitants). Cette consommation plus importante pourrait donc témoigner des besoins plus importants de la population de ces provinces, qui s'avèrent être les deux provinces de Belgique où le revenu moyen est le plus bas (source : revenus 2019, données StatBel 2021).

Trajet psychologie de première ligne

Étant donné que les soins psychologiques qui s'inscrivent dans le cadre du « trajet psychologique de première ligne » sont des soins nouvellement remboursés, il est normal que le nombre de prestataires conventionnés ainsi que l'utilisation des soins soient encore faibles. En effet, lorsque des réformes sont mises en œuvre, cela demande du temps pour que l'offre soit connue du grand public et que l'offre s'adapte à l'accroissement de la demande rendue solvable. Toutefois, il nous semble particulièrement important d'en faire

Figure 10 : Le nombre de psychologues et d'orthopédagogues reconnus dans le cadre du trajet de psychologie de première ligne par 100.000 habitants et le pourcentage des membres de la MC qui utilisent leurs services par province (Source : Données de l'INAMI, 2022 et Données de la MC, 2021)



un premier état des lieux, afin de pouvoir notamment ré-évaluer l'utilisation et le volume de l'offre dans le futur. Si l'utilisation ne nous permet pas de faire d'hypothèses concernant les besoins, la Figure 10 semble suggérer que l'utilisation dépend de l'offre de prestataires. Ainsi, c'est dans la province de Namur que l'utilisation est la plus élevée (1,03% d'utilisateur-rices parmi les membres de la MC) où l'offre est également élevée, à l'échelle de la distribution sur le territoire (26 prestataires par 100.000 habitants). Au contraire, à Anvers, où l'offre est très faible (11 prestataires par 100.000 habitants), la consommation l'est aussi (seulement 0,27% d'utilisateur-rices parmi les membres de la MC). Il serait utile d'investiguer les délais d'attente et l'intensité de l'activité des professionnel-les pour mieux comprendre le lien entre l'utilisation et la densité des professionnel-les par province.

En outre, lorsque nous avons analysé l'utilisation des soins, nous avons vu que le suivi du psychiatre est davantage utilisé par les personnes plus âgées, alors que les jeunes auront davantage tendance à se tourner vers des psychologues. Cela est partiellement lié à la disponibilité de l'offre : le remboursement pour les jeunes fait l'objet de mesures spécifiques en matière d'assurance complémentaire et de psychologie de première ligne.

Nous constatons que les soins sont inégalement répartis en fonction de la population. L'offre en assurance obligatoire est généralement restreinte avec près de quatre fois moins de psychiatres que de psychologues, et parmi ces derniers, seul un sur dix qui est conventionné dans le cadre du trajet psychologie de première ligne. Par ailleurs, en ce qui concerne l'incapacité à atteindre l'offre, beaucoup de facteurs se situent en dehors du système de soins (notamment le temps disponible pour faire un suivi, mais aussi l'inconnaitance de l'offre).

5. Conclusion et recommandations

L'enquête de Sciensano de 2018 permet de confirmer des constats quant aux besoins de soins : les femmes, les personnes actives et les personnes pauvres ont plus fréquemment des problèmes de santé mentale (qu'il s'agisse de détresse psychique ou de pathologies de santé mentale). Ces constats, déjà identifiés dans la littérature (voir l'article de Sholokhova dans ce même numéro) sont également confirmés par l'enquête de la MC

de 2019. Nous l'avons vu, ces groupes à risque de souffrir de problèmes psychologiques utilisent davantage les soins de santé mentale ambulatoires, pourtant, ils ne le font pas dans une mesure qui reflète leur potentiel besoin par rapport aux autres groupes de la population et cela parce qu'ils rencontrent des difficultés qui leur sont propres dans les quatre dimensions de l'accessibilité.

Pour les femmes, les discriminations dont elles sont victimes peuvent sans doute apporter un éclairage particulier par rapport aux difficultés auxquelles elles sont confrontées. Les multiples responsabilités qu'elles doivent assumer pèsent parfois lourdement sur leur quotidien représentant une charge mentale non négligeable. Pourtant, lorsqu'il est identifié que les femmes sont à risque de souffrir de problèmes psychologiques, elles sont en proportion moins nombreuses que les hommes à identifier et à rapporter leurs problèmes. Lorsqu'elles le font, elles sont toutefois plus enclines que les hommes à suivre une psychothérapie ou à envisager une aide professionnelle. Lorsqu'elles n'envisagent pas cette aide, c'est toutefois pour des raisons différentes des hommes : les freins pratiques (principalement financiers, mais aussi pour parvenir à prendre un rendez-vous) sont en effet mis davantage en avant par les femmes, au contraire des hommes qui ont plus tendance à se montrer sceptiques envers l'utilité d'une telle aide.

Le facteur qui a le plus d'influence sur le risque de souffrir d'un problème de santé mentale est sans aucun doute la pauvreté. Or, nous l'avons vu, dans le cas d'une dépression, les personnes qui ont des difficultés financières ont davantage recours aux médicaments et dans une moindre mesure au suivi psychothérapeutique. En outre, lorsque ces personnes n'ont pas de problème de santé mentale, elles envisagent moins d'avoir recours à une aide professionnelle. En termes d'identification des problèmes, on observe un haut taux de sous-rapportage dans ce groupe. En termes d'acceptabilité des soins, bien que par rapport aux groupes plus aisés, elles ne semblent pas penser que leurs problèmes vont se résoudre d'eux-mêmes et sont conscientes de leur besoin, elles ont davantage de honte de demander de l'aide. En proportion, les bénéficiaires de l'intervention majorée utilisent plus le suivi dispensé par le psychiatre que les autres types de soins. Il semblerait que cette utilisation soit guidée par leur accessibilité financière, mais elle pourrait également l'être par la gravité de leurs problèmes. Sans surprise, les principaux freins à

l'accès aux soins de ce groupe sont liés à l'aspect financier : bien que les contributions personnelles pour avoir accès aux soins psychologiques soient réduites pour ce groupe, elles n'en restent pas moins élevées, particulièrement en ce qui concerne les psychologues qui exercent dans le cadre privé. Les soins remboursés par l'assurance complémentaire sont ainsi plus de cinq fois plus chers que les soins remboursés par l'assurance obligatoire et restent largement inaccessibles financièrement. En termes de disponibilité de l'offre de soins, on observe que ce n'est pas dans les zones les plus pauvres (et où l'utilisation est proportionnellement plus haute) que les prestataires sont les plus nombreux. Il y aurait donc lieu d'investiguer les délais d'attente et l'intensité de l'activité des professionnel·les pour mieux comprendre le lien entre l'utilisation et la densité des professionnel·les par province.

Il est également important de considérer le caractère cumulatif de ces risques : en combinaison, ces facteurs renforcent non seulement le risque de souffrir de problèmes de santé mentale, mais aussi les problèmes d'accès. Ainsi, nous avons pu observer que les femmes, lorsqu'elles sont bénéficiaires de l'intervention majorée et qu'elles sont étrangères (hors Union européenne), ont largement moins recours aux soins que les femmes belges (d'origine étrangère ou non). Bien qu'il ne soit pas possible de mesurer son impact dans toutes les dimensions en raison de l'absence de données en la matière (notamment dans l'enquête de santé de Sciensano de 2018, mais aussi dans l'enquête de la MC de 2019), la nationalité apparaît comme un facteur influençant l'accès. Or, une série d'hypothèses peuvent être posées concernant l'acceptabilité des soins psychologiques pour les personnes d'origine étrangère – qui pourrait être moindre en raison de la distance culturelle, de la compréhension du·de la patient·e, de l'éducation et des problèmes rencontrés qui pourraient ne pas être compris par les professionnel·les – mais aussi concernant les difficultés financières qui peuvent être encore plus importantes dans cette population et également en matière de disponibilité – notamment le fait de ne pas pouvoir trouver un prestataire qui maîtrise la langue maternelle du·de la patient·e. Il est donc nécessaire d'avoir une attention poussée sur la question dans nos études futures.

Nous faisons l'hypothèse que si les besoins de soins des personnes vulnérables sont plus importants, leur utilisation de soins devrait l'être tout autant. Or, nous le voyons, les facteurs de risque (sexe, pauvreté, nationa-

lité), sont autant de causes de freins à l'accès aux soins psychologiques. Il est donc primordial d'envisager des mesures proportionnées pour le faciliter et de mettre en place une politique intégrée pour avoir des résultats similaires dans tous les publics. Ces freins cumulatifs rendent certains groupes extrêmement vulnérables et l'offre en place ne suffit pas à atteindre ces groupes défavorisés, pour lesquels les problèmes de santé mentale peuvent dégrader tous les autres aspects de la vie. Cette étude a tenté de montrer qu'il est possible de produire de la connaissance sur le domaine de la santé mentale, en ce compris sur les grandes inégalités de santé qui touchent ce secteur, à condition qu'une volonté politique veuille s'y attaquer.

En matière de sensibilité, nous disposons actuellement de données sur la demande via les études de santé, mais nous ne connaissons rien sur la manière dont les médecins et les autres prestataires de santé identifient les besoins. Il est donc nécessaire de développer des outils de monitoring pour les personnes qui démarrent un suivi et d'augmenter la proportion de tickets modérateurs réduits en formant les médecins à la redirection vers les psychiatres ainsi que vers les psychologues de première ligne.

En ce qui concerne l'acceptabilité des soins de santé mentale pour les patient·es, il est nécessaire d'étudier davantage les groupes qui n'atteignent pas les mêmes résultats en termes de gain en santé (universalisme proportionné) et de réduire la stigmatisation des soins psychologiques et psychiatriques qui reste importante.

L'offre de soins doit également être rendue davantage disponible pour les patient·es, via une meilleure répartition géographique des prestataires, pour veiller à ce que les soins soient atteignables pour tous, à une distance raisonnable et indépendamment du moyen de transport disponible pour s'y rendre.

Enfin, l'accessibilité financière des soins psychologiques doit être renforcée en abaissant le coût à charge des patient·es. La réforme de psychologie de première ligne est une belle avancée en la matière, il est donc nécessaire de travailler à augmenter cette offre et de l'évaluer. Nous l'avons vu, les soins remboursés par l'assurance complémentaire sont largement utilisés par les membres de la MC. Il existe bel et bien un besoin en la matière, mais le remboursement de ces soins pourrait être revu pour qu'ils soient accessibles à tous, indépendamment des moyens financiers.

Bibliographie

Briggs, R., Carey, D., O'Halloran, A., Kenny, R., & Kennelly, S. (2018). Validation of the 8-item Centre for Epidemiological Studies Depression Scale in a cohort of community-dwelling older people: data from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *European Geriatric Medicine, 9*, 121-126.

Cès, S. (2021). L'accès aux soins de santé, définition et enjeux. *MC-Informations, 286*, 4-22.

Gisle, L., Drieskens, S., Demarest, S., & Van der Heyden, J. (2020). *Santé mentale. Enquête de santé 2018*. Bruxelles: Sciensano.

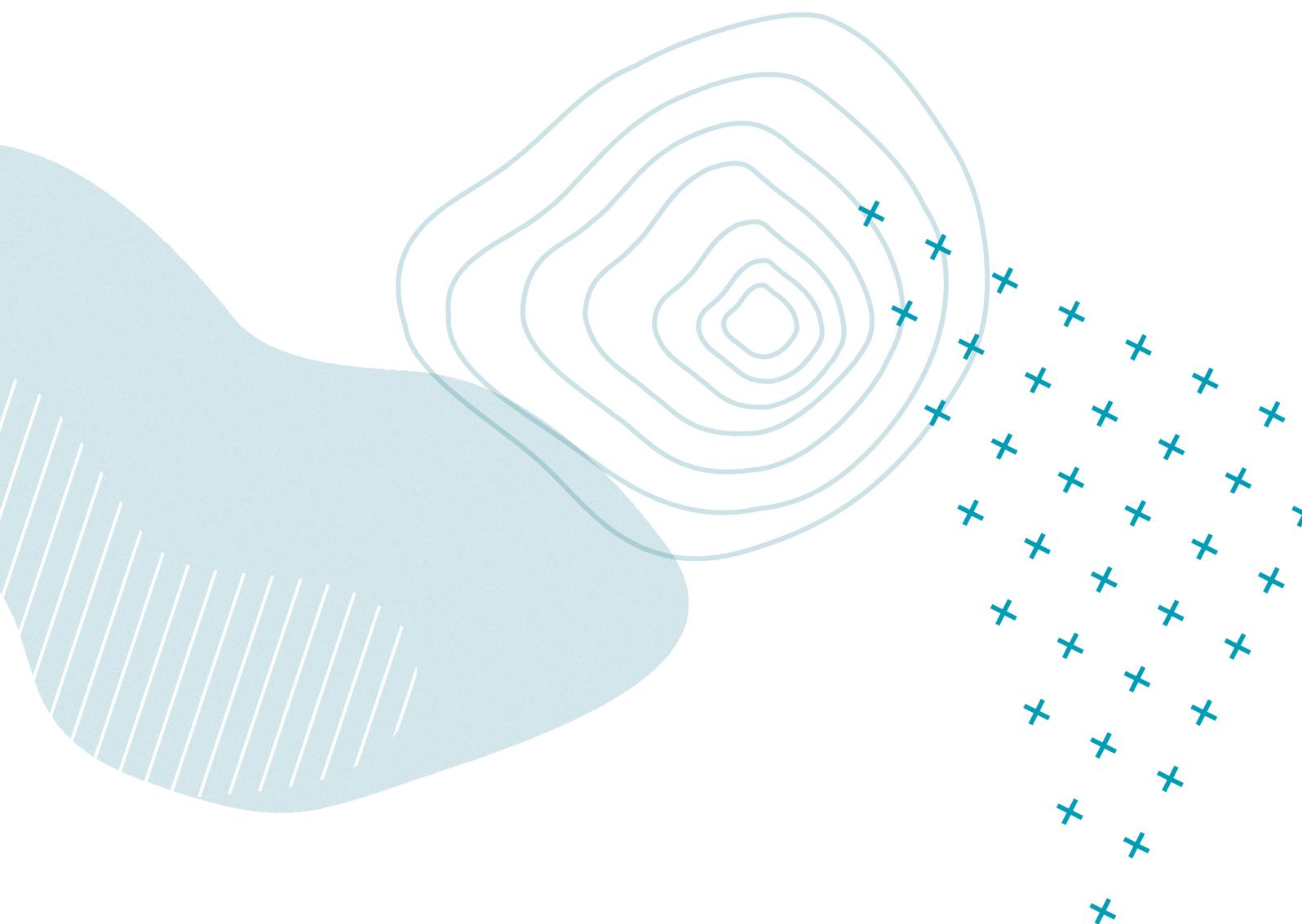
Maes, R. (2021). La spirale de la désaffiliation. *La Revue nouvelle, 6*, 2-5.

Missinne, S., Vandeviver, C., Van de Velde, S., & Bracke, P. (2014). Measurement equivalence of the CES-D 8 depression-scale among the ageing population in eleven European countries. *Social Science Research, 46*, 38-47.

Mistiaen, P., Cornelis, J., Detollenaere, J., Devriese, S., & Ricour, C. (2019). *Organisation des soins de santé mentale pour les adultes en Belgique*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.

Van de Velde, S., Levecque, K., & Bracke, P. (2009). Measurement equivalence of the CES-D 8 in the general population in Belgium: a gender perspective. *Archives of Public Health, 67*(1), 15-29.

Verniest, R., Luybaert, C., & Bracke, P. (2020). Comment ça va ? Enquête auprès des membres de la MC sur la prévalence de la souffrance mentale et la recherche d'aide. *MC-Informations, 280*, 19-31.



L'impact de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale des enfants et des adolescent·es en Belgique

Une enquête qualitative auprès des professionnel·les sur les besoins, les obstacles et les solutions en matière de santé mentale

Ann Morissens, Rebekka Verniest, Clara Noirhomme et Svetlana Sholokhova — Service d'études
Avec nos sincères remerciements aux professionnel·les pour leurs précieuses contributions

Résumé

La pandémie de COVID-19 et les mesures restrictives associées ont eu un impact majeur sur notre société. Une attention particulière a été accordée aux conséquences sur la santé mentale, en particulier celle des enfants et des adolescent·es. Les signaux qui ont émergé à ce sujet étaient souvent alarmants.

Sur la base des résultats de notre précédente étude quantitative sur l'impact de la pandémie de COVID-19 sur l'utilisation des soins de santé mentale par les enfants et les adolescent·es, nous avons déjà des indications de détérioration de la santé mentale (Sholokhova, Noirhomme, Morissens, & Verniest, 2021). Afin de mieux comprendre la réalité qui se cache derrière ces chiffres, nous avons également lancé une étude qualitative. Nous avons interrogé des profils très diversifiés de personnes qui travaillent quotidiennement avec des enfants et des adolescent·es, que ce soit dans le domaine des soins, de l'éducation ou du secteur social.

Les professionnel·les interrogé·es ont confirmé que la santé mentale de nombreux enfants et adolescent·es s'est détériorée pendant la pandémie. Ils ont également souligné les différences majeures en fonction du stade de développement dans lequel se trouvent les enfants et les adolescent·es. L'environnement dans lequel ils grandissent est également déterminant. Il est clair que les enfants et les adolescent·es qui grandissent dans des environnements défavorisés sont généralement plus durement touchés. Plusieurs participant·es à cette étude ont également mentionné spécifiquement l'impact de la fermeture des écoles, car l'environne-

ment scolaire joue un rôle important dans le développement des jeunes et peut être un facteur de protection pour le bien-être mental.

En outre, les entretiens ont également révélé la grande créativité et flexibilité du terrain pour apporter une réponse à la demande de soins existante et nouvelle, tout en tenant compte des mesures restrictives. Afin de ne pas perdre le contact avec les enfants et les adolescent·es et de pouvoir continuer à les soutenir autant que possible, de nombreuses méthodes innovantes ont été utilisées, telles que la téléconsultation. Bien que ces méthodes aient des avantages et aient prouvé leur valeur ajoutée, les participant·es ont également mentionné certaines limites importantes lors de leur utilisation.

Sur la base des signaux du terrain, nous avons formulé quelques recommandations pour mieux soutenir et protéger les enfants et les adolescent·es à l'avenir. Nous sommes pleinement engagés en faveur de soins plus rapides, plus accessibles et plus abordables, de la prévention et de la promotion de la santé mentale et de la recherche d'un outil de suivi. Pour y parvenir, la collaboration et la concertation sont nécessaires, tant entre le gouvernement et le monde professionnel qu'entre les différent·es acteur·rices du terrain.

Mots-clés : Santé mentale, enfants et adolescent·es, demande de soins, offre de soins, école, téléconsultations, prévention et promotion de la santé, COVID-19, recherche qualitative

1. Introduction

La pandémie de COVID-19 qui a frappé le monde en mars 2020 a eu un impact majeur sur notre société et notre vie quotidienne. Les enfants et les adolescent-es n'ont pas été épargnés par les mesures prises en Belgique, bien que le virus ne mettait pas réellement leur vie en danger. Lors du premier confinement, les écoles ont été fermées pendant un certain temps pour laisser place à l'enseignement à distance. Les contacts avec les camarades pendant le temps libre et la pratique de hobbies étaient presque impossibles. Ces restrictions ont donc entraîné des préoccupations croissantes concernant la santé mentale des enfants et des adolescent-es, notamment chez ceux ou celles qui présentaient déjà des symptômes ou chez les enfants et les adolescent-es issus-es de familles dont la situation socio-économique est plus fragile. Ce dernier groupe peut avoir été confronté à un certain nombre de facteurs de stress supplémentaires, tels que le manque d'espace extérieur, le stress financier des parents, l'accès limité à l'ordinateur et à l'internet, et le manque d'un endroit calme pour faire ses devoirs. Pour le groupe d'enfants et d'adolescent-es suivant un trajet de soins de santé mentale, l'accès à l'aide psychologique était limité en raison des règles strictes de distanciation. Mais même après le confinement du printemps 2020, plusieurs mesures qui peuvent avoir un impact sur le bien-être ou le développement social des enfants et des adolescent-es sont restées en place. Ainsi, l'enseignement à distance est resté la norme pour de nombreux élèves du secondaire pendant de plus longues périodes en 2020-2021.

Maintenant que la pandémie de COVID-19 s'est (quelque peu) calmée, il est nécessaire de faire le point sur l'impact de la pandémie et des mesures sur la santé mentale des enfants et des adolescent-es et sur la manière dont les prestataires de soins de santé y ont fait face.

Comme pour le concept de « santé », il est également important d'utiliser une définition large de la « santé mentale ». Ainsi, dans le domaine de la santé mentale également, l'attention ne peut se concentrer uniquement sur la présence ou l'absence de troubles mentaux ou de plaintes, mais il faut également examiner dans quelle mesure une personne « fonctionne bien dans un sens positif » (Vlaams Instituut Gezond Leven), comment elle se sent par rapport aux autres et à elle-même. Il s'agit de se sentir capable d'utiliser ses capacités et ses aptitudes et de faire face aux événements stressants mais aussi

de pouvoir « s'occuper utilement et développer et entretenir des relations positives avec les personnes qui les entourent » (Vlaams Instituut Gezond Leven). Ces différents éléments sont également repris par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans sa définition de la santé mentale : « La santé mentale correspond à un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté » (Organisation mondiale de la Santé, 2003).

Déjà avant l'arrivée du COVID-19, il y avait des indications que de nombreux enfants et adolescent-es souffraient de problèmes de santé mentale, et ce de manière croissante. Selon l'OMS, la prévalence des problèmes de santé mentale chez les enfants et les adolescent-es dans le monde est d'environ 20% (Nastasi & Borja, 2016). En matière de santé mentale, les enfants et les adolescent-es méritent une attention particulière. Ils sont en effet extrêmement vulnérables et les facteurs de risque qu'ils rencontrent à un âge précoce déterminent souvent leur développement ultérieur et leur parcours de vie. L'âge médian du développement d'un problème de santé mentale est de 18 ans. Une étude de la littérature montre qu'un jeune sur trois développe un problème de santé mentale avant l'âge de 14 ans. Lorsqu'on considère l'ensemble du groupe des moins de 18 ans, ce chiffre monte jusqu'à 48%. Ces pourcentages varient toutefois en fonction du type de trouble (Solmi, Radua, & Olivola, 2021).

L'enquête de santé de Sciensano de 2018 montre qu'en Belgique 30% des enfants âgés de 2 à 18 ans présentent un ou plusieurs problèmes psychologiques (Gisle, Drieskens, Demarest, & Van der Heyden, 2020). L'étude *Health Behaviour of School Age Children* a également constaté en 2018 une augmentation des problèmes mentaux chez les jeunes en Flandre et notamment que les sautes d'humeur, la nervosité et les problèmes de sommeil augmentaient (Dierckens, Delaruelle, & Deforche, 2021). La crise du COVID-19 a exacerbé davantage ces problèmes (Fegert, Vitiello, Plener, & Clemens, 2020). Dans le même temps, la santé mentale des enfants et des adolescent-es a fait l'objet d'une attention accrue sous différents angles. Au printemps 2021, par exemple, des rapports alarmants ont été publiés sur le bien-être mental des enfants et des adolescent-es, et les pédopsychiatres ont lancé un appel à l'aide face au manque de places et aux longues listes d'attente (Kestens & Crommen, 2022 ; Maes, 2021 ; De Meulenaere, Crommen, & Danc-kaerts, 2021). La Taskforce Pédiatrique COVID-19 belge,

un réseau informel créé en mars 2020, s'est également dit particulièrement préoccupée par la situation des enfants, des adolescent-es et de jeunes adultes, chez qui le besoin de contacts sociaux est manifestement élevé (InTijdenVanCorona#8, 2020).

Ce qui précède montre que le bien-être mental des enfants et des adolescent-es s'est détérioré en 2021, en partie à cause des mesures restrictives prises pendant la pandémie de COVID-19. À travers cette étude, nous avons, par le biais d'entretiens approfondis, questionné les expériences de l'ensemble du secteur afin de mieux comprendre l'impact de la pandémie sur le bien-être des enfants et des adolescent-es. Les conséquences pour les prestataires de soins de santé eux-mêmes ont également été discutées. De cette manière, nous obtenons une image transversale de la situation et pouvons également identifier les points sensibles et les défis sur lesquels nous pourrions travailler à l'avenir.

2. Méthode

2.1. Objectifs de l'étude

Depuis le début de la pandémie de COVID-19, la détérioration de la santé mentale des jeunes en Belgique a soulevé plusieurs questions. Nous nous sommes demandé quelles étaient les perspectives en matière de santé mentale des jeunes en Belgique. Nous avons donc voulu comprendre exactement comment les jeunes ont été affectés par la crise qui a découlé de la pandémie. Quels étaient les mécanismes à l'origine de la détérioration de leur santé mentale ? Quels sont les facteurs qui ont eu une influence négative et ceux qui auraient pu avoir une influence positive sur la façon dont les enfants et les adolescent-es ont vécu ces deux dernières années ?

Nous avons également voulu examiner quelles étaient (et sont toujours) les difficultés rencontrées par les acteur-rices de terrain dans le vaste domaine de la santé mentale en Belgique. Quel soutien est disponible pour le jeune public ? Comment les différents services ont-ils géré la situation ? Et qu'est-ce que la pandémie a changé pour eux ? Enfin, nous voulions savoir ce qu'il est possible de mettre en place face à ce que certains appellent « la deuxième pandémie » ou « la bombe à retardement », c'est-à-dire l'explosion des problèmes de santé mentale qui suivra la crise provoquée par la pandémie de COVID-19, dont les signes sont déjà visibles actuellement.

2.2. Déroulement de l'étude

Pour répondre aux questions ci-dessus, les données d'utilisation des soins de santé ne sont pas suffisantes car elles ne reflètent que partiellement la demande de soins de santé. Par définition, une partie de la demande reste non objectivée par ces données, car les services de santé eux-mêmes n'y répondent pas toujours. De plus, la demande de soins, telle qu'elle est exprimée, n'est jamais égale au besoin. Cela est dû, d'une part, au fait qu'une partie de celle-ci reste inexprimée (les personnes perçoivent leur besoin mais ne consultent pas ou ne suivent pas de traitement) et, d'autre part, au fait que le besoin n'est pas toujours perçu par les personnes elles-mêmes (Cès, 2021). De même, la réalité du terrain ne se reflète que partiellement dans les chiffres relatifs à l'utilisation des soins.

Afin de comprendre les difficultés et les obstacles rencontrés par les collaborateurs des différents secteurs pour répondre aux besoins psychologiques des jeunes et soutenir leur bon développement, il est nécessaire d'écouter les personnes concernées. Par conséquent, nous avons décidé de mener une étude qualitative sur les expériences des acteur-rices de terrain dans différents secteurs actifs dans le domaine de la santé mentale des jeunes.

Pour obtenir une vision globale, il convient toutefois d'analyser également les expériences des enfants et des adolescent-es. Bien que leur expérience ait été indirectement abordée dans notre étude (à travers les témoignages des prestataires de soins), nous présentons également dans ce numéro de Santé & Société le rapport de l'UNICEF (Unicef, 2022) sur les expériences des enfants et des adolescent-es souffrant de problèmes de santé mentale en Belgique, qui complète cette étude (vous pouvez en lire davantage sur ce rapport dans la section *Lu pour vous*).

Pour mener à bien notre étude, nous avons recueilli les témoignages des travailleurs de terrain par le biais d'entretiens individuels. Les entretiens ont été menés par les chercheurs dans la langue de la personne interrogée et ont duré une heure en moyenne. Nous avons choisi de mener les entretiens de manière semi-structurée, c'est-à-dire selon un schéma commun de questions ouvertes (décrites dans le guide d'entretien), mais qui pouvaient être posées par le chercheur dans l'ordre souhaité. Les entretiens ont été enregistrés et ensuite transcrits.

L'examen de la littérature et les données quantitatives des études précédentes ont servi de base au guide d'entretien qui comportait deux parties. La première partie était consacrée aux évolutions de la santé mentale des jeunes et de la demande de soins de santé mentale depuis le début de la pandémie. La deuxième partie portait sur la réponse à cette demande de soins et sur l'offre (adaptée) de soins. Les questions ont été formulées en fonction du type de travailleur de terrain, puisque les personnes du secteur des soins de santé ainsi que celles du secteur de l'éducation et du social ont été interrogées.

2.3. Échantillon

Les personnes invitées aux entretiens ont été sélectionnées sur la base de la méthode de *desktop research* et de leur propre réseau. Tou-tes les participant-es sont actif-ves dans une organisation du secteur social, de la santé ou de l'éducation. Le recrutement s'est déroulé de juin à octobre 2021 et n'a pas été aisé en raison de la charge de travail élevée des prestataires de soins suite à l'augmentation des demandes. Les entretiens ont eu lieu au cours des mois d'octobre et de novembre 2021. Lors du recrutement des participant-es, un équilibre a été recherché en termes de langue, d'éducation et de région. Tou-tes les participant-es ont donné leur consentement libre et éclairé pour participer à l'étude.

25 personnes ont participé à l'enquête : 14 néerlandophones et 11 francophones ; 4 hommes et 21 femmes. 9 personnes travaillent en Wallonie, 1 à Bruxelles et 15 en Flandre. Leur âge variait de 25 à 62 ans, la plupart des

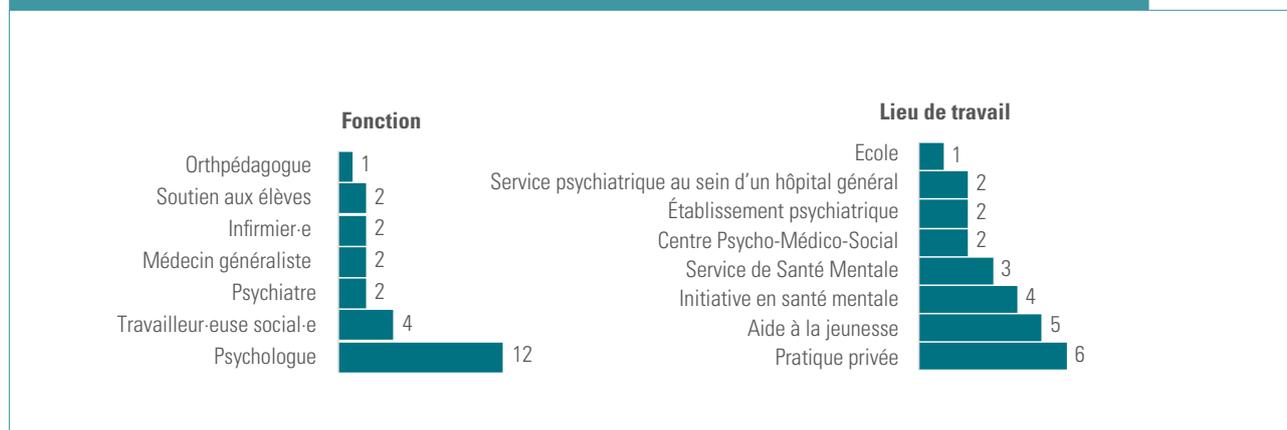
participant-es ayant entre 30 et 50 ans. 21 personnes avaient une formation universitaire et 4 personnes un bachelier professionnalisant. La plupart des participant-es ont plus de 10 ans d'expérience professionnelle et 9 participant-es ont plus de 20 ans d'expérience.

La répartition des participant-es selon le type de formation et le lieu de travail est assez large (voir Figure 1). En outre, près de la moitié des participant-es travaillent en groupe avec d'autres collègues, parfois au sein d'équipes multidisciplinaires. De plus, la moitié des participant-es travaillent spécifiquement avec des enfants et des adolescent-es de tous âges, tandis que l'autre moitié ne travaille qu'avec des adolescent-es ou des enfants à partir de 2-3 ans. Huit participant-es travaillent spécifiquement avec des groupes défavorisés et/ou discriminés.

2.4. Analyse

Les entretiens ont été analysés de manière thématique et codés à l'aide du logiciel *Nvivo*. Le codage a été effectué de manière itérative et a inclus à la fois les thèmes dérivés de l'examen de la littérature et des données de la MC, et les nouveaux éléments provenant des témoignages. Cela signifie que dans les cas où des éléments des témoignages des personnes interrogées n'ont pu être reliés à des données provenant d'autres sources, cela n'a pas porté atteinte au témoignage. En d'autres termes, la littérature et les données quantitatives ont été utilisées pour contextualiser les propos dans la mesure du possible, et non pour les confirmer ou les réfuter.

Figure 1 : Répartition des participant-es par type de fonction et lieu de travail





L'objectif principal de l'analyse des entretiens était d'étudier une série de phénomènes. D'une part, nous cherchions à comprendre ce qui avait été observé à partir des chiffres (tant de notre étude précédente que d'autres études). Comment expliquer, par exemple, que les téléconsultations n'ont pas pu compenser l'offre de consultations ? Ou, plus généralement, comment expliquer la détérioration de la santé des jeunes par l'augmentation des hospitalisations, le recours aux services d'urgence, etc. ? Les principaux résultats de nos analyses concernent l'impact sur la santé mentale des enfants et des adolescent-es (3.1.), l'impact sur l'offre de soins (3.2.), les problèmes rencontrés dans la pratique (3.3.) et le rôle des écoles dans la prévention des problèmes de santé mentale chez les jeunes (3.4.).

D'autre part, les questions auxquelles on cherche des réponses concernaient la manière dont la pandémie a été vécue, non seulement par les enfants et les adolescent-es, mais aussi par les acteur-rices travaillant sur le terrain, ainsi que les leçons à en tirer. Dans la section

4, vous trouverez les recommandations que nous formulons sur la base des résultats de nos entretiens et des recommandations précédemment publiées depuis le début de la pandémie.

2.5. Limites de cette étude

Une première limite de notre étude concerne la généralisation de nos résultats. Nos témoignages ne montrent pas combien de professionnel-les pensent d'une manière ou d'une autre ou combien d'enfants sont confrontés à tel ou tel problème. L'objectif de notre étude était d'identifier les difficultés rencontrées par les jeunes et les professionnel-les qui travaillent avec eux. Deuxièmement, il est possible que certains problèmes et difficultés n'aient pas été abordés lors de nos entretiens. Afin de faire face à cette possibilité, nous avons rédigé les questions qui ont guidé les entretiens en nous basant sur une large étude de la littérature et donc sur les résultats des travaux d'autres chercheurs.

3. Résultats

3.1. Les effets de la pandémie de COVID-19 sur le bien-être des enfants et des adolescent-es

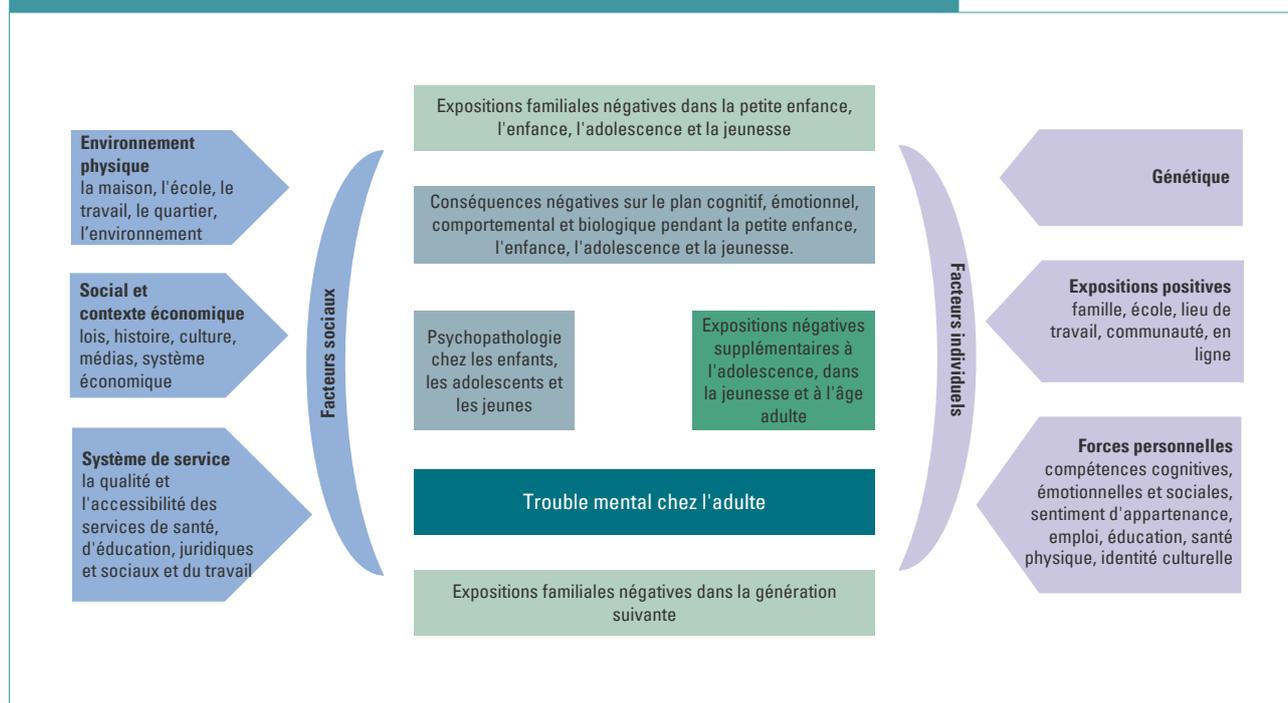
3.1.1. Facteurs de protection et de risque

Avant d'examiner plus en détail les résultats de nos entretiens, nous allons brièvement discuter des facteurs qui réduisent (facteurs de protection) ou augmentent (facteurs de risque) le risque de problèmes mentaux chez les enfants et les adolescent-es. Le risque de développer des problèmes mentaux graves plus tard dans la vie peut déjà avoir son origine dans la petite enfance, l'enfance et l'adolescence (voir Figure 2). La période prénatale joue également un rôle. *L'Infant Mental Health* (IMH) est un sujet qui a gagné en importance à juste titre ces dernières années et qui se concentre sur le bien-être émotionnel et relationnel des très jeunes enfants et sur celui de leurs parents. Les très jeunes enfants peuvent également déjà avoir des problèmes, bien que les symptômes de détresse chez ces enfants soient souvent plus subtils et donc moins susceptibles d'être détectés. Néanmoins, il est important d'y être attentif et de les traiter si nécessaire.

Les facteurs de protection et de risque peuvent être présents tant au niveau individuel (niveau micro) qu'au niveau socio-économique (niveau méso et macro). La famille et l'environnement scolaire jouent un rôle important. Par exemple, une famille dans laquelle l'enfant bénéficie d'un soutien, peut parler de ses problèmes et se sent écouté peut constituer un facteur de protection. Cependant, une famille dans laquelle il y a beaucoup de conflits ou qui connaît des difficultés financières peut être un facteur de risque. Une école dotée d'une politique anti-harcèlement peut être protectrice, car elle met un terme au facteur de risque que constitue le harcèlement. Mais les possibilités d'interaction avec les pairs peuvent aussi être protectrices. En outre, le contexte social et le système de services sont également importants. Dans cette étude, nous sommes particulièrement intéressés par l'accessibilité et la qualité du système de santé mentale et de l'enseignement. Nous partons du principe que s'ils sont accessibles et de qualité, ils peuvent avoir un effet protecteur. Lorsque ce n'est pas le cas, il y aura plutôt un risque accru de problèmes psychologiques.

En plaçant ce schéma général dans le contexte de la pandémie de COVID-19, nous constatons que celle-ci a eu un impact énorme sur les facteurs individuels et sociaux (y compris l'économie, mais aussi le système de santé) et que cela a exercé une pression sur les fac-

Figure 2 : Les origines des pathologies mentales chez les adultes
(Source: Furber, et al., 2015)



teurs de protection, permettant aux facteurs de risque de prendre le dessus. Par exemple, l'effet protecteur de l'interaction sociale avec les pairs a été perdu en raison de la fermeture des écoles. Des situations stressantes sont apparues dans de nombreuses familles (travail à domicile combiné à la garde des enfants, peur de tomber malade, chômage, trop de personnes dans un petit espace, etc.). En partant de l'hypothèse que l'effet protecteur a disparu, nous nous attendons donc à une augmentation des problèmes mentaux chez les enfants et les adolescent-es.

Il est important de faire la distinction entre la maladie mentale et les problèmes de santé mentale. La santé mentale n'est pas un état binaire (être malade ou en bonne santé), mais « consiste en un continuum complexe, avec des expériences allant d'un état de bien-être optimal à des états débilissants de grande souffrance et de douleur émotionnelle » (Organisation mondiale de la santé, 2022, p. 13). Tout comme une personne peut avoir un problème de santé physique et être en bonne santé physique, il est possible d'avoir un niveau de bien-être mental plus élevé même si l'on présente des symptômes modérés ou graves de problèmes de santé mentale (pour en savoir plus, voir l'article de Sholkhova dans ce numéro). Dans la présente étude, nous nous sommes concentrés tant sur les symptômes de la maladie mentale que sur le mal-être des enfants et des adolescent-es dans le contexte de la crise provoquée par la pandémie de COVID-19.

3.1.2. Comment la pandémie a ébranlé les facteurs de protection

Familles sous pression

Sur la base des recherches sur les facteurs de protection des problèmes de santé mentale, nous partons du principe que les enfants et les adolescent-es qui grandissent dans une famille présentant des caractéristiques susceptibles d'avoir un effet protecteur subissent moins de conséquences négatives que les enfants qui grandissent dans une famille où ces facteurs de protection ne sont pas présents ou sont moins présents (Wille, Bettge, & Ravens-Sieberer, 2008). De même, les enfants issus de familles défavorisées sont susceptibles de souffrir davantage des effets de la crise du COVID-19. Les participant-es à notre étude le confirment. La pandémie et les mesures liées ont exercé une pression énorme sur les familles. Cela a certainement augmenté le risque de tensions et de conflits au sein du foyer pendant la période COVID.

En outre, selon les personnes interrogées, il est très difficile pour les parents de combiner le travail à domicile avec le fait de s'occuper des enfants et l'enseignement à domicile. Cette combinaison représentait un énorme défi, en particulier pour les parents de très jeunes enfants. Ces situations peuvent entraîner des tensions au sein d'une famille et donc affecter également le comportement des enfants (Crescentini, et al., 2020 ; Spinelli, Lionetti, Pastore, & Fasolo, 2020).

« Mais en effet, par exemple, si quelqu'un a déjà une certaine situation et qu'elle est principalement renforcée à la maison, par exemple, si vous êtes avec sept enfants dans un appartement, et qu'ils ont tous leurs propres problèmes, alors passer soudainement trois semaines 24/24h tous ensemble dans un petit espace, fera que tout le monde est sur les nerfs ou à fleur de peau, et il ne faudra pas longtemps pour que la situation dégénère. »

Le stress, les autres tensions et la cohabitation permanente dans la même maison ont créé des situations explosives dans certaines familles. Ce sujet a également été abordé lors de nos entretiens. Le secteur de l'aide à la jeunesse, entre autres, a été confronté à un énorme défi car, en raison du confinement, dans certains cas, il a fallu renvoyer des enfants et des adolescent-es qui étaient placés dans des institutions chez eux, même avec des situations familiales potentiellement dangereuses. Dans la forme la plus extrême, des cas de maltraitance ont été signalés.

Le manque de contacts sociaux et d'interactions

Non seulement la famille, mais aussi les contacts sociaux avec les pairs peuvent avoir un effet protecteur et contribuer à la prévention des problèmes mentaux. Malheureusement, la pandémie n'a pas non plus été sans conséquences dans ce domaine non plus, et les jeunes ont été confrontés à la fermeture des écoles, à l'enseignement à distance, à la suppression de leurs loisirs, au port de masques, à l'utilisation du *Covid Safe Ticket*, etc. Toutes ces mesures ont fortement restreint leur cadre de vie, laissant peu de place à la spontanéité. Leur vie était également souvent contrainte de se dérouler sous forme numérique, ce qui signifie qu'ils passaient beaucoup de temps devant des écrans et que les contacts réels *en face à face* restaient limités.

Alors que les parents et la famille sont le point central du réseau des jeunes enfants, un groupe de pairs, en dehors de la famille, est très important pour les adoles-

cent-es et leur développement (Ince & Kalthoff, 2020, p. 28 ; Maes, 2021). Dans des circonstances normales, l'école est un lieu important où les jeunes ont la plupart de ces contacts (Gorrese & Ruggieri, 2013). Avec la fermeture des écoles et les longues périodes d'enseignement à distance, c'est précisément cette interaction, qui offre une protection, qui est mise sous pression. Malheureusement, les restrictions des interactions sociales sont restées une constante, et pas seulement pendant la période de confinement. Même lorsqu'il y a eu des assouplissements, de nombreuses écoles ont maintenu l'enseignement à distance et les activités de loisirs ont souvent été restreintes. Il était donc difficile pour les jeunes de se retrouver comme ils le faisaient auparavant. Bien qu'ils aient pu avoir des contacts en ligne et par téléphone, ce sont les contacts en face à face qui sont importants. Nos répondant-es ont signalé des problèmes de solitude chez les jeunes, qui s'accompagnaient souvent d'anxiété et/ou de dépression.

« C'est des jeunes qui avaient aussi des difficultés, qui se sentaient seuls. Dans les années précédentes, ils avaient une motivation de voilà, je dois aller là ou je peux faire ceci ou cela, pour les discipliner un peu eux-mêmes. Mais maintenant c'est plutôt, pourquoi devrais-je me lever ? Pourquoi devrais-je prendre une douche ? Pourquoi devrais-je sortir de chez moi pour aller au Carrefour ? On voit que le focus se situe purement là. Et en fait c'est aussi logique, c'est ce qui se passe, surtout avec les jeunes ce n'est pas évident. Et puis vous remarquez aussi qu'il y a un impact à ce niveau-là aussi. »

Un autre problème commun auquel les soignants ont été confrontés, et qui n'est pas apparu immédiatement, est le manque de perspective et l'incertitude que les jeunes commencent à éprouver. Cela s'est manifesté principalement dans une phase ultérieure de la pandémie, après la période initiale de confinement, comme l'illustre le témoignage qui suit.

« Et ce que nous entendons beaucoup, c'est que, d'une part, je pense, ce qui est une chose logique lorsqu'il y a une pandémie prolongée, le manque de perspective, le manque de lien social, rend les jeunes anxieux et moroses, beaucoup plus qu'ils ne le seraient normalement, les jeunes qui obtiennent

leur diplôme, qui vont au collège ou à l'université ou qui commencent à travailler. Normalement, c'est plus fluide, et c'est même excitant. Pour de nombreux jeunes, cela a été très problématique et ils sont devenus complètement isolés. »

Le manque de perspective a été dévastateur. Parmi les personnes interrogées, nous avons entendu dire qu'il n'y avait pas seulement une augmentation du nombre d'enfants et d'adolescent-es ayant des problèmes, mais aussi que ces problèmes étaient plus graves et qu'il y avait également plus de réadmissions¹. Il s'agit notamment de pensées suicidaires, de tentatives de suicide, de dépression ou d'automutilation, ainsi que de formes graves de troubles alimentaires ou de symptômes plus sérieux dans d'autres pathologies. Chez les enfants plus jeunes, des problèmes d'anxiété de séparation ont été signalés. Nos participant-es sont également préoccupés par les conséquences à plus long terme de la pandémie. Ils ne s'attendent pas à ce que les problèmes disparaissent immédiatement. En outre, ils indiquent que l'ampleur de ce phénomène n'est pas encore tout à fait claire.

« C'est plus de suicides et d'autres cas plus lourds qui se sont présentés. »

En ce qui concerne les écoles, les personnes interrogées nous ont signalé que la pression sur les enfants et les adolescent-es était élevée après la réouverture, avec un accent été mis sur le rattrapage de l'apprentissage. Les enfants et les adolescent-es ont ainsi parfois été informés que la barre serait à nouveau placée haut, ce qui, au contraire de l'effet escompté, pourrait avoir un effet négatif sur les jeunes.

« À la fin du mois de juin 2020, on a laissé passer beaucoup de jeunes, mais beaucoup d'entre eux, par exemple à l'école, ont reçu en septembre 2020 le message suivant : « maintenant, nous allons resserrer la vis, parce que beaucoup d'entre vous ne seraient pas passés s'il n'y avait pas eu le Corona », et c'est quelque chose que nous remarquons, la combinaison d'un manque de perspective et de la pression de l'école et de la société, cela les tue vraiment. »

La détérioration de la situation de la santé mentale conduit à une saturation du réseau de soins de santé.

¹ Le rapport du Conseil Supérieur de la Santé fait également référence à une enquête auprès des prestataires de soins de santé dans laquelle 58,82% ont indiqué qu'il y a « beaucoup plus de nouvelles demandes que d'habitude » et 92,85% que les cas sont (beaucoup) plus préoccupants que d'habitude (Conseil Supérieur de la Santé, 2021).

Dans la section 3.3, nous abordons l'accessibilité des services de santé mentale pour les enfants et les adolescent-es. La disponibilité de soins de qualité et abordables, tout comme la famille ou l'école, peut avoir un effet protecteur sur le bien-être mental des enfants et des adolescent-es. Nous savons qu'il y avait déjà des problèmes d'accessibilité avant le COVID-19. En outre, pendant la pandémie, nous avons constaté une augmentation des problèmes chez les enfants et les adolescent-es. Ceci en combinaison avec les mesures restrictives auxquelles le secteur des soins, ainsi que les écoles et la société, ont été confrontés. Nous pensons donc que la pandémie n'aura pas rendu la situation plus facile. Dans la section suivante, nous examinerons comment les professionnel-les se sont adaptés-es.

3.2. Adaptations de l'offre (de soins) pendant la pandémie

La crise du COVID-19 a sans aucun doute été un énorme défi pour l'ensemble du secteur de la santé. Néanmoins, les médias belges ont surtout parlé de la pression exercée sur les unités de soins intensifs et, certainement dans la première phase, ont accordé moins d'attention aux autres secteurs de soins, à l'exception des maisons de repos. Mais la pandémie a également entravé le travail des prestataires de soins qui s'occupent et soutiennent les enfants et les adolescent-es ayant des problèmes de santé mentale. Les écoles, les centres psycho-médi-co-sociaux (PMS), les structures d'aide à la jeunesse et les travailleurs sociaux et éducateurs de rue ont également dû agir rapidement pour continuer à atteindre et à soutenir les élèves et les jeunes. Nous pensons qu'il est important de savoir comment ce groupe de prestataires de soins de santé et d'autres acteur-rices ont fait face aux restrictions causées par la pandémie de COVID-19 et ce qu'ils et elles ont fait pour atteindre leurs utilisateur-ices, étudiant-es et jeunes. Nous nous concentrons ici sur l'accessibilité et la qualité du soutien apporté aux jeunes.

L'image qui se dégage de nos entretiens est celle d'un grand engagement, d'une grande flexibilité et d'une grande inventivité de la part des différent-es professionnel-les du secteur. Tous les secteurs évoluent rapidement. Les périodes pendant lesquelles aucun soin ou soutien n'a été fourni sont généralement restées limitées. Cependant, malgré les efforts déployés sur le terrain, le manque d'aide et de soutien directement lié à l'environnement dans lequel le jeune évolue pendant une

période plus longue est susceptible d'avoir un impact sur les enfants et les adolescent-es, simplement parce que travailler sur le contexte est souvent important pour résoudre les problèmes.

Les psychologues et psychiatres ont également pu s'adapter rapidement, avec ou sans quelques modifications de leurs services. La plupart des organisations et des prestataires de soins se sont principalement concentrés sur le maintien du contact avec les enfants et les adolescent-es, notamment parce que c'est important pour la poursuite de la thérapie à l'avenir. Ils ont souvent fait preuve de créativité pour ce faire. Dans de nombreux cas, cependant, la famille entière est également impliquée dans la thérapie. En raison des mesures, il n'a pas été possible pendant longtemps d'organiser des séances avec plusieurs personnes et la plupart des organisations ont été contraintes de supprimer ces activités.

Le travail se fait aussi parfois en groupe, afin que les jeunes puissent se soutenir mutuellement et apprendre les uns des autres, mais les mêmes problèmes se sont posés que pour le travail avec la famille en raison des règles de distanciation. En automne 2021, ces activités ont été relancées avec parcimonie lorsque les mesures le permettaient.

« Maintenant que [notre travail de groupe] c'est de retour, nous avons le groupe du mardi... mais je pense que c'est trop risqué de commencer à mélanger des jeunes de différentes écoles... pour ensuite devoir reporter à nouveau. Alors nous remarquons aussi la question... que faisons-nous dans ces groupes ? Eh bien, nous rassemblons certains avec les mêmes problèmes et ils apprennent les uns des autres. Oui, cela a maintenant aussi disparu. »

3.2.1. Assistance à distance, téléconsultations et appels vidéo

À la suite du confinement strict de mars 2020, la plupart des prestataires de soins de santé sont rapidement passés à l'assistance numérique (appels vidéo) ou téléphonique afin d'apporter le soutien et les soins nécessaires à distance. Une enquête intermutualiste auprès des adultes a montré que la plupart des personnes interrogées étaient satisfaites de cette assistance à distance, mais qu'elles la voyaient surtout comme une solution temporaire. Dans le cas d'une assistance fournie par des psychologues ou des psychiatres, le contact numérique a eu lieu avec le prestataire de soins habituel

dans 95% et 76% des cas respectivement. Il s'agissait surtout d'assurer le suivi d'un problème existant (Avalosse, et al., 2020). Mais qu'en est-il de l'utilisation de la téléconsultation avec les enfants et les adolescent-es ? Nos entretiens avec les professionnel·les de la santé montrent qu'ils ont utilisé ces méthodes principalement pour maintenir le contact. Pour certains prestataires de soins, il n'était pas évident de franchir le pas de la téléconsultation. Pour d'autres, le changement s'est déroulé sans trop de problèmes et les résultats ont régulièrement dépassé les attentes.

Avantages de la téléconsultation

De nombreux prestataires de soins ont déclaré avoir été positivement surpris par les possibilités offertes par le travail numérique et les contacts téléphoniques. La tendance à travailler à distance était certes déjà présente dans une certaine mesure, mais elle a pris de l'ampleur avec la pandémie, ce qui signifie qu'elle continuera à porter ses fruits même après la pandémie.

Le gain de temps est considéré comme un avantage important par les prestataires de soins, mais aussi par les jeunes. Pour les prestataires de soins de santé, la pandémie a également permis que les systèmes numériques deviennent plus rapides et plus performants. Ils étaient également utilisés pour la consultation avec d'autres prestataires. De cette façon, ils gagnaient du temps et ne devaient pas raconter la même histoire plusieurs fois.

« Un certain nombre de jeunes, ont trouvé ça chouette et ont dit oui, c'est bien, comme ça je n'ai pas à me déplacer, surtout en hiver, quand il pleut, alors je pense que c'est bien que je puisse vous parler depuis ma chambre et que je n'aie pas à faire tout le chemin à vélo jusqu'au centre [de l'organisation]. Donc il y en avait certains, mais c'était la minorité absolue. »

Un rendez-vous numérique est également plus facile à programmer, surtout dans les emplois du temps chargés. Ce dernier point est principalement un avantage pour les prestataires de soins eux-mêmes, mais aussi pour les familles : il n'est pas toujours facile de fixer des rendez-vous médicaux ou de s'organiser pour se rendre à un rendez-vous. Les consultations numériques sont également plus rapides à mettre en place et peuvent être une solution lorsque quelque chose d'urgent se présente et que le temps manque. C'est la raison pour laquelle certains des prestataires de soins interrogés continueront à utiliser les appels téléphoniques ou vidéo à l'avenir.

« On n'avait pas à se déplacer, on n'avait pas à trouver une baby-sitter pour les enfants, on était aussi à la maison, on se sentait plus en sécurité, et oui, on ne pouvait pas voir comment on était habillé. Donc, beaucoup d'éléments ont fait que, par exemple, il a été décidé de maintenir cela en ligne, même s'il était de nouveau possible de le faire en face à face. Cela a été fait à la demande des patients. »

Certains des professionnel·les que nous avons rencontrés estiment que les applications numériques rendent les choses plus accessibles pour certaines personnes. Un chat, par exemple, est plus anonyme, ce qui signifie que les jeunes sont moins freinés pour raconter leurs histoires. Un chat peut également s'avérer utile pour les jeunes qui ont des difficultés d'interaction sociale. Dans un chat, il n'y a pas de contact direct, ce qui a bien fonctionné pour certains jeunes atteints d'autisme, par exemple.

Limites de la téléconsultation

Toutefois, les contacts téléphoniques et les appels vidéo ne conviennent pas à tout le monde. Par exemple, selon nos répondant·es, ils sont plus adaptés aux adolescent·es qu'aux enfants, mais certainement moins adaptés aux jeunes enfants. Pour ce dernier groupe, des jeux ou d'autres méthodes sont souvent utilisés en thérapie, ce qui est presque impossible dans un environnement numérique. Les enfants et les adolescent·es souffrant d'un handicap mental ou d'un retard mental sont également des groupes pour lesquels le travail à distance ne fonctionne pas bien. Les prestataires de soins ont indiqué qu'ils voyaient précisément ces groupes cibles décrocher lorsqu'ils travaillaient avec des entretiens numériques.

Pour les adolescent·es, le contact numérique peut offrir des opportunités, mais uniquement si la situation familiale s'y prête et que cela est pratiquement organisable. Pour établir un contact numérique, chacun doit disposer des ressources, des équipements et des compétences nécessaires. Cela vaut non seulement pour les enfants et les adolescent·es, mais aussi pour les professionnel·les.

« Je sais que ces derniers mois, la vidéoconférence s'est beaucoup développée chez les psychologues. Mais personnellement je n'y suis pas favorable, car il faut d'abord être bien équipé techniquement, tant le psychologue que la famille. »

Et même lorsque le matériel est disponible, le manque d'intimité peut être un problème. C'est particulièrement vrai

lorsqu'il s'agit de familles vivant sur de petites surfaces, mais aussi dans d'autres situations. Lors d'une consultation en ligne, il se pourrait que les parents ou d'autres membres de la famille puissent entendre l'échange entre le patient et le prestataire. Cela pourrait constituer un obstacle pour les jeunes qui pourraient abandonner le suivi pour cette raison, selon nos répondant-es.

« Nous avons interrogé un certain nombre de jeunes à ce sujet. Nous avons constaté que ce n'était pas très idéal, donc quand les jeunes pouvaient choisir, ils choisissaient très souvent de venir au centre eux-mêmes, simplement parce que tout le monde n'a pas un espace de parole sûr à la maison, donc pour faire un entretien thérapeutique sur quelque chose qui concerne le contexte de la maison ou quelque chose sur soi, il faut avoir un espace sûr et lors de ce premier confinement, beaucoup de gens étaient ensemble à la maison et il n'y avait pas d'espace pour chacun. Donc pour ces jeunes, nous avons trouvé que c'était très difficile. »

Une autre condition préalable au bon fonctionnement des soins à distance est la présence d'un lien entre le prestataire de soins et le patient, comme l'ont également révélé nos entretiens. Cela fonctionne mieux si une relation de confiance a déjà été établie. Ainsi, pour les nouveaux inscrits pendant la pandémie de COVID-19, ce n'était certainement pas une option intéressante. En outre, les prestataires de soins ont noté que l'observation des enfants et des adolescent-es, de leur langage corporel et de toute autre communication non verbale fournit souvent des informations intéressantes et que cela n'est pas vraiment possible par le biais du contact numérique. Les réactions des parents au comportement de l'enfant sont également des sources d'information importantes, que l'on ne peut pas toujours capter à distance.

Une autre limite mentionnée est que si les jeunes ne veulent pas être joints, ils peuvent ne pas décrocher le téléphone ou ne pas se présenter lors d'un appel vidéo. Le seuil d'absence à un rendez-vous dans un contexte en ligne est plus bas que dans un contexte physique. Cela s'applique également au contexte scolaire où l'on peut s'adresser aux élèves en classe, et où l'on peut chercher à établir un contact face à face.

3.2.2. Des solutions sur mesure

En plus de passer aux appels vidéo, de nombreux prestataires de soins ont cherché à sortir de leurs bureaux. Ils

ont réalisé des entretiens en se baladant ou ont rencontré des enfants, des jeunes et leurs parents en plein air, dans le jardin ou sur le trottoir. Si aucun jardin n'était disponible, ils se rendaient parfois dans un lieu public. Parfois, un tel entretien dans le jardin ou sur le trottoir soulevait des problèmes d'intimité, par exemple parce que les voisins pouvaient entendre. En même temps, beaucoup de prestataires de soins interrogés ont vécu ces entretiens à l'extérieur comme une valeur ajoutée, car ils leur permettaient d'apprendre à connaître la personne dans un cadre différent, ce qui se traduisait parfois par une plus grande ouverture. Cependant, pour certains prestataires de soins, il n'a pas été possible d'atteindre la profondeur qu'ils souhaitaient. Ils ont donc choisi de revenir dans leur cabinet dès que possible.

« Nous avons découvert avec les familles de nouveaux modes de soutien, faire des promenades ensemble dans le quartier, par exemple, c'est [une démarche] qui a eu un grand effet, parce que les familles ont alors commencé spontanément à parler de comment elles se sentaient dans leur quartier. On rencontrait des gens en chemin, ce qui permettait de voir que « bon sang, ils vous connaissent bien », et d'avoir une histoire. Donc, cela a bien mieux marché pour identifier le réseau. Ça a vraiment eu des avantages. »

Afin de donner aux familles, soumises à une forte pression, plus de marge de manœuvre, certain-es sont parfois sorti-es des sentiers battus ou ont demandé des dérogations aux règles strictes, ce qui a constitué un obstacle supplémentaire pour les prestataires et les jeunes, en particulier lors du premier confinement.

« Et c'est là que nous avons vraiment cherché à fournir des espaces extérieurs dès que possible, où nous pourrions également sortir avec les enfants. Nous avons aussi trouvé un jardin fermé à [lieu], où nous pouvions voir des enfants. Nous avons donc aussi beaucoup cherché des alternatives. Plusieurs collègues l'ont fait. De mon côté, j'ai demandé une dérogation afin de pouvoir faire le trajet, ce qui était le plus difficile, pour pouvoir à nouveau recevoir les enfants dans la salle de jeu au cabinet le plus vite possible. »

Grâce à leur créativité, à leur flexibilité et à d'énormes efforts, la plupart des prestataires de soins ont réussi à garder le contact avec des enfants et des adolescent-es qu'ils connaissaient déjà. Des ajustements ont été apportés à l'offre, mais ils ont été largement perçus de

manière positive. Nous avons également constaté que des efforts supplémentaires ont été déployés pour trouver des solutions pour les familles les plus vulnérables. Ainsi, l'accessibilité est restée largement intacte, mais c'était moins le cas pour les enfants et les adolescent-es qui n'étaient pas encore connus des prestataires de soins.

3.3. Nouveaux et anciens obstacles à la recherche d'aide pour les problèmes de santé mentale

« Nous n'avons pas le sentiment que les enfants sont aidés de manière structurelle. »

Lors de nos entretiens, nous avons demandé aux professionnel-les quels étaient les principaux points sensibles dans les soins de santé mentale pour enfants et adolescent-es et comment ils pourraient être surmontés à l'avenir. La conclusion générale que l'on peut tirer de leurs réponses est que les problèmes rencontrés ne sont pas nouveaux, même si leur ampleur est sans précédent. En d'autres termes, les signaux d'alarme qui ont été captés concernent les problèmes structurels du secteur des soins et de l'éducation. Quels enseignements peut-on en tirer ?

3.3.1. Longues listes d'attente pour les soins ambulatoires et pénurie de places en institution résidentielle

L'un des problèmes les plus cités lors des entretiens est le problème (bien connu) des longues listes d'attente. Nous savons déjà qu'il s'écoule beaucoup de temps avant que les gens fassent le pas pour demander de l'aide. Mais une fois que les enfants et les adolescent-es ou leurs familles sont prêts à faire ce pas, il s'avère que l'aide n'est pas possible à court terme. Souvent, ces personnes sont déjà engagées dans un trajet avec une personne de confiance, ce qui rend la situation d'autant plus frustrante pour les prestataires de soins qui doivent orienter les enfants et les adolescent-es vers des soins ambulatoires. Ils essaient de soutenir et de guider les jeunes du mieux qu'ils peuvent, mais ont parfois l'impression d'être contraints à endosser un rôle dans lequel ils ne se sentent pas à l'aise et qui les amène parfois à aller au-delà de leur mission principale.

« Il y a des enfants qui sont totalement bloqués, des parents qui ne savent vraiment pas quoi faire avec eux. Il y a donc toujours une ambivalence, soit avec le jeune ou avec les parents, sur la question d'allons-nous accepter de l'aide ? Si nous traversons cela, et s'il y a de la place, ok, nous devrions peut-être faire quelque chose mais, ensuite il faut attendre deux ans de plus avant qu'il y ait une place dans un SSM. Et c'est absurde. »

Les prestataires de soins primaires considèrent également les listes d'attente comme un énorme point d'achoppement. Selon leur expérience, la pandémie de COVID-19 a encore aggravé ce problème.

« Oui, chez nous la liste d'attente est actuellement de deux ans. Nous avons une réunion tous les mardis et je dois dire que j'ai un sentiment très inconfortable à ce sujet tous les mardis, parce que toutes les demandes qui arrivent sont des demandes fondées, spécialisées, de soins de santé mentale ambulatoire. Donc, en fait avec l'équipe nous disons « oui, c'est pour nous » pour les demandes entrantes. Mais bon, nous n'avons tout simplement pas la main-d'œuvre. »

Des problèmes de capacité ont été signalés non seulement pour les soins psychologiques ambulatoires, mais aussi pour les soins de crise. Dans ce cas, les jeunes se voient parfois attribuer une place dans un service pour adultes, qui n'est toutefois pas adapté aux besoins des jeunes. Cependant, même lorsque l'admission dans le service pour enfants et adolescent-es est possible, le suivi après l'admission (de crise) reste difficile car trouver une offre ambulatoire appropriée n'est pas évident. Il n'est par conséquent pas possible de progresser réellement dans un trajet. Au contraire, les prestataires de soins ont l'impression de revenir à la case départ.

« Mais les vrais lits de crise dans les hospitalisations, comme à xx... Nous avons beaucoup de jeunes qui en ont vraiment, vraiment besoin, il y a vraiment trop peu de lits. Ils ne peuvent pas y aller et ensuite ils doivent aller dans un service d'adultes, ce qui n'est pas du tout correct pour un-e adolescent-e d'aller dans un service d'adultes... Ils n'auront plus d'école, parce que dans un service d'adultes ils n'ont pas d'école à l'hôpital. »

2 Dans un SSM, on paie 11 euros par heure pour une consultation standard. Il existe également la possibilité d'avoir un tarif réduit (4 euros en Flandre et négocié en fonction des moyens en Wallonie). En outre, les SSM peuvent également fournir une assistance gratuite dans un certain nombre de cas.

3.3.2. Le coût élevé des soins psychologiques

Outre les longues listes d'attente, le coût élevé a été mentionné par nombre de nos répondant-es comme un obstacle important, en particulier pour les groupes qui ont des difficultés financières. Cela vaut surtout pour les initiatives ambulatoires avec un psychologue ou un thérapeute privé. Ces derniers sont souvent disponibles un peu plus ou plus rapidement, mais ils sont aussi plus chers et leur remboursement est limité. Un SSM (Service de Santé Mentale) peut offrir une aide à moindre coût² (pour plus d'informations et le détail des tarifs, voir l'article de Noirhomme dans ce numéro) mais les listes d'attente y sont très longues, de sorte que ce n'est souvent pas une solution à court terme. Ainsi, en plus d'un accès plus rapide à l'aide psychologique, il y a également un grand besoin d'accessibilité financière.

« Oui, et cela concerne aussi le prix. C'est aussi un aspect important, car nous avons un public qui n'est pas si aisé. »

Le coût n'est pas seulement un obstacle lorsque les parents sont impliqués dans le trajet. Il arrive que des jeunes veuillent consulter un psychologue, par exemple, à l'insu de leurs parents, et le coût constitue alors certainement un énorme obstacle. C'est pourquoi des initiatives telles que *Therapeuten voor jongeren* (TEJO), des thérapeutes pour les jeunes, sont les bienvenues et vraiment nécessaires, car elles sont gratuites et anonymes pour les jeunes. Cette initiative fonctionne grâce à des bénévoles et n'est disponible qu'en Flandre, avec un centre Tejo à Bruxelles. Les jeunes peuvent se rendre dans les centres TEJO pour parler à un thérapeute. Nos entretiens montrent que les prestataires de soins trouvent cette initiative importante et redirigent également les jeunes vers ces centres.

Pourtant, nous constatons que ces initiatives se heurtent aussi à des limites. Il n'est en effet pas facile de répondre à la demande toujours croissante uniquement avec des volontaires, et certainement pas dans des circonstances difficiles comme la pandémie. Les volontaires ont leur travail habituel et doivent également remplir un certain nombre de conditions avant de pouvoir commencer. Dans tous les cas, il s'agit toujours de solutions partielles et donc, par définition, inadaptées aux problèmes structurels. Pensons au déséquilibre entre le financement et le remboursement de la médecine qui se concentre sur la santé physique (« mé-

decine somatique ») par rapport à la santé mentale, qui a été souligné par un certain nombre de répondant-es.

3.3.3. Les problèmes psychologiques chez les enfants et les adolescent-es - un sujet sensible

Contrairement à la recherche de soins pour un problème physique, les prestataires de soins interrogés estiment qu'il y a encore un certain tabou à demander de l'aide pour des problèmes mentaux chez les enfants et les adolescent-es. Les préjugés et la stigmatisation entourent à la fois la maladie mentale elle-même et la réaction à celle-ci. De ce fait, les parents remettent à plus tard la recherche d'une aide spécialisée (sans négliger la difficulté de s'orienter dans le système de santé) ou ne cherchent pas d'aide du tout, et les jeunes ne parlent pas de leurs difficultés.

3.3.4. Autres obstacles

Un certain nombre de répondant-es ont estimé que les jeunes participant à un trajet n'étaient pas suffisamment retenus par les prestataires de soins. Après tout, l'expérience a montré que les jeunes abandonnent rapidement parce qu'ils ne voient pas de résultats assez vite. Cependant, des efforts persistants de la part des prestataires de soins de santé pourraient augmenter le suivi de la thérapie par le patient. Mais le fait qu'il y ait de longues listes d'attente met également la pression sur les professionnel-les pour aider le plus grand nombre de jeunes possible. Cela peut jouer un rôle dans leur décision de garder ou non les jeunes qui se désinvestissent de la thérapie.

« Oui, je pense parfois que lorsque quelqu'un fait enfin un pas vers quelque chose, qu'ils sont déchargés trop rapidement parce qu'ils ne disent de toute façon rien. Construire cette confiance, cela prend déjà tellement de séances. Je trouve aussi cela difficile parfois. Cela ne sert à rien. Il faut laisser la chance plus longtemps, cela ne se fait pas en deux mois. »

Les problèmes de santé mentale sont souvent abordés de manière non-médicamenteuse, bien que pour certains problèmes il soit approprié d'utiliser (également) des médicaments. Cependant, il existe encore un tabou autour de l'utilisation de médicaments psychotropes chez les jeunes. En outre, les jeunes sont souvent préoccupés par les conséquences des médicaments. Il est important que les jeunes aient l'espace nécessaire pour discuter de leurs préoccupations avec leurs théra-

peutes et que ces derniers fournissent ces informations de manière accessible et, si nécessaire, proactive. Cela permettra aux jeunes de prendre des décisions éclairées sur le soutien médicamenteux de leur parcours (avec ou sans leurs parents). Car aujourd'hui, nous constatons que les jeunes reçoivent souvent trop peu d'informations et pas assez de précisions sur les médicaments qui pourraient les aider. Cela entraîne parfois l'arrêt de leur traitement, sans avis médical.

« Et puis encore moins accessibles, les médicaments pour le TDAH. Même là, on a beaucoup de jeunes qui ne veulent plus en prendre à certains moments parce qu'ils ont l'impression que ça change leur personnalité. Mais bien sûr, c'est en combinaison avec le fait qu'ils se cherchent et qu'ils sont en pleine puberté. »

Au cours de nos discussions, nous avons également demandé s'il y avait des groupes difficiles ou impossibles à atteindre. Il nous a été dit à plusieurs reprises que c'était le cas pour les jeunes issus de l'immigration. Une explication possible est que la langue est un facteur important pour obtenir de l'aide pour des problèmes psychologiques. D'une part, il n'est pas facile de s'y retrouver dans le système de santé d'un autre pays, surtout si les informations en langue étrangère sont limitées. D'autre part, pour suivre une thérapie, ainsi qu'un traitement, il faut pouvoir établir un contact fluide avec le prestataire et construire une relation de confiance.

Un autre groupe (plus) difficile à atteindre est celui des enfants et des adolescent-es issus de familles en situation socio-économique précaire, alors qu'il s'agit du groupe dont les besoins en matière de santé sont les plus importants (l'article de Noirhomme dans ce numéro aborde ce sujet plus en détail). Un récent rapport de Recht-Op, une association où les pauvres ont la parole, souligne les besoins spécifiques des jeunes défavorisés. Le fossé avec les services de santé mentale ou les soins de santé mentale est pour eux très profond. Ces jeunes ont souvent traversé beaucoup d'épreuves, ont des bagages lourds et subissent beaucoup de pression. Souvent, ils n'ont parlé à personne de ces problèmes, parce que le pas à franchir pour obtenir de l'aide est trop grand, en raison du tabou et de la méfiance envers l'aide psychologique. Les jeunes ne veulent pas non plus devoir raconter leur histoire à plusieurs reprises à différents thérapeutes. En outre, le système fait qu'il est difficile pour ces jeunes de s'orienter dans l'offre et ils ne sont pas bien informés sur les différentes orga-

nisations qui proposent de l'aide. Pour ces familles, le coût, surtout en ce qui concerne les soins ambulatoires, constitue un énorme obstacle. En outre, les familles vivant dans la pauvreté ont de nombreuses autres pré-occupations qui requièrent leur attention, de sorte que la recherche d'une aide pour des problèmes de santé mentale n'est pas considérée comme une priorité absolue (Recht-Op, 2022).

« Je trouve ça très difficile à dire comme ça, mais les gens qui ont une situation socio-économique très faible sont aussi très difficiles à faire entrer dans un trajet ambulatoire. Nous essayons et nous avons des méthodologies autour de ça, mais oui, quand les gens sont très préoccupés par le logement, la nourriture, les vêtements, alors tout ce qui se passe dans la tête et ce qui se passe à l'école est secondaire. »

En même temps, les travailleurs de terrain estiment qu'ils ne disposent pas de ressources suffisantes pour assurer la qualité et la quantité du suivi de ce public particulier. Cela entraîne également des frustrations pour eux.

« Je pense donc vraiment que les Services de Santé Mentale devraient recevoir des ressources sérieuses pour pouvoir travailler avec ces familles. Et puis bien sûr, quand vous commencez à travailler avec de telles familles, vous avez automatiquement beaucoup plus de personnes qui ne se présentent pas. Et je sais que c'est difficile pour les SSM. »

3.4. Les écoles comme lieu central d'interaction et lieu de prévention des problèmes mentaux

L'école occupe une place importante dans la vie des enfants et des adolescent-es. Ce n'est pas seulement un lieu où l'on transmet des connaissances et où les enfants poursuivent leur développement cognitif. L'école est également un lieu où les enfants se font des ami-es, développent des compétences sociales et interagissent avec leurs pairs. Les interactions sociales offrent aux jeunes la possibilité de développer des compétences sociales. L'étude SIGMA montre que de bonnes compétences sociales peuvent avoir un effet protecteur pour les problèmes mentaux (Kirtley, et al., 2019). C'est pourquoi l'école est le lieu où entrent en jeu de nombreux facteurs de protection, mais aussi des facteurs de risque pour le développement d'une maladie mentale.

Dans le débat sur la fermeture ou non des écoles ou sur la prolongation ou non des périodes de vacances, l'accent a été mis, dans la contre-argumentation, sur la prévention ou la réduction des retards d'apprentissage. On a accordé beaucoup moins d'attention à l'importance et à l'effet protecteur des interactions sociales sur le bien-être. Une grande partie des problèmes mentaux rencontrés par les enfants et les adolescent-es, dont nos répondant-es ont témoigné, peuvent être liés à la perte d'interaction sociale due à la perte de hobbies, à la fermeture des écoles ou à l'enseignement à distance.

3.4.1. Comment les écoles ont-elles fait face à la pandémie ?

Nos entretiens montrent que les écoles ont géré la situation de manière très différente. Il y a eu beaucoup de variations dans la façon dont elles ont interagi avec les étudiant-es et dans la façon dont l'enseignement à distance a été organisé pendant le confinement. Certaines écoles ont fait de gros efforts pour maintenir un bon contact avec leurs étudiant-es en général. Pour d'autres, c'était plus difficile. Cela a sans aucun doute eu un impact, non seulement sur les performances scolaires, mais aussi sur le bien-être des élèves. Les personnes interrogées ont souligné que cette situation affectait encore plus les enfants vulnérables, car pour eux, il n'y a généralement pas de situation familiale qui compense ou remédie au manque d'éducation, de soutien ou simplement d'écoute de temps en temps.

« Désolé, mais, je ne comprends pas vraiment que tout cela soit possible. Et, bien sûr, c'est comme ça que les enfants deviennent solitaires. Si vous êtes bien entouré, ce n'est pas si grave, mais dans les situations de vulnérabilité ou chez les enfants ayant de graves problèmes mentaux, cela devient problématique. »

Mais ce qui a aussi souvent fait défaut, même après la réouverture des écoles, c'est l'attention portée au bien-être et l'espace de discussion avec les élèves pour donner une place à tout cela. L'accent a été mis sur les aspects cognitifs et le rattrapage du retard plutôt que sur les ressentis et les besoins des jeunes. Toutefois, sans une base stable et une dose de bien-être chez les enfants, cela n'a guère de sens. Même aujourd'hui, à la suite de la pandémie, l'accent est généralement mis sur l'élimination du retard d'apprentissage causé par la pandémie plutôt que sur son impact sur le bien-être des jeunes. C'est l'une des raisons pour lesquelles les pres-

tataires de soins sont très préoccupés par l'avenir, car ils craignent que les effets des contacts sociaux limités ne soient un risque à retardement.

« L'enseignement dit : vous devez être là, vous devez être en bonne santé et votre esprit doit être ouvert, parce que nous devons tout 'fourrer' dedans. Pour le moment, c'est comme si l'esprit de ces enfants n'était pas disponible pour ça. Oui, leur santé commence à en souffrir. »

3.4.2. Les écoles et le bien-être mental, une histoire de manque de ressources

Parce que les écoles sont un lieu où presque tous les enfants et les adolescent-es sont atteints, elles constituent un excellent endroit pour travailler sur le bien-être mental (Spanemberg, Salum, & Bado, 2020), notamment en raison de l'effet protecteur que peuvent avoir un bon climat scolaire et des enseignant-es compréhensives. L'école est également un lieu où l'on peut capter des signaux et, le cas échéant, entreprendre des démarches en vue d'une aide pour les problèmes mentaux. Mais là aussi, il y a encore des défis à relever. L'école dispose-t-elle de suffisamment de connaissances sur ce sujet, y a-t-il une place pour la détection précoce et, peut-être plus important encore, y a-t-il suffisamment de ressources et d'expertise pour assumer un rôle préventif ? Et y a-t-il suffisamment de place pour la concertation et la collaboration entre les écoles et les autres acteur-rices ?

Nos entretiens montrent que la connaissance des problèmes mentaux et de leurs signes éventuels est souvent limitée dans les écoles et que le travail sur et autour du bien-être mental n'est certainement pas systématique. Ce dernier point signifie que cela dépend beaucoup d'un-e enseignant-e ou de l'école pour qu'un enfant ayant des problèmes reçoive de l'aide ou non. Cela peut être l'une des raisons pour lesquelles, en tant qu'école, on ne tient pas toujours compte de ce qui se cache derrière le comportement (problématique) d'un enfant. En ne tenant pas compte de l'ensemble du contexte (y compris la famille et ses problèmes) et en se concentrant trop sur l'enfant en tant qu'« individu sans contexte », on rate l'occasion de travailler également avec ces autres facteurs externes.

« Nous avons aussi beaucoup, ou en tout cas régulièrement, des enfants qui sont les plus sages à l'école et les plus calmes qui ont des difficultés à la

maison, parfois montrent aussi un comportement très difficile, et puis nous consultons une école et leur demandons d'adapter les choses et l'école dit : ce n'est pas nécessaire parce que ça se passe tout de même bien ? Ensuite, je me dis que cela se passe bien à l'école, mais cela demande beaucoup d'énergie, beaucoup d'efforts et l'enfant ne peut pas continuer comme ça, jour après jour. Nous devons donner beaucoup d'explications et parler avec eux pour qu'ils collaborent. J'ai l'impression que si on fait ça, alors la prochaine fois ce sera plus facile ou ils y penseront plus rapidement, mais on ne travaille qu'avec un seul professeur ... »

Selon les participant-es à l'étude, les écoles manquent de ressources pour mettre en place un cadre structurel sur le bien-être mental. Les écoles qui l'offrent libèrent des ressources sur les heures de travail des enseignant-es, mais toutes les écoles ne peuvent ou ne veulent pas le faire. La plupart des enseignant-es et des accompagnateurs scolaires s'occupent du soutien cognitif des enfants et des adolescent-es et travaillent plutôt de manière corrective.

« Parce que le métier d'accompagnateur scolaire n'existe pas réellement. Nous venons du contingent d'heures des enseignants. Et je trouve cela très étrange maintenant que tout est si important et que nos enfants ne vont pas si bien. Vu sous cet angle, je pense certainement que cela devrait être examiné. »

En plus des enseignant-es et des accompagnateurs scolaires, les travailleurs des PMS jouent un rôle important pour les élèves, également en ce qui concerne leur bien-être mental. Cependant, lors de la pandémie de COVID-19, ils ont également dû assumer d'autres tâches, comme le suivi des contacts à risque. Par conséquent, ils ne pouvaient assumer leurs tâches principales que de manière limitée ou pas du tout (Poppelmonde, 2021). Cependant, ils ont également constaté le besoin croissant de soutien pour le bien-être mental des enfants et des adolescent-es, mais n'avaient pas les ressources nécessaires pour le donner. En Flandre, par exemple, malgré un soutien supplémentaire du gouvernement flamand pour recruter plus de personnel, cela restait un problème à la fin de 2021. Les prestataires de soins interrogés ont également mentionné la combinaison difficile pour les PMS des tâches liées au COVID et de l'exécution de leurs tâches principales, ce qui exerce une pression sur ces dernières.

« Je ne sais même pas si c'est le PMS, ça pourrait l'être, mais c'est pareil que le PMS, ils sont occupés avec des tests stupides et des quarantaines et des mesures. Je pense que tout cela passe inaperçu, ou alors ils ont tous beaucoup plus de résilience que nous le pensons. »

Les PMS dépendent également de la disponibilité d'une aide psychologique externe pour les problèmes plus graves qui nécessitent une redirection. Si cette aide n'est pas immédiatement disponible, ils sont également limités dans leurs possibilités. Le PMS lui-même ne peut agir que s'il y a d'abord une demande de l'école ou des parents. Il semble donc que le signalement ou non d'un enfant/adolescent-e dépende beaucoup de l'enseignant-e ou des parents. Il est fort probable que de nombreux problèmes ne soient pas remarqués ou signalés au PMS et que ces enfants ne reçoivent donc aucune aide. Nos entretiens montrent que l'initiative d'impliquer le PMS est de plus en plus prise par les parents. Le fait que les parents s'adressent au PMS est certainement une évolution positive, même si les parents ne doivent pas être les seuls à pouvoir demander de l'aide pour les jeunes. Ils n'ont pas tous les mêmes possibilités, la même connaissance du système ou la même émancipation. En outre, tous les parents ne perçoivent pas les signaux émis par leur enfant ou n'évaluent pas correctement le besoin objectif d'aide de leur enfant. Une étude menée à Anvers, dans laquelle un instrument de signalement a été utilisé par le PMS, a montré que quatre élèves sur cinq dont la santé psychosociale a été évaluée comme préoccupante ou à risque au moyen de l'instrument de signalement n'étaient pas connus auparavant du PMS (Kluppels, Portzky, & Hoppenbrouwers, 2017).

« Donc un enfant qui est dans une situation familiale normale et agréable et qui a ses hobbies et son école et fait de son mieux... Mais il y a aussi beaucoup d'enfants qui luttent avec des problèmes mentaux. »

4. Recommandations

4.1. Plus de ressources pour des soins ambulatoires plus rapides, accessibles et, surtout, abordables

Les problèmes d'accès aux soins de santé mentale pour enfants et adolescent-es les plus fréquemment mentionnés sont les longues listes d'attente et les coûts élevés.

Ceux-ci peuvent conduire au report ou à la sous-utilisation des soins (Cès, 2021). Le report des soins peut être très problématique, car au plus tôt le trajet de soins est mis en place, au plus on peut éviter des dégâts et des trajets de soins longs et intensifs. Une intervention précoce est importante, en partie parce que les problèmes mentaux en bas âge augmentent le risque de problèmes psychologiques plus tard dans la vie (Solmi, et al., 2021). Pour accroître l'offre et la capacité des soins, des investissements supplémentaires seront toutefois nécessaires.

Selon nos répondant-es, il faut davantage de ressources financières pour investir dans du personnel supplémentaire (qui est également difficile à trouver). Nous tenons à souligner que des investissements ont été réalisés au printemps 2021. 20 millions d'euros ont ainsi été prévus pour du personnel supplémentaire, le nombre de lits en psychiatrie pour enfants et adolescent-es a été augmenté et des équipes qui accompagnent les enfants et les adolescent-es avant et après une hospitalisation ont été déployées (Ceulemans, 2021). En Flandre, le plan de relance a également prévu des ressources supplémentaires pour renforcer la capacité d'accompagnement de crise et pour les réseaux d'apprentissage afin d'adapter l'offre d'assistance aux besoins des enfants et des adolescent-es. Malgré ces investissements supplémentaires de la part des autorités, nous avons entendu dans nos entretiens un appel clair à subventionner encore davantage l'aide ambulatoire pour la rendre accessible pour les enfants et les adolescent-es.

Un autre point d'attention reste l'accessibilité pour les groupes plus vulnérables. Pour eux, le chemin vers l'aide est souvent encore plus difficile et les seuils sont très élevés pour accéder à une aide appropriée. D'une part, il s'agit de libérer des ressources financières pour rendre les soins moins chers, voire gratuits, pour ceux qui en ont besoin. Mais il s'agit également de soutenir les professionnel-les qui ne sont pas toujours familier-es avec ce groupe et leurs sensibilités ou problèmes. Il existe déjà des initiatives importantes (telles que *Yuneco care*) autour de l'accompagnement de familles en situation de vulnérabilité et avec des équipes mobiles qui vont vers elles, mais celles-ci peuvent encore être renforcées. Les *Community Health Workers* pourraient également jouer un rôle de travail social de proximité (*outreach*) dans ce domaine.

De plus, le remboursement actuel des soins psychologiques doit aussi être vraiment revu. Dans la plupart des cas, le remboursement est très limité, surtout pour les

psychologues et cela constitue un obstacle pour beaucoup. Les initiatives gratuites telles que Tejo, mais aussi les centres *Overkop* et la capacité des SSM à offrir la priorité aux familles vulnérables sont certes positives, mais elles ne sont pas suffisantes pour répondre à la demande croissante.

La nouvelle convention des Psychologues de Première Ligne (PPL) a pour objectif de fournir des soins moins coûteux, mais il est trop tôt pour l'évaluer pour le moment. Nous pensons que des efforts encore plus importants doivent être faits pour réduire le coût des soins psychologiques pour les enfants et les adolescent-es. Si cela peut éviter de reporter la recherche d'aide, les problèmes pourront être abordés plus tôt. La réalisation de cet exercice n'incombe pas seulement aux décideurs politiques. Les mutualités peuvent également réfléchir à faire des efforts supplémentaires pour lutter contre le coût élevé des soins de santé mentale, en accordant une attention particulière aux jeunes les plus vulnérables et à leurs familles. Améliorer l'accessibilité est un seul et même objectif qui devra se faire par le biais de diverses actions, de plus de ressources, d'une augmentation des remboursements, mais aussi de la prévention et d'un engagement en faveur de la promotion de la santé et de la réduction de la pauvreté.

4.2. Investir davantage dans la prévention et la promotion de la santé (mentale)

Mieux vaut prévenir que guérir, cela vaut également pour la santé mentale. Si la prévention est efficace, elle entraînera à terme une diminution de la demande de soins psychologiques, ce qui, espérons-le, raccourcira également les listes d'attente. Aujourd'hui, on constate à la fois un manque d'attention à l'égard de la prévention et une offre insuffisante, ce qui aggrave les problèmes mentaux (l'article de Sholokhova sur la prévention dans ce numéro aborde ce sujet plus en détail). Il en résulte des délais de plus en plus longs, des coûts accrus et un système surchargé. La prévention est donc une première étape nécessaire pour parvenir à un changement. Nous considérons qu'il s'agit d'une tâche et d'une responsabilité urgentes pour différent-es acteur-rices (les parents, l'ONE, les accueillant-es, les écoles, les mouvements de jeunesse et associations) et avec des actions variées dans de multiples domaines en lien avec le principe de *health in all policies* (bien-être, secteur social, éducation, logement, lutte contre la pauvreté, etc.).

4.2.1. Soutien des parents

Les recherches montrent que les 1.000 premiers jours de la vie d'un enfant sont très importants (TNO, 2016). À aucune autre étape de la vie, le développement ne se produit aussi rapidement et dans autant de domaines (physique, cérébral, socio-affectif) et autant d'étapes sont franchies (Nederlands Ministerie van Volksgezondheid, 2022). Cette période est également importante pour l'attachement. Cependant, les problèmes d'attachement peuvent donner lieu à d'autres problèmes à un stade ultérieur (Pasco Fearon & Belsky, 2011). Bien que les symptômes de mal-être mental ne soient pas toujours faciles à identifier chez les très jeunes enfants, les recherches montrent qu'ils apparaissent chez 17% des enfants âgés de 0 à 6 ans (von Klitzing, Döhnert, Kroll, & Grube, 2015 ; Skovgaard, 2010).

Nous considérons donc qu'il est important de se concentrer sur le soutien aux parents pendant la période pré et post-natale. Les acteur-rices impliqués dans le suivi des parents et de l'enfant jouent ici un rôle important. Non seulement pour informer les parents, par exemple sur l'importance de la création de liens affectifs mais aussi pour les soutenir, mieux connaître leur bébé, veiller à leur bien-être et les orienter si nécessaire. L'importance des 1.000 premiers jours a entre-temps trouvé une place dans les offres pour jeunes enfants (ONE, Wiegwijs, Buddy aan de wieg, etc.), mais celle-ci peut certainement être étendue et renforcée. Pour les groupes vulnérables, le recours à des experts du vécu peut être précieux pour établir une relation de confiance avec les parents.

Il est également important que les parents puissent passer suffisamment de temps avec leur bébé/enfant et ainsi créer un bon lien avec lui. Ainsi, ils peuvent mieux connaître leur bébé et reconnaître les signes qui peuvent indiquer du stress (Vliegen & Verhaest, 2020). Nous préconisons donc un allongement du congé de maternité et davantage de congés parentaux. Pour que les parents puissent réellement utiliser ces possibilités, il est nécessaire de mieux indemniser le congé de maternité et le congé parental. Cela permettra aux parents de passer plus de temps avec leurs enfants, sans soucis financiers. Outre l'effet positif sur la création de liens, cela réduirait également leur stress, qu'ils pourraient autrement transférer à l'enfant. Cela montre comment l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée des parents (et donc la possibilité d'adapter leur travail) peut avoir un effet direct sur la santé de leurs enfants.

4.2.2. Investir dans une garde d'enfants de qualité

Investir dans les 1.000 premiers jours signifie également veiller à une garde d'enfants de qualité. Malheureusement, nous ne pouvons pas la garantir suffisamment en Belgique aujourd'hui (Calluy, 2022). Les investissements dans ce secteur sont donc également nécessaires. Un statut à part entière pour les accueillant-es d'enfants, de meilleures conditions de travail et un meilleur salaire sont nécessaires pour rendre le métier plus attractif. En outre, un nombre suffisant de places doit être créé et les accueillant-es et les puéricultrices doivent être soutenus de manière adéquate pour faire leur travail. La réduction du nombre maximal d'enfants par puéricultrice est certainement souhaitable. Cela donne à la personne plus de temps pour donner à l'enfant l'attention nécessaire et le stimuler. Comme les très jeunes enfants peuvent également montrer des signaux de stress, mais que ceux-ci ne sont pas toujours faciles à voir ou à interpréter, il est certainement utile d'aborder ce sujet dans les formations ou la formation continue des accueillant-es d'enfants. Des services de garde d'enfants de qualité contribuent positivement au bien-être des plus jeunes enfants et de leurs parents, et méritent donc une attention politique et des ressources suffisantes pour les mettre en place.

4.2.3. Plus d'attention aux écoles comme lieu de prévention des problèmes mentaux

Comme nous l'avons déjà mentionné, outre la famille, l'école est un lieu important pour les enfants et les adolescent-es, notamment pour établir et maintenir des interactions sociales. En outre, l'école est un lieu qui touche tous les enfants et où ils passent beaucoup de temps (Spanemberg, Salum, & Bado, 2020). Pour cette raison, c'est le meilleur endroit pour se concentrer sur la prévention primaire. Cela crée les conditions pour favoriser le développement psychologique et émotionnel des enfants et réduire les facteurs de risque. Mais la prévention secondaire peut également avoir lieu à l'école, afin de détecter précocement les problèmes de santé et/ou les facteurs de risque, tels que les abus au sein de la famille, etc. Nous constatons aujourd'hui que les initiatives sont souvent liées à l'école ou aux enseignants et que la participation se fait sur base volontaire, ce qui perpétue les inégalités sociales en matière de santé. Nous pensons qu'il est important que toutes les écoles puissent travailler de manière structurée pour prévenir les problèmes de santé mentale et promouvoir le bien-être mental des enfants et des adolescent-es.

L'école doit devenir un lieu où l'on prête attention à la santé mentale et où l'on fait des efforts de prévention. Conformément au principe *health in all policies*, travailler sur la santé mentale ne relève pas de la compétence exclusive des ministres du bien-être ou de la santé publique. Mais cela nécessite des ressources supplémentaires. De cette manière, la politique de prise en charge peut être renforcée et, par exemple, des orthopédagogues ou des psychologues supplémentaires peuvent être employés³. Après tout, l'intention n'est pas que les enseignants prennent tout en charge eux-mêmes, même si nous pensons qu'il est logique d'accorder une grande attention au sujet de la santé mentale des enfants et des adolescent-es dans la formation des enseignants. Ce thème devrait également être régulièrement abordé dans la formation continue. De cette manière, une plus grande prise de conscience serait créée et les enseignants pourraient puiser dans leur bagage théorique lorsque les élèves montrent des signaux (d'alarme) ou présentent des problèmes mentaux.

L'inclusion des compétences psychosociales dans les objectifs de réussite pourrait contribuer positivement à la résilience des enfants et des jeunes. Soulever la question de la santé mentale en classe peut également contribuer à donner une image moins stéréotypée et, à terme, à réduire la stigmatisation mais aussi à créer une ouverture d'esprit pour parler de leurs propres problèmes.

Les PMS jouent un rôle central dans le soutien psychologique des élèves. Malheureusement, ils ont aussi trop peu de ressources et trop d'autres tâches à réaliser, et ils se heurtent à des listes d'attente lorsqu'il s'agit de réorientation. Leur financement et leur fonctionnement doivent donc être revus et ils devraient pouvoir se concentrer davantage sur la détection précoce et la signalisation des problèmes de santé mentale. Un suivi plus étroit des enfants et des jeunes à haut risque (par exemple, les enfants dont les parents souffrent de problèmes psychologiques et les jeunes aidants proches) pourrait également faire partie de leurs attributions. D'autres moyens de soutenir les écoles dans cette fonction de prévention devraient être envisagés. Par exemple, une équipe multidisciplinaire de psychologues et/ou d'orthopédagogues et de travailleurs so-

ciaux, pouvant être déployée de manière flexible, peut être mise en place via ou en parallèle des PMS pour soutenir les écoles et les élèves, mais aussi les parents. Cela permettrait de répondre aux besoins de première nécessité des élèves. La collaboration avec les accompagnant-es/consseiller-es des écoles elles-mêmes, qui se concentrent spécifiquement sur le bien-être, est également une possibilité. Aujourd'hui, la mise en place de ce type d'accompagnant-e dépend fortement de l'école. Les écoles ne disposent pas actuellement de moyens spécifiques pour ce faire et celles qui décident de le faire le financent sur base du capital-périodes des enseignants. Cependant, au vu des chiffres alarmants sur le bien-être des jeunes, ce type de soutien devrait être développé. À cette fin, des ressources spécifiques devraient être fournies afin que les écoles puissent investir dans le bien-être, sans devoir sacrifier le volet didactique.

4.2.4. Investir dans la sensibilisation autour de la santé mentale

Notre étude a montré qu'il existait encore une certaine réserve chez certains jeunes ainsi que chez certains parents quant à la recherche d'aide pour les problèmes mentaux. Il est donc important de continuer à sensibiliser toute la population par différents moyens. Bien que des progrès aient lieu, par exemple grâce à des initiatives telles que *Te Gek !?*⁴, il reste encore beaucoup à faire pour briser le tabou qui entoure les problèmes de santé mentale. Une meilleure connaissance et compréhension des problèmes mentaux pourrait également contribuer à réduire le tabou. C'est pourquoi nous appelons toutes les organisations travaillant avec des enfants et des adolescent-es à continuer à sensibiliser. Lancer le dialogue sur les problèmes mentaux dans des lieux où se trouvent de nombreux enfants et adolescent-es, se fait de préférence de manière accessible et au niveau de l'enfant et de l'adolescent-e. Les nouvelles récentes concernant l'augmentation des primes d'assurance pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale ou leur exclusion (Lelong, 2022) sont également inquiétantes du point de vue des enfants et des adolescent-es. Des recherches supplémentaires sur la nature et l'étendue de la discrimination sont cer-

3 Le Pacte d'excellence pour les écoles en Wallonie contient des éléments positifs, mais il a des conséquences possibles sur l'accompagnement des enfants à l'école et cela nécessite certainement une évaluation. Un risque possible est qu'en allouant les fonds par zone et non individuellement, l'aide des logopèdes, etc. sera moins présente dans les écoles. Cela peut avoir un impact individuel pour l'élève, mais peut aussi diminuer les possibilités de détection pour les enseignants car ils apprennent de la présence de ces professionnel-les dans leur classe et à l'école. Les possibilités de prévention et de détection sont donc limitées.

4 Plus d'informations sur www.tegek.be.

tainement nécessaires. Cela suggère qu'une meilleure compréhension et une plus grande sensibilisation sont encore nécessaires.

4.3. Suivi du bien-être des enfants et des adolescent-es

Comme nous l'avons mentionné précédemment, il est important que les signes indiquant que les enfants ou les adolescent-es souffrent de problèmes psychosociaux soient détectés rapidement. Ainsi, une intervention rapide est possible et l'on peut éviter des processus de traitement plus longs ou des problèmes plus graves plus tard dans la vie. Cela peut également réduire la pression sur les soins de santé mentale pour les enfants et les adolescent-es. Malgré les divers signaux d'alarme, les informations sur la prévalence et la nature des problèmes psychologiques sont très fragmentées (Erskine, et al., 2017). Nous disposons de ce type d'informations concernant, par exemple, le cancer ou les vaccinations, mais nous sommes dans le flou lorsqu'il s'agit de la santé mentale des enfants et des adolescent-es. Les politiques avancent ainsi aussi largement à l'aveugle. Nous pensons que des informations suffisantes sont nécessaires, tant sur la demande de soins que sur l'offre, mais aussi sur le suivi et les expériences des enfants et des adolescent-es qui reçoivent de l'aide, pour soutenir et élaborer les politiques publiques. Ces informations sont également nécessaires lorsqu'on envisage de modifier les soins de santé mentale pour les enfants et les adolescent-es. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) avait déjà souligné le manque et la fragmentation des informations en 2012. Tant en ce qui concerne l'état de santé mentale des enfants et des adolescent-es (demande d'aide) que l'offre d'aide qui leur est proposée, nous sommes encore trop et trop souvent dans l'ignorance (Vandenbroeck, et al., 2012).

Un suivi systématique et continu des problèmes rencontrés par les enfants et les adolescent-es est nécessaire et contribuera à rendre le système plus accessible et plus efficace. Nos entretiens montrent qu'il convient de faire une distinction entre les différents groupes d'âge (les adolescent-es sont soumis à des risques différents des jeunes enfants), entre les différents états de santé (qu'il s'agisse de problèmes mentaux ou physiques préexistants, d'hospitalisations ou d'admissions dans des établissements résidentiels) et entre les différents contextes de vie (familial, social, économique, etc.). L'ob-

jectif du suivi est donc d'obtenir une image de l'état de santé mentale des jeunes à différents niveaux (selon le concept large de la santé) et de prendre en compte les inégalités sociales de santé, et de pouvoir suivre leur évolution dans le temps.

Nous pensons qu'il faut réfléchir à un outil simple qui permette de garder une vue d'ensemble du bien-être des jeunes à intervalles réguliers. Nous pensons en premier lieu à un système d'enregistrement au niveau national et régional dans la première ligne générale (médecins généralistes, PMS, psychologues, etc.) dans lequel sont stockées les informations relatives à une demande. Ce système pourrait ensuite être élargi pour inclure un certain nombre de moments de suivi au cours desquels les groupes cibles eux-mêmes seraient interrogés sur leurs expériences avec le système de santé mentale.

5. Conclusion

Sur la base de nos résultats, nous formulons quelques points d'attention. Notre première préoccupation est l'accessibilité et la qualité des soins de santé mentale pour les enfants et les adolescent-es. Les listes d'attente excessivement longues pour les soins ambulatoires et hospitaliers sont au cœur des préoccupations des participant-es à notre étude. Les problèmes mentaux, déjà connus depuis longtemps par les travailleurs de la santé sur le terrain, ont été mis en lumière avec la pandémie de COVID-19. Ces problèmes sont souvent lourds à porter, tant pour les jeunes qui y sont confrontés, que ce soit pour la première fois ou non, que pour leurs familles.

Deuxièmement, nous préconisons une approche fondée sur les principes de l'universalisme proportionné, selon lequel l'aide devrait être adaptée aux objectifs de santé que nous voulons atteindre pour tous les groupes cibles, avec un soutien proportionnellement plus important pour les groupes défavorisés. Les initiatives locales, à travers les services sociaux, les associations et parfois le bénévolat, peuvent soutenir ces groupes, mais de manière insuffisante. Ce soutien n'a pas d'effet global et ne parvient pas à réduire de manière significative les inégalités en matière de santé. Le nouvel accord sur les soins psychologiques de première ligne pourrait contribuer à rendre les soins psychologiques plus accessibles financièrement, même si sa mise en œuvre et son impact réel doivent être suivis de près. Il ne faut pas non plus négliger d'autres dimensions de l'accessibilité, telles que la sensi-

bilité (capacité à identifier les besoins) et l'acceptabilité des soins (seuil minimal de qualité perçue pour que les patients aient recours aux soins).

Les problèmes inhérents au système de soins de santé se reflètent en partie dans le manque d'attention et de ressources allouées à la prévention des troubles psychologiques et à la promotion du bien-être mental chez les enfants et les adolescent-es. Il est important ici d'aborder la prévention dans une vision large de la santé et de prendre en compte les différents déterminants de la santé mentale. Il s'agit notamment du soutien aux parents, de la qualité de l'accueil des enfants, de la sensibilisation aux problèmes mentaux et des conditions de vie à l'école.

En effet, l'allocation des moyens aux écoles et aux services qui y opèrent (comme les PMS) est essentielle pour un programme ambitieux et réaliste de prévention et de promotion de la santé pour les enfants et les adolescent-es. Là encore, le point de départ est le principe selon lequel les besoins du public cible doivent guider l'intensité de l'aide qu'il reçoit.

Enfin, dans cette nouvelle phase de la crise socio-économique, déclenchée par la pandémie et exacerbée par la situation instable en Ukraine, il est nécessaire d'as-

surer un suivi qualitatif afin de trouver des solutions concrètes aux problèmes croissants liés à la santé mentale des jeunes. Ce suivi doit servir de base à la réflexion des différents acteur-rices. Cette réflexion doit être organisée de manière transversale et interdisciplinaire, afin que chaque niveau de gouvernance impliqué dans la santé mentale des jeunes puisse y contribuer et que la multitude d'expertises puisse être utilisée. Le suivi doit disposer d'instruments appropriés pour identifier la diversité des situations et les risques accrus pour certains groupes cibles.

Les conclusions de notre étude sont loin d'être positives. La situation sur le terrain est préoccupante, tant pour les jeunes que pour les professionnel-les qui les accompagnent. Néanmoins, l'une des leçons importantes de cette crise est l'ingéniosité et l'engagement des acteur-rices des différents secteurs. Nous ne devons pas sous-estimer leur flexibilité et les solutions innovantes qu'ils et elles ont mises en place, qui visent toujours à apporter le meilleur soutien aux enfants et aux adolescent-es. Cependant, cette crise montre également les limites de ces solutions, qui reposent en grande partie sur la bonne volonté des prestataires de soins de santé. Il est donc urgent de mettre en place des mesures structurelles qui permettront aux gens de faire leur travail non pas *malgré*, mais *grâce* au système de soins de santé.

Bibliographie

- Avalosse, H., Henry, H., Hens, E., Willaert, D., Bruyneel, L., & Kestens, W. (2020). Consultations à distance : *MC-Information*, 282, 46-59.
- Beel, V. (2021, 11 21). Wachttijden voor jeugdhulp zijn ontploft. *De Standaard*. Récupéré sur https://www.standaard.be/cnt/dmf20211117_93783420
- Calluy, K. (2022, 2 21). Kinderpsychiater na drama in Mariakerke: «Onze kinderopvang is niet meer goed genoeg voor het welzijn van onze kinderen». *VRT-NWS*. Récupéré sur <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2022/02/21/kinderpsychiater-na-drama-in-mariakerke-onze-kinderopvang-is-n/>
- Cès, S. (2021). L'accès aux soins de santé: définitions et enjeux. *MC-Information*, 286, 4-22.
- Ceulemans, P. (2021). Vlaanderen investeert in mentaal welzijn van kinderen en jongeren. *Domus Medica*. Récupéré sur <https://www.domusmedica.be/actueel/vlaanderen-investeert-mentaal-welzijn-van-kinderen-en-jongeren>
- Conseil Supérieur de la Santé. (2021). *Prise en charge psychosociale pendant la pandémie COVID-19 : enfants et jeunes*. Bruxelles: Conseil Supérieur de la Santé.
- Crescentini, C., Feruglio, S., Matiz, A., Paschetto, A., Vidal, E., Cogo, P., & Fabbro, F. (2020). Stuck outside and inside: an exploratory study on the effects of the COVID-19 outbreak on Italian parents and Children's internalizing symptoms. *Frontiers in Psychology*, 11, 586074.
- De Meulenaere, J., Crommen, S., & Danckaerts, M. (2021). *De Staten-Generaal van de Geestelijke Gezondheid 2021 - Focus*.

- Dierckens, M., Delaruelle, K., & Deforche, B. (2021). *Eindrapport studie Jongeren en Gezondheid 2017 – 2020*. Gent: Onderzoeksgroep Gezondheidsbevordering. Récupéré sur https://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be/wordpress/wp-content/uploads/2021/12/Eindrapport_20172020_finaal.pdf
- Erskine, H., Baxter, A., Patton, G., Moffitt, T., Patel, V., Whiteford, H., & Scott, J. (2017). The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 26(4), 395–402.
- Fegert, J., Vitiello, B., Plener, P., & Clemens, V. (2020). Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: A narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14, 20.
- Furber, G., Segal, L., Leach, M., Turnbull, C., Procter, N., Diamond, M., . . . MsGorry, P. (2015). Preventing mental illness: closing the evidence-practice gap through workforce and services planning. *BMC Health Services Research*, 15, 283.
- Germeys, I. (2021). Waarom hebben jongeren het zo moeilijk tijdens corona? Universiteit van Vlaanderen. Récupéré sur https://www.gezondheid.be/index.cfm?fuseaction=art&art_id=32356
- Gisle, L., Drieskens, S., Demarest, S., & Van der Heyden, J. (2020). *Geestelijke gezondheid: gezondheidsenquête 2018*. Brussel: Scien-sano.
- Gorrese, A., & Ruggieri, R. (2013). Peer attachment and self-esteem: a meta-analytic review. *Personality and Individual Differences*, 55(5), 559-568.
- Guessoum, S., Lachal, J., Radjack, R., Carretier, E., Minassian, S., Benoit, L., & Moro, M. (2020). Adolescent psychiatric disorder during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry research*, 291, 113264.
- Hafstad, G., & Augusti, E. (2021). A lost generation? COVID-19 and adolescent mental health. *Lancet Psychiatry*, 8(8), 640-641.
- Ince, D., & Kalthoff, H. (2020). *Opgroeien en opvoeden. Normale uitdagingen voor kinderen, jongeren en hun ouders*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- InTijdenVanCorona#8 – Mijn lievelingsdag, na mijn verjaardag, is de dag dat ik weer naar school mag gaan. (2020). Récupéré sur <https://www.huderf30.be/nl/nieuws/intijdenvancorona8-mijn-lievelingsdag-na-mijn-verjaardag-is-de-dag-dat-ik-weer-naar-school-mag-gaan/>
- KBS. (2017). <https://kbs-frb.be/fr/tous-fous-parler-autrement-de-la-sante-mentale>
- Kestens, E., & Crommen, S. (2022, 02 22). Niemand lijkt wakker te liggen van de problemen van kinderen en jongeren: gaan we hen opnieuw in de steek laten? *Knack*.
- Kirtley, O., Achterhof, R., Hiekkaranta, A., Hermans, K., Hagemann, N., & Germeys, I. (2019). *Sigma 2019: Fase I. Rapport Hoe word ik wie ik ben?*
- Kluppels, K., Portzky, G., & Hoppenbrouwers, K. (2017). Signalering van psychosociale problemen bij 15-jarige Antwerpse jongeren via de centra voor leerlingenbegeleiding. *Tijdschr Jeugdgezondheidszorg*(49), 49-56.
- Maes, S. (2021). *COVID-19: l'impact sur la santé mentale des jeunes*. Bruxelles: Yapaka.
- Meherali, S., Punjani, N., Louie-Poon, S., Abdul Rahim, K., Das, J., Salam, R., & Lassi, Z. (2021). Mental Health of Children and Adolescents Amidst COVID-19 and Past Pandemics: A Rapid Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(7), 3432.
- Nastasi, B. K., & Borja, A. P. (2016). Introduction to the Promoting Psychological Well-Being Globally Project. Dans B. K. Nastasi, & A. P. Borja, *International Handbook of Psychological Well-Being in Children and Adolescents*. New York: Springer Science+Business.
- Nearchou, F., Hennessy, E., Flinn, C., Niland, R., & Subramaniam, S. (2020). Exploring the impact of covid-19 on mental health outcomes in children and adolescents: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8479.
- Nederlands Ministerie van Volksgezondheid, (2022). *Een Kansrijke Start voor iedereen*.
- OECD. (2021a). *Supporting young people's mental health through the COVID-19 crisis*. Paris: OECD.
- OECD. (2021b). *Young people's concerns during COVID-19: Results from risks that matter 2020, OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*. Paris: OECD.
- Organisation mondiale de la Santé. (2003). *Investir dans la santé mentale*. World Health Organisation, Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health. Genève: OMS.
- Organisation mondiale de la Santé. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- Pasco Fearon, R., & Belsky, J. (2011). Infant-mother attachment and the growth of externalizing problems across the primary-school years. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 52(7), 782–791.
- Pfefferbaum, B. (2021). Challenges for Child Mental Health Raised by School Closure and Home Confinement During the COVID-19 Pandemic. *Current Psychiatry Reports*, 23 (10), 65.
- Poppelmonde, J. (2021, 12 15). Mentaal welzijn van leerlingen? Daar hebben CLB's geen tijd voor. *De Standaard*.
- Recht-Op. (2022). *Op zoek naar een brug tussen jongeren in armoede en psychische hulp*. Antwerpen.
- Rens, E., Smith, P., Nicaise, P., Lorant, V., & Van den Broeck, K. (2021). Mental Distress and Its Contributing Factors Among Young People During the First Wave of COVID-19: A Belgian Survey Study. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 575553.
- Sholokhova, S., Noirhomme, C., Morissens, A., & Verniest, R. (2021). L'impact de la pandémie de COVID-19 sur. *MC-Informations*, 286, 23-45.

- Skovgaard, A. (2010). Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. An epidemiological study. *Danish medical bulletin*, 57(10), B4193.
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., . . . Fusar-Poli, P. (2021). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27, 281–295.
- Spanemberg, L., Salum, G., & Bado, P. (2020). How can schools be integrated in promoting well-being, preventing mental health problems and averting substance-use disorders in urban populations? *Current opinion in psychiatry*, 33(3), 255-263.
- Spinelli, M., Lionetti, F., Pastore, M., & Fasolo, M. (2020). Parents' stress and Children's psychological problems in families facing the COVID-19 outbreak in Italy. *Frontiers in Psychology*, 11, 1713.
- TNO. (2016). *Investing in the first 1000 days of life for a healthy future*. Leiden: TNO.
- Unicef. (2022). *Rapport van kinderen en jongeren met mentale gezondheidsproblemen in België. What do you think?* Unicef België.
- Vandenbroeck, P., Dechenne, R., Becher, K., Van den Heede, K., Eyssen, M., Geeraerts, G., & Stroul, B. (2012). *Geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren: ontwikkeling van een beleidsscenario, Synthese*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Vlaams Instituut Gezond Leven. (Positieve) geestelijke gezondheid. Récupéré sur <https://www.gezondleven.be/themas/mentaal-welbevinden/positieve-geestelijke-gezondheid#:~:text=We%20kunnen%20stellen%20dat%20er,dit%20is%20het%20salutogenetische%20element>
- Vliegen, N., & Verhaest, Y. (2020). *Vroege ontwikkeling alle kansen geven. Infant mental health: geestelijke gezondheidszorg voor baby's, jonge kinderen en ouders*. Kalmthout: Pelckmans.
- von Klitzing, K., Döhnert, M., Kroll, M., & Grube, M. (2015). Mental Disorders in Early Childhood. *Deutsches Arzteblatt international*, 112(21-22), 375–386.
- Wille, N., Bettge, S., & Ravens-Sieberer, U. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(S1), 133-147.



Écouter les enfants et les jeunes concernés par la santé mentale

Résumé du rapport de l'UNICEF des enfants et des jeunes concernés par la santé mentale en Belgique

Ann Morissens — Service d'études

Résumé

Dans cet article, nous présentons les principaux résultats du rapport de l'UNICEF : enfants et jeunes avec des problèmes de santé mentale. Dans ce rapport, les enfants et les jeunes parlent de leurs expériences pendant une hospitalisation, de leurs sentiments, de ce qui leur manque et de ce qu'ils aimeraient voir changer. L'UNICEF a utilisé une méthodologie intéressante permettant aux enfants et aux jeunes de partager leurs expériences et leurs sentiments de différentes manières, non seulement en en parlant, mais aussi par en dessinant, etc.

Le rapport donne un aperçu intime de la vie des enfants et des jeunes souffrant de problèmes de santé mentale et nous indique où se situent les défis (politiques). Les enfants et les jeunes déplorent que leur voix ne soit pas entendue et que les problèmes de santé mentale fassent encore l'objet de stigmatisation et d'incompréhension. Nous espérons que ce rapport contribuera positivement à ce que la voix de ce groupe d'enfants vulnérables soit écoutée.

Mots clés : Santé mentale, participation, implication, enfants, jeunes, public vulnérable

1. Introduction

Le rapport fait partie du projet *What do you think*, avec lequel l'UNICEF souhaite donner la parole aux enfants vulnérables. Cette fois, l'UNICEF attire l'attention sur la santé mentale des enfants et des adolescents en Belgique. La santé mentale des enfants et des jeunes est soumise à une forte pression, dans le monde entier et en Belgique. La pandémie de COVID-19 a amplifié les problèmes préexistants. Les problèmes de santé mentale ont un impact sur le début de vie des enfants et les empêchent souvent de vivre pleinement la vie qu'ils souhaiteraient. Malheureusement, il y a encore beaucoup de stigmatisation et de préjugés autour de ce sujet, ce qui fait que les enfants se sentent pointés du doigt. Tant de potentiel est perdu. Pire encore, la voix des enfants et des jeunes n'est pas entendue. C'est l'impression qu'ont les enfants et c'est là qu'ils veulent voir des changements. L'objectif de ce rapport est donc de donner la parole aux enfants et aux jeunes souffrant de problèmes de santé mentale et, espérons-le, de faire en sorte que les responsables politiques les écoutent. Les expériences des enfants et des jeunes sont importantes pour la prise d'initiative du gouvernement ou de la société pour améliorer leur situation. Ils sont, après tout, des experts de vécu. Malgré les efforts déployés ces dernières années, les défis restent importants. Nous espérons que le rapport contribuera à poursuivre le travail sur les solutions, de préférence en accord avec les recommandations formulées par les enfants et les jeunes. Ces recommandations sont également transmises au Comité des droits de l'enfant des Nations unies et aux responsables politiques en Belgique.

Cent cinquante enfants et adolescents âgés de 6 à 17 ans, qui séjournaient dans des centres de jour pédopsychiatriques, des hôpitaux ou suivaient un trajet ambulatoire, ont participé à ce projet *What do you think* sur la santé mentale. Leur participation était volontaire et basée sur des méthodes participatives (discussions (de groupe), ateliers, mais aussi techniques créatives) avec l'approbation du *Comité d'éthique* des hôpitaux. Les enfants et les jeunes ont été soutenus dans ce processus et ont également collaboré avec les prestataires de soins. Les enfants et les jeunes ont parlé de leurs expériences et de leurs craintes, mais aussi de leurs espoirs et de leurs rêves, et veulent surtout être écoutés. Ce dernier élément fait selon eux défaut, et cela vaut non seulement pour les parents, les enseignants et les éducateurs, mais aussi pour les politiciens.

2. Expériences des enfants et des jeunes en pédopsychiatrie

2.1. Des histoires de vie difficiles

Les enfants et les jeunes avec lesquels l'UNICEF s'est entretenu ont souvent traversé des moments difficiles dans leur vie qui leur ont laissé des traces et des blessures. L'hospitalisation est volontaire pour certains, mais pas pour d'autres. Pour ces derniers, l'hospitalisation est donc vécue comme une contrainte. Pour d'autres, l'hospitalisation constitue un répit, mais de nombreuses questions et du stress subsistent. Il y a aussi l'impression d'être sur une île et la peur de retourner à la vie normale. Il est difficile pour les jeunes de s'ouvrir aux prestataires de soins ; il faut du temps pour établir la confiance. Malgré sa nature radicale, l'hospitalisation est une expérience positive pour de nombreux jeunes, notamment grâce à l'implication du personnel encadrant.

2.2. La vie pendant l'hospitalisation : opportunités et obstacles

L'aide psychologique et le soutien ressenti par les jeunes pendant les hospitalisations constituent des points positifs. Les enfants et les jeunes ont souvent dû attendre longtemps pour obtenir de l'aide. Cependant, il y a aussi des points à travailler : par exemple, ils regrettent la forte rotation du personnel car ils doivent à nouveau raconter leur histoire et créer un lien de confiance. Beaucoup d'enfants et de jeunes vivent cela comme un pas en arrière plutôt qu'un pas en avant.

Pendant l'hospitalisation, ils connaissent (trop) de règles et trop peu de liberté, mais aussi un manque d'intimité. L'isolement et le confinement en chambre sont vécus comme une punition et accroissent la solitude. Certains enfants et jeunes font également l'expérience de comportements arbitraires de certains prestataires de soins et se sentent soumis à des rapports de pouvoir.

Les bâtiments, l'aménagement, l'infrastructure et la nourriture pourraient tous être améliorés. Les jeunes trouvent la nourriture ni saine, ni variée, et ils aimeraient cuisiner ensemble.

Les jeunes souhaiteraient également avoir davantage leur mot à dire dans le choix de la thérapie ; l'accent

est souvent mis sur la parole, mais cela n'est pas facile pour tous les jeunes. Les formes créatives de thérapie sont très appréciées. En outre, les jeunes veulent davantage d'accès au WIFI et au GSM, et également plus d'activités et de sorties en plein air. Jouer est important et la présence d'animaux serait également appréciée ; pour beaucoup d'enfants et de jeunes, leurs animaux de compagnie apportent une certaine tranquillité et ils leur manquent. Pourquoi ne pas avoir des droits de visite pour les animaux domestiques ou avoir un animal de groupe ?

La vie en collectivité offre des opportunités, mais elle comporte aussi des défis. Ils apprennent à connaître leurs pairs dans lesquels ils se reconnaissent, en qui ils trouvent un soutien. Des amitiés se forment également. Les enfants et les jeunes sont bien conscients qu'ils devront laisser derrière eux les amis qu'ils se sont faits dans le groupe. Pour certains, la vie en collectivité peut être vécue comme une menace.

La plupart des jeunes ont une opinion positive de l'école de l'hôpital, qu'ils trouvent mieux adaptée à leurs besoins que leur école normale. Certains craignent de prendre du retard et que tous les cours ne soient pas donnés autant en détail. Les enfants et les jeunes déclarent que l'école (en général, c'est-à-dire qui n'est pas celle de l'hôpital) est une source majeure de stress et qu'ils ne peuvent pas se tourner vers les enseignants pour leur faire part de leurs problèmes, ou qu'ils ne sont pas pris au sérieux par leurs enseignants. Les problèmes de santé mentale sont trop peu connus.

Pendant l'hospitalisation, les parents manquent à leurs enfants et les jeunes souhaiteraient avoir plus de possibilités de visite. Les enfants dont la situation familiale est à l'origine de leur hospitalisation ont du mal avec l'implication de leurs parents dans la thérapie. Pour certains enfants, la cause de leur hospitalisation réside dans une situation familiale complexe ; il est positif que les parents soient impliqués, mais certains enfants aimeraient que ce ne soit pas le cas, car ils pourraient parler plus librement.

2.3. Tabou, participation et implication

Les enfants et les adolescents indiquent également qu'il existe une image négative de la santé mentale dans la société et qu'ils en sont très conscients.

Les droits de l'enfant sont au centre du rapport et tant les enfants et les jeunes que l'UNICEF plaident pour davantage d'*implication et de participation*, non seulement pendant leur hospitalisation et dans le groupe, mais aussi en général. Les enfants et les jeunes ont le sentiment qu'ils ne sont pas écoutés et que les décisions sont trop souvent prises à leur place. Ils sont bien placés et proposent également des solutions et des idées pour rendre leur séjour à l'hôpital plus agréable, mais aussi pour améliorer l'image (souvent stéréotypée) de la santé mentale. Nous présentons ci-dessous quelques-unes des recommandations formulées par les enfants et les jeunes interrogés.

3. Recommandations des enfants et des jeunes concernés par la santé mentale

3.1. Prévention des problèmes de santé mentale

De nombreux enfants et jeunes regrettent d'avoir été hospitalisés. Il faut faire davantage pour éviter cela. Ils demandent donc que davantage de centres d'écoute et d'assistance locaux soient mis en place. Il doit s'agir de lieux sûrs, proches du domicile, où ils peuvent se rendre en cas de besoin (sans longues périodes d'attente). Les jeunes disent aussi qu'ils peuvent trouver du soutien auprès des autres jeunes.

3.2. Lutter contre les discriminations liées au genre

Il est important de pouvoir être qui on est. Pourtant, d'après les expériences des jeunes, cela n'est pas encore évident en 2022. Certains souhaitent qu'il soit possible de changer d'identité sans le consentement des parents dès l'âge de 16 ans. De nombreux jeunes ont des difficultés avec leur identité de genre.

3.3. Briser le silence et la stigmatisation

Les enfants et les jeunes sont très conscients de la stigmatisation qui entoure encore la santé mentale. Il faut y mettre fin. Il existe également un manque de connaissance et de compréhension des problèmes de

santé mentale dans la société. « Ce n'est pas parce que cela ne se voit pas qu'il n'y a pas besoin d'aide », a dit un jeune (Unicef, 2022). Pour briser le tabou, les jeunes proposent de réaliser des reportages, de faire de la musique afin de sensibiliser la société.

3.4. Plus de soutien pour les familles

Les familles ont besoin d'un soutien accru dans différents domaines. Plus d'aide pour les parents afin qu'ils puissent aider leurs enfants. La pauvreté et de mauvaises conditions de logement ont un impact sur la santé mentale. Les enfants et les jeunes ont le sentiment que les choses qu'ils aimeraient faire ne sont pas possibles en raison du manque d'argent. La possibilité d'étudier n'est pas non plus accessible à tous les jeunes car le coût est parfois trop élevé pour les familles, ce qui prive les enfants d'opportunités d'apprentissage.

3.5. Soutien à l'école

L'école est considérée comme un lieu où l'on pourrait faire davantage pour la santé mentale. C'est aussi un lieu où les problèmes peuvent être repérés à un stade précoce. Cependant, de nombreux jeunes et enfants ont indiqué qu'ils ne pouvaient pas trouver d'aide, ni auprès des enseignants, ni auprès du PMS, qui est surchargé. Il devrait donc y avoir davantage de soutien psychologique et social à l'école, avec un rôle clé pour le PMS. Il faut également s'efforcer d'amener les jeunes à se soutenir mutuellement. Il est nécessaire de former les enseignants afin qu'ils puissent soutenir les élèves en difficulté. Mais il est également nécessaire de parler des problèmes mentaux afin que les pairs et les enseignants puissent mieux comprendre les enfants et les jeunes qui ont des problèmes. Les enfants et les jeunes eux-mêmes pensent que le gouvernement devrait également s'intéresser davantage à la santé mentale des enfants.

L'importance de l'école, en tant que lieu de prévention, mais aussi en tant que source de stress et de problèmes mentaux (par exemple à cause du harcèlement, qui peut avoir un impact majeur) apparaît clairement lorsque les enfants et les jeunes dressent une liste spécifique de propositions pour les écoles :

- Plus de possibilités de parcours scolaires à temps partiel afin de réduire la pression ;

- Des attestations de repos permettant aux élèves de faire une pause et de s'éloigner de la pression de l'école ;
- Un coach bien-être accessible qui leur demande comment ils vont ;
- Introduire des cours obligatoires sur les problèmes mentaux pour lever le tabou ;
- Instaurer une heure de bien-être, une heure libre où l'on peut faire une pause ;
- Davantage de sorties scolaires ;
- Une collaboration meilleure et plus rapide entre l'école et les services d'aide, mais aussi, par exemple, un psychologue qui vient à l'école chaque semaine et travaille avec l'équipe de l'école ;
- Travailler de manière plus personnelle avec les élèves, par exemple en petits groupes.

Les enfants et les jeunes disent que l'école peut être un lieu de protection, mais aussi un lieu à risque. Le passage à l'école secondaire est vécu par beaucoup comme une période difficile.

3.6. Mettre fin à la violence contre les enfants

Les enfants et les jeunes sont encore trop souvent victimes de différentes formes de violence. Il ne s'agit pas seulement de la situation familiale, mais aussi de la violence commise par d'autres enfants, qui peut être une violence non physique, par exemple le harcèlement. Cela laisse souvent des cicatrices profondes.

3.7. Renforcer la formation des professionnels

Les enfants et les jeunes n'ont pas toujours des expériences positives avec les intervenants de première ligne ; ils ne se sentent souvent pas compris. Il est important d'apprendre à écouter et à parler avec les jeunes, et la formation des professionnels peut y contribuer.

3.8. Un hôpital comme dernier recours

Comme mentionné précédemment, se concentrer sur la prévention des problèmes mentaux est une recommandation importante. La prévention peut en effet réduire le risque d'hospitalisation. Bien que l'hospita-

talisation soit une étape vers la guérison, elle reste une période difficile et radicale pour les enfants et les adolescents. Ils doivent quitter leur environnement familial, c'est pourquoi l'hospitalisation doit être évitée autant que possible. Par conséquent, les enfants et les jeunes préconisent une aide plus rapide et plus précoce, plus proche du milieu de vie. Les enfants souhaitent également être impliqués de plus en plus dans les décisions qui les concernent. Cela se fait maintenant trop souvent sans eux. Si une hospitalisation est nécessaire, il faut également écouter les enfants et faire des efforts pour qu'ils passent moins de temps seuls dans la chambre, qu'ils aient plus de contacts avec le monde extérieur et qu'ils soient davantage impliqués dans la thérapie. Celle-ci est aujourd'hui insuffisamment adaptée aux besoins et préférences individuels. D'après les enfants et les jeunes interrogés, la vie en collectivité est également très liée à des règles et à un planning, avec trop peu de temps pour soi.

4. Conclusion

Les enfants et les jeunes doivent pouvoir réfléchir et parler de leur séjour, mais aussi de leur avenir. Ce rapport offre un aperçu précieux et inspirant de la vie et des expériences des enfants souffrant de problèmes de santé mentale. Leurs expériences montrent qu'il y a encore beaucoup de travail à faire de la part des décideurs politiques, des prestataires de soins, des enseignants et des parents. En tant que société, nous leur devons d'entendre leurs voix, de les écouter et de donner suite à leurs recommandations. Montrons que nous avons entendu leur voix en œuvrant pour la santé mentale et en prenant des mesures, sans les décevoir.

Bibliographie

Unicef. (2022). *Rapport des enfants et des jeunes concernés par la santé mentale en Belgique. What do you think?* Bruxelles : Unicef Belgique.



Soins de santé somatiques en institutions psychiatriques

Résumé du rapport du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE)

Sigrid Vancorenland — Service d'études

Résumé

Les personnes atteintes de troubles psychiatriques présentent un risque plus élevé de problèmes somatiques (hypertension, diabète, obésité). Pourtant, elles ont un accès plus difficile aux soins de santé somatiques que la population générale. Le rapport KCE tente de comprendre la cause de cette situation. Pour cela les chercheurs du KCE combinent une étude de la littérature avec des données chiffrées, des entretiens individuels et de groupes de discussion avec des patients et des prestataires de soins (psychiatriques). L'étude se limite aux soins somatiques dans des contextes de soins spécifiques (tels que les hôpitaux psychiatriques) et ne couvre donc pas les soins ambulatoires (psychiatriques ou de santé mentale).

Le rapport du KCE identifie plusieurs causes à ce déficit de santé. L'explication se trouve en partie dans les préjugés et le manque de connaissances. En conséquence, les problèmes de santé sont plus souvent attribués à l'état psychiatrique du patient et les problèmes de santé somatiques sont négligés. Une autre explication est que l'organisation des soins somatiques souffre de contraintes administratives et financières. Le rôle et le financement du médecin généraliste et des spécialistes somatiques ne facilitent pas toujours la fourniture des soins somatiques nécessaires aux patients psychiatriques. De même, l'accès aux médicaments ambulatoires pour les maladies préexistantes avant l'hospitalisation est souvent un problème. Enfin, le problème de la communication et de la continuité des soins est également mentionné, tant à l'admission que pendant le séjour, mais aussi après la sortie. Le rapport du KCE formule un certain nombre de recommandations pour y remédier.

Mots-clés : Rapport KCE, santé mentale, soins somatiques, préjugés, patient psychiatrique, déficit de santé

1. La santé somatique des patients psychiatriques : un déficit de santé

Les personnes atteintes d'un trouble psychiatrique, tel que la schizophrénie, les troubles psychotiques, les troubles bipolaires ou la dépression sévère, sont plus susceptibles de mourir à un âge plus précoce que la population générale (une différence d'au moins 10 années de vie). Environ 60% de cette surmortalité est due à des maladies somatiques, dont une grande partie peut être évitée, car elles sont liées au mode de vie, comme le manque d'exercice, ou aux effets secondaires des médicaments psychiatriques. Mais l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a souligné en 2017 (Organisation mondiale de la Santé, 2017) qu'en plus de ces facteurs individuels, l'accessibilité aux soins de santé est également un problème, ainsi que des facteurs sociaux tels que la stigmatisation et le manque de soutien social. L'OMS s'est fixé pour objectif de réduire d'un tiers les décès prématurés de personnes souffrant de troubles psychiatriques d'ici 2030.

L'objectif du rapport du KCE est de dresser un état des lieux de la prise en charge somatique des personnes souffrant de troubles psychiatriques en Belgique et d'essayer de comprendre pourquoi cette prise en charge est sous-optimale. La méthodologie du rapport combine une revue de la littérature, des données chiffrées (provenant des résumés psychiatriques minimaux) et une étude qualitative. Dans cette étude, des informations ont été recueillies sur la perception et les expériences des patients et des soignants (psychiatriques) au moyen d'entretiens individuels et de groupes de discussion. Il est important de noter que l'étude se limite aux soins somatiques dans quatre contextes de soins spécifiques : les hôpitaux psychiatriques, les services psychiatriques des hôpitaux généraux, les maisons de soins psychiatriques et les initiatives d'habitations protégées. Les soins ambulatoires (psychiatriques ou de santé mentale) ne sont donc pas inclus.

Les personnes atteintes de troubles psychiatriques présentent un risque plus élevé de problèmes somatiques (hypertension, diabète, obésité). Pourtant, elles ont un accès plus difficile aux soins de santé somatiques que la population générale. Le rapport du KCE identifie les différentes causes de ce déficit de santé et formule un certain nombre de recommandations pour y remédier.

2. Les causes de ce déficit de santé

L'explication peut être trouvée en partie dans les préjugés et le manque de connaissances. De nombreux patients ont déclaré qu'ils avaient souvent le sentiment de ne pas être entendus ou pris au sérieux lorsqu'ils signalaient des problèmes de santé somatiques lors de leur admission. Parfois, leur plainte somatique était attribuée à leur état psychiatrique et n'était pas prise en compte. Non seulement les patients eux-mêmes doivent faire face à des préjugés, mais leurs soignants (psychiatriques) doivent également faire face aux préjugés des autres travailleurs de la santé. Par exemple, il est difficile d'organiser des soins somatiques pour un patient psychiatrique. Il est difficile de trouver un spécialiste qui accepte de se déplacer dans une institution psychiatrique, même s'il s'agit du service psychiatrique du même hôpital. Des problèmes se posent également lorsqu'un patient psychiatrique est admis dans un service de médecine somatique (dans un hôpital général). Les soignants (psychiatriques) témoignent que les patients sont très vite renvoyés vers le service psychiatrique. Ou que les patients considérés comme psychiatriques au service des urgences sont rapidement dirigés vers le service psychiatrique sans examen (somatique) approprié. La littérature mentionne que les médecins somaticiens se sentent souvent mal à l'aise avec les patients psychiatriques car ils ont peu de connaissances en psychiatrie. Mais inversement, les équipes psychiatriques indiquent également que leur connaissance de la médecine somatique n'est pas optimale. Notre système considère la santé somatique et psychiatrique comme deux entités distinctes, ce qui n'est pas favorable.

Une explication supplémentaire est que l'organisation des soins somatiques souffre de contraintes administratives et financières (en termes d'honoraires, d'équipement, de logistique, etc.). En ce qui concerne les médecins généralistes, le financement actuel des soins somatiques en milieu psychiatrique n'est pas suffisant pour assurer les soins somatiques de chaque patient, tenir les dossiers médicaux, assister aux réunions d'équipe et assurer la continuité des soins et la coopération avec les spécialistes externes de première ligne et/ou hospitaliers. Les personnes interrogées ont déclaré que la seule façon de résoudre ce problème est d'intégrer de manière structurelle le statut de médecin généraliste dans les hôpitaux psychiatriques. Le financement des consultations avec des spécialistes somatiques n'est pas non plus favorable. En outre, l'organisation de consultations externes exige

beaucoup de temps et de ressources logistiques pour les prestataires de soins psychiatriques. Lorsqu'un patient se rend à une consultation externe, il doit être accompagné par un membre de l'équipe afin de le rassurer, de s'assurer que tout est compris et d'organiser le suivi ultérieur. Ce temps n'est pas prévu dans les normes de personnel, le reste de l'équipe travaille donc avec une personne en moins. En conséquence, les soins sont parfois reportés ou supprimés, ce qui peut détériorer la santé du patient à long terme. Il existe également certaines irrégularités dans le financement des psychiatres. Et les normes de dotation en personnel infirmier ne sont souvent pas suffisantes pour couvrir les soins somatiques des patients psychiatriques.

L'accès aux médicaments ambulatoires pour les maladies préexistantes à l'hospitalisation est également souvent un problème. La pharmacie de l'hôpital dispose d'une liste de médicaments disponibles et les médicaments administrés durant l'hospitalisation doivent y figurer. Dès lors, si l'un ou l'autre de ces médicaments ambulatoires ne se trouvent pas sur cette liste, alors le médecin doit remplacer ce médicament par un autre qui s'en rapproche le plus possible. Certains patients disent qu'ils n'ont pas été informés que leurs médicaments avaient été modifiés. L'automédication n'est pas autorisée dans un établissement psychiatrique. Les procédures pour obtenir un analgésique courant sont longues et complexes, obligeant parfois le patient à attendre des heures pour être soulagé.

Enfin, le problème de la communication et de la continuité des soins est également mentionné. Les prestataires de soins interrogés ont indiqué qu'il est souvent difficile de trouver des informations sur les antécédents du patient lors de son admission. Ces informations sont nécessaires pour un traitement somatique correct. Il est également difficile de reconstituer le schéma de médication. Les soignants (psychiatriques) qualifient la recherche de données de chronophage et de complexe. Durant l'admission, il existe également des problèmes de communication entre le milieu psychiatrique et les spécialistes somatiques dans les hôpitaux. L'accent est mis ici sur le rôle du médecin généraliste, qui est plus proche du patient et qui pourrait constituer le lien entre le service psychiatrique et les spécialistes somatiques. Il est nécessaire d'établir de bons accords entre les médecins ou les services hospitaliers concernant l'organisation d'une consultation par un spécialiste somatique. Cela permettrait de réduire aussi bien la charge de travail de l'équipe de soins (psychiatriques) que le temps d'attente et le stress du patient. Les patients ont indiqué que lorsqu'ils quittaient l'hôpital (psychiatrique), ils se sentaient parfois très désemparés. Ils ont dû

trouver un médecin généraliste par eux-mêmes, organiser leur médication à domicile, prendre des rendez-vous de suivi avec les spécialistes somatiques, etc. Les équipes de soins ont suggéré d'organiser des réunions de sortie avec le pharmacien du service et le médecin généraliste pour organiser le suivi. Enfin, les patients citent également des problèmes de communication entre eux et les prestataires de soins : manque d'informations sur leur diagnostic, sur le traitement prescrit, sur les changements de médicaments et les éventuels effets secondaires, etc.

3. Les recommandations

La prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques doit être **holistique**. Le patient doit être considéré dans sa globalité et la division classique entre soins psychiatriques et somatiques doit être abolie. Il est généralement observé que la santé mentale du patient s'améliore lorsque la santé somatique est bien prise en charge, et *vice versa*. Par conséquent, la santé globale du patient doit être l'objectif premier de toute admission dans un établissement psychiatrique. L'autonomisation du patient fait partie du processus de guérison. Une approche respectueuse des choix et des souhaits du patient est requise.

Chaque patient admis dans un établissement psychiatrique doit avoir un **plan de traitement et de suivi**. Il doit couvrir à la fois les soins psychiatriques et somatiques et doit être élaboré par l'équipe psychiatrique **en coopération avec le patient** (et avec la famille ou l'aidant proche si le patient le souhaite). L'information et la participation du patient aux soins sont très importantes, c'est pourquoi ce plan doit inclure des informations sur, entre autres, l'organisation des soins intégrés, tous les médicaments prescrits et leurs effets secondaires, etc. En outre, toute question somatique du patient doit être traitée de manière respectueuse et confidentielle. Il est donc utile dans la formation des futurs professionnels d'accorder plus d'attention à la prise en compte simultanée de la santé somatique et psychiatrique et de prendre au sérieux les plaintes somatiques.

Tout patient admis dans un établissement psychiatrique doit **avoir accès à des soins somatiques** comparables à ceux de la population générale. Une exigence minimale à cet égard est que chaque établissement psychiatrique compte au **moins un médecin généraliste dans l'équipe psychiatrique**. Il doit disposer d'un temps de travail suffisant, être rémunéré de manière structurelle et les res-

trictions administratives doivent être supprimées (nomenclature, limitation des prescriptions, etc.). Le médecin généraliste doit être en mesure d'effectuer son travail sans restrictions inutiles. Chaque établissement psychiatrique doit également **organiser l'accès aux spécialistes somatiques** en fonction des besoins de ses patients. Cet accès doit être clairement décrit dans des accords entre les établissements / services et les restrictions administratives et logistiques doivent être supprimées. En outre, il est nécessaire de **proposer une formation continue à l'équipe de soins psychiatriques** afin d'actualiser ses connaissances en matière de soins somatiques. Les soins spécifiques (soins dentaires ou soins préventifs) doivent être disponibles dans la même mesure que les soins fournis à la population générale. L'infrastructure et les équipements pour les soins somatiques doivent être adéquats, sûrs et disponibles à temps.

Pour la **continuité des soins**, il est essentiel qu'il y ait une bonne coopération tant au sein des équipes de soins du milieu psychiatrique qu'avec les autres services ou milieux

impliqués dans les soins somatiques. Pour la coordination des soins pendant l'hospitalisation, il semble approprié que le médecin généraliste soit responsable de la coordination des soins somatiques au sein de l'équipe psychiatrique et des relations avec les prestataires de services externes. À cette fin, le médecin généraliste tiendra un dossier médical somatique qui sera intégré au dossier psychiatrique. Pour assurer la continuité avant, pendant et après l'admission, une bonne communication est nécessaire avec tous les prestataires de soins, depuis l'admission jusqu'à la sortie. Par exemple, une consultation devrait être systématiquement organisée avant la sortie. Un rapport de sortie et un plan de suivi doivent être communiqués aux prestataires externes de première ligne en temps opportun.

Il reste beaucoup à faire pour donner aux personnes souffrant de troubles psychiatriques le même accès aux soins de santé que la population générale. Mais il y a un grand intérêt parmi les prestataires de soins de santé et les patients, et tout le monde est convaincu que les choses doivent changer.

Bibliographie

Jespers, V., Christiaens, W., Kohn, L., Savoye, L., & Mistiaen, P. (2021). *Soins de santé somatiques en institutions psychiatriques- Synthèse* Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).

Organisation mondiale de la Santé. (2017). *Helping people with severe mental disorders live longer and healthier lives: policy brief*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.



Santé & Société 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.

Bien évidemment, le fichier d'adresses est utilisé exclusivement dans le cadre de la diffusion des productions du service d'études et la gestion de la revue. Ce fichier n'est accessible qu'aux collaborateurs et aux fournisseurs de l'ANMC impliqués dans la gestion de la revue. Il est par ailleurs stocké dans un espace informatique sécurisé.

Dans le cadre du règlement général sur la protection des données (RGPD), vous pouvez toujours demander à consulter gratuitement vos données à caractère personnel et, le cas échéant, demander la correction de toutes les données à caractère personnel incorrectes et/ou incomplètes vous concernant. Dans ce cadre, vous pouvez également demander que vos données à caractère personnel ne soient temporairement pas traitées (sauf dans plusieurs cas définis par la loi) jusqu'à ce que leur exactitude ait été contrôlée.

Vous pouvez également demander à recevoir une copie de vos données à caractère personnel et/ou qu'elle soit transmise à un autre établissement ou personnel de votre choix dans un format permettant de transférer facilement ces données à caractère personnel.

Vos données à caractère personnel ne seront pas conservées plus longtemps que nécessaire aux fins énoncées dans le présent document. Si vous estimez que la Mutualité chrétienne ne peut plus traiter vos données à caractère personnel dans le cadre de la revue *Santé & Société*, vous pouvez alors également demander, dans certains cas déterminés, que vos données à caractère personnel soient définitivement supprimées. En lieu et place de la suppression, vous pouvez demander que vos données soient conservées, mais qu'elles ne soient plus traitées (sauf dans certains cas prescrits par la loi).

Si vous deviez estimer que la Mutualité chrétienne ne traite pas légitimement et légalement vos données à caractère personnel, vous pouvez introduire une plainte auprès de l'Autorité de Protection des Données (données de contact disponibles à l'adresse : www.autoriteprotectiondonnees.be). Dans une telle situation, nous recommandons toutefois de contacter d'abord notre délégué à la protection des données. Les éventuels problèmes ou incompréhensions seront souvent facilement résolus.

Si vous vous êtes abonné à la revue *Santé & Société*, mais que vous changez d'opinion par la suite, vous pourrez toujours révoquer votre accord. Le retrait du consentement ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait.

Aux fins de l'exercice des droits susmentionnés, si vous ne souhaitez plus recevoir *Santé & Société*, 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 SanteEtSociete@mc.be.

Si vous souhaitez des informations plus générales sur le traitement des données personnelles par la MC, vous pouvez consulter notre politique de confidentialité général sur notre site web : www.mc.be/disclaimer/politique-confidentialite-mc

Sommaire

Edito : Santé mentale : zone à haut risque 02

Etude : Prévention dans le domaine de la santé mentale 06

Etude : Le suivi psychologique : accessible en Belgique ? 28

Etude : L'impact de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale des enfants et des adolescent·es en Belgique 52

Lu pour vous : Écouter les enfants concernés par la santé mentale (UNICEF) 76

Lu pour vous : Soins de santé somatiques en institutions psychiatriques (KCE) 82

Colophon

Editeur responsable

Rédactrice en chef

Rédaction finale

Comité de rédaction

Luc Van Gorp, chaussée de Haecht 579, BP 40, 1031 Bruxelles

Élise Derroitte

Astrid Luybaert, Svetlana Sholokhova

Hervé Avalosse, Élise Derroitte, Juliette Lenders, Astrid Luybaert,

Ann Morissens, Clara Noirhomme, Svetlana Sholokhova,

Rebekka Verniest

Layout service

Impression

Adresse de retour

Gevaert Graphics

Albe De Coker

MC-CM, Service d'études, Mieke Hofman, chaussée de Haecht 579,

BP 40, 1031 Bruxelles

Copyright

Les études de Santé & Société sont publiées sous

Licence Creative Commons « by/nc/nd »

