

4 Santé psychique et inégalités sociales

Dario Spini, Stéphanie Pin le Corre & Hannah S. Klaas: Faculté des Sciences Sociales et Politiques et Pôle de Recherche National LIVES, Université de Lausanne

Résumé

En comparaison à d'autres pays industrialisés, les inégalités de santé psychique semblent être moins fortes en Suisse. On observe toutefois l'existence d'un gradient social en termes de santé psychique; les niveaux de santé psychique varient ainsi en fonction du statut socio-économique qu'il soit mesuré par l'éducation, la profession ou le revenu. Il existe des associations entre le statut socio-économique et la probabilité de souffrir d'une maladie psychique, de symptômes dépressifs ou de stress. Ces associations sont accentuées ou aggravées par le genre, l'âge, la nationalité, ainsi que par les caractéristiques des milieux de vie (conditions de travail, climat d'école, cohésion sociale dans le quartier). Les interventions existantes sont soit des approches ciblées qui visent des groupes particulièrement vulnérables (les migrants notamment), soit des approches universelles cherchant à modifier les caractéristiques des milieux de vie (entreprise, école ou quartier). Les interventions les plus pertinentes agissent non seulement sur les comportements ou attitudes des groupes cibles, mais visent également à modifier les environnements de vie et les normes sociales. L'intégration de plusieurs politiques, notamment les politiques sociales et de santé, au niveau cantonal et local, est une voie prometteuse pour réduire les inégalités sociales de santé psychique.

4.1 Définition des inégalités sociales

Parmi les multiples facteurs de différenciation entre individus et groupes sociaux, nous allons nous concentrer ici sur les inégalités sociales en fonction de l'éducation, de la profession ou du revenu. Les différences de santé psychique n'apparaissent pas seulement entre «riches» et «pauvres»; elles s'échelonnent tout au long des classes sociales. Les inégalités au sein de chacune de ces dimensions ont une influence sur la santé et participent à la création du **gradient de santé** marquant des différences graduelles de santé tout au long des différents niveaux d'une hiérarchie sociale. Plusieurs phénomènes sont intensifiés par une position socio-économique relativement basse: stress, expériences d'impuissance et de violence, stigmatisation et discrimination, marginalisation, désespoir, frustration, insécurité et accès limité aux services pour toutes sortes de problèmes, dont les problèmes de santé. En général, les études comparent des groupes cibles (par exemple personnes de niveau d'éducation inférieur vs personnes ayant un diplôme de niveau universitaire ou personnes ayant un emploi vs personnes au chômage)

par rapport à leur santé psychique. Elles visent à analyser les liens entre de nombreux indicateurs de statut socio-économique subjectifs (autoévalué par les personnes elles-mêmes) ou objectifs (revenu, niveau d'éducation, profession, taux d'emploi, prospérité du ménage) et des indicateurs de santé psychique (maladies psychiques, troubles du comportement, symptômes psychiques ou psychosomatiques, symptômes dépressifs, bien-être, optimisme). Cependant, les inégalités sociales se cumulent et interagissent; des différences de revenu ou de parcours de formation sont en étroite relation avec des différences de genre, d'origines nationales ou d'âge. Ces dynamiques trouvent une expression dans l'idée d'**intersectionnalité** qui contient l'idée que les inégalités sociales et les discriminations (de classe, de genre, raciales, etc.) sont interconnectées et ne peuvent pas être comprises séparément, mais uniquement si elles sont considérées de manière conjointe. Les relations entre statuts sociaux et santé psychique doivent par conséquent être comprises d'une manière systémique. Un grand nombre de mécanismes peuvent être invoqués pour expliquer les liens entre santé psychique

et statut socio-économique. On peut distinguer deux types de mécanismes généraux qui sont associés aux inégalités sociales: l'**exposition** et la **vulnérabilité différentielle** (Patel et al., 2010). L'exposition différentielle à des facteurs de risque est très souvent inversement reliée au statut social. En ce qui concerne la dépression par exemple, il y a des évidences empiriques concernant le rôle des conflits sociaux, du crime, de l'environnement de travail, de toxines, de la discrimination, de l'urbanisation, de problèmes de logement, de la densité d'habitation, du capital social, des conditions sanitaires, de l'environnement bâti, du chômage ou du sous-emploi. Des groupes sociaux peuvent être ensuite vulnérables de manière variable aux facteurs qui favorisent ou péjorent la santé psychique. Ces groupes vulnérables peuvent être identifiés à l'aide de différents niveaux de ressources socio-économiques ou de pouvoir d'agir relativement faibles, mais ils peuvent aussi être définis par des facteurs d'inégalités sociales: les inégalités sociales varient en effet en fonction du genre, de l'âge, du statut de santé, du statut marital, ou des expériences de vie, comme par exemple aujourd'hui la migration de pays en conflit qui touche l'Europe entière.

4.2 Santé psychique et inégalités sociales

Dans ce sous-chapitre, nous présentons des recherches qui portent sur le lien entre inégalités sociales et santé psychique en Suisse. Les données disponibles sur le sujet portent davantage sur des troubles psychiques ou des maladies psychiques (dépression notamment) que sur des indicateurs de santé psychique positive ou sur une identification de

personnes en bonne santé psychique ou de personnes résilientes parmi des groupes présentant un gradient social bas. La littérature internationale suggère toutefois que la disposition à l'optimisme ou le bien-être subjectif, relativement stables durant l'existence, ne dépendraient que partiellement du statut socio-économique individuel (López Ulloa, Moller & Sousa-Poza, 2013).

4.2.1 Prévalences, données actuelles

Différentes illustrations du gradient social en matière de santé psychique

Même si dans le contexte européen, les inégalités de santé, qu'il s'agisse de santé physique ou psychique, semblent être moins fortes en Suisse que dans d'autres pays (Eikemo, Huisman, Bambra & Kunst, 2008), elles ne sont toutefois pas négligeables. On trouve ainsi en Suisse, comme dans d'autres pays européens, une augmentation entre 2002 et 2010 des inégalités de santé psychique, mesurée par la prévalence de symptômes psychiques, inégalités liées aux inégalités de revenu dans un pays (Elgar et al., 2015; Rathmann et al., 2015).

Au sein de la Suisse, le gradient social de santé psychique est visible sur différents indicateurs disponibles dans de grandes enquêtes représentatives comme l'enquête suisse sur la santé ou le Panel suisse de ménages. On constate d'abord des différences significatives en fonction du niveau de formation atteint. Un quart des personnes ayant achevé uniquement leur scolarité obligatoire présentent des problèmes psychiques, contre 18% des diplômés de l'école secondaire II et 14% des diplômés du degré tertiaire (Schuler & Burla, 2012). En outre, les personnes ayant complété leur scolarité obligatoire rapportent moins de sentiments d'optimisme et déclarent moins souvent avoir une personne de confiance; elles présentent également davantage de sentiments dépressifs. Ce résultat est plus prononcé après 65 ans (Baer, Schuler, Füglistler-Dousse & Moreau-Gruet, 2013). Pour chercher un traitement médical, les personnes ayant quitté l'école à l'issue de la scolarité obligatoire se rendent plus fréquemment chez le médecin de famille alors que les personnes avec une scolarité de niveau tertiaire consultent plus volontiers un psychologue (Baer et al., 2013). Quand l'on considère le revenu du ménage, on constate que les personnes qui disposent du revenu le plus bas souffrent bien davan-

Définitions

Selon le Glossaire européen multilingue en santé publique, le **statut socio-économique** est la «classification de la population qui prend en compte le statut économique et social de la personne. Habituellement, il est fondé sur la profession, le niveau d'instruction et les revenus financiers.»

Les **inégalités sociales** de santé font référence à la distribution inégale de l'état de santé au sein de la population selon le niveau socio-économique des individus.

tage de problèmes psychiques (22 %) que celles ayant des revenus moyens (17 %) ou les plus élevés (13 %) (Moreau-Gruet, 2014).

Le taux d'emploi est également un facteur discriminant: 15 % des personnes employées à plein temps souffrent de problèmes psychiques, alors que ce pourcentage atteint 19 % chez les personnes à temps partiel et 21 % chez celles qui sont sans emploi. Par ailleurs, pour plusieurs maladies psychiques diagnostiquées, les personnes sans activité professionnelle sont hospitalisées et reçoivent des traitements dans des cabinets psychiatriques sur une durée significativement plus longue que les personnes en activité professionnelle. Les personnes sans emploi sont également proportionnellement plus nombreuses à présenter des symptômes dépressifs que les personnes employées à plein temps (Baer et al., 2013) et rapportent une satisfaction de vie diminuée par rapport aux personnes employées (Johnston, Maggiori & Rossier, 2015). Ce dernier effet peut être expliqué par la perte du statut et de la reconnaissance sociale liés à l'identité professionnelle (Baumann, 2015).

Les travailleurs pauvres qui se caractérisent par un revenu et des conditions de vie restreints, constituent un groupe particulièrement vulnérable, en pleine croissance au niveau européen (Vetter et al., 2006). En Suisse, il a été montré que des conditions de vie restreintes augmentent le risque de dépression; un niveau d'éducation plus haut, un emploi à plein-temps et le fait de parler allemand ou français apparaissent comme des facteurs protecteurs, alors que les femmes dans une situation de précarité présentent le risque de dépression le plus élevé. En outre, la probabilité de ne pas avoir reçu de traitement psychologique en présence d'une dépression prononcée est 55 % plus élevée pour les travailleurs pauvres que pour les travailleurs non-pauvres (Vetter et al., 2006).

Les inégalités sociales de santé psychique durant le parcours de vie

La plupart des études comparent les résultats de santé psychique en fonction du statut socio-économique à un moment donné et ne prennent pas en compte les variations dans le temps. Or la santé psychique est en partie l'expression des expériences de vie. Il faut ici souligner les relations étroites et dynamiques entre ressources sociales et ressources de santé. On trouve en effet des évidences d'**effets de**

sélection au cours de la vie qui font que des individus ayant au début ou au cours de leur vie un statut de santé inférieur ou un épisode de maladie psychique risquent d'atteindre des niveaux de statuts sociaux inférieurs par rapport à ceux qui y échappent. A l'inverse, des **effets de causalité sociale** sont également évidents et montrent qu'une personne de statut social relativement bas a davantage de risques de se retrouver avec un niveau de santé ultérieur plus bas. Ces deux mécanismes considérés conjointement montrent que la vulnérabilité individuelle est fortement liée aux trajectoires individuelles et sociales des individus et à leur parcours de vie (Spini et al., 2013). Les relations entre inégalités sociales et santé psychique doivent ainsi être comprises de manière dynamique.

Deux études suisses méritent d'être mentionnées, car elles appliquent une perspective de parcours de vie et analysent des trajectoires de santé en examinant l'effet de différents niveaux d'influence. Une étude récente a ainsi investigué le lien entre le statut économique et le développement des symptômes dépressifs pour voir si les inégalités augmentent avec le temps (Cullati, 2015). Les résultats sont relativement faibles, mais étonnants. Si les hommes sans emploi souffrent davantage de symptômes dépressifs, leur trajectoire de dépression augmente de manière plus faible à travers les années que pour les hommes qui travaillent en plein temps. Ce résultat est expliqué par des conditions de travail de plus en plus dures pour les travailleurs à plein temps. En outre, l'auteur démontre la tendance à une augmentation plus faible des symptômes dépressifs à travers le temps pour les femmes ayant terminé l'école obligatoire que pour les femmes possédant un diplôme universitaire ou pour celles disposant de revenus supérieurs. Ceci s'explique par une diminution de l'effet du revenu sur la santé psychique à travers le temps (Cullati, 2015).

La deuxième étude montre qu'une maladie psychique peut avoir des conséquences à la fois sur la qualité de vie des personnes et sur les trajectoires de travail et de revenu de celles qui en souffrent (Nordt, Müller, Rössler & Lauber, 2007). En suivant des patients souffrant de schizophrénie ou de troubles affectifs pendant quatre ans, les auteurs mettent en évidence une trajectoire de mobilité descendante. Les hospitalisations prolongées ont également un effet négatif sur le revenu. Cette étude souligne l'effet d'un épisode de maladie psychique sur le statut social. Les

personnes présentant des symptômes dépressifs ou une maladie psychique peuvent devenir un groupe socialement désavantagé, mais aussi stigmatisé par des parties de la population (Lauber, Nordt, Sartorius, Falcató & Rössler, 2000; Nordt, Rössler & Lauber, 2006).

Les inégalités sociales de santé psychique durant l'enfance et l'adolescence

Les études menées sur des jeunes gens en Suisse illustrent le mécanisme de développement des inégalités sociales en matière de santé psychique. Une étude longitudinale réalisée auprès d'un échantillon représentatif des élèves de 7 à 16 ans dans le canton de Zurich montre que des inégalités de nationalité se manifestent déjà à l'adolescence ou à la préadolescence (Steinhausen & Metzke, 1998, 2001). Selon l'étude HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*), les adolescents entre 11 et 15 ans ont par ailleurs une plus grande probabilité de rapporter au

moins deux symptômes psychosomatiques ou psychologiques quand ils perçoivent leur statut socio-économique comme inférieur (Moor et al., 2015). Ces associations significatives entre le risque de dépression et le statut socio-économique se retrouvent chez les jeunes hommes entre 18 et 25 ans (Barth, Hofmann & Schori, 2014).

4.2.2 Facteurs de risque et facteurs protecteurs ou contraintes et ressources

Les inégalités sociales et la santé psychique sont en interaction avec d'une part le contexte sociopolitique (politique, macroéconomie, système social et de santé, etc.) et de l'autre avec des ressources individuelles et sociales (*Commission of the Social Determinants of Health*, 2007). Suivant le modèle présenté par le consortium européen DETERMINE (Stegeman, Costongs, Needle & Consortium, 2010), l'environnement peut être découpé en cinq cercles concentriques influençant la santé: (1) l'âge, le sexe et les facteurs

Digression: le genre, la nationalité et l'âge sont des facteurs transversaux d'inégalités sociales

Ainsi que nous l'avons montré, les femmes présentent sur plusieurs dimensions du statut socio-économique des niveaux inférieurs à ceux des hommes, inégalités qui se répercutent sur leur santé psychique. Cet écart semble prendre son origine tôt dans la vie et se manifeste déjà à l'âge scolaire; les filles présentent davantage de troubles psychiques que les garçons (Steinhausen & Metzke, 1998; Steinhausen & Metzke, 2001) et subissent plus fortement les effets négatifs des événements de vie (Steinhausen & Metzke, 2001). A l'âge adulte, le gradient socio-économique se décline également de façon différenciée selon le genre. C'est en particulier le cas au moment du divorce ou du veuvage: chez les femmes, aux effets émotionnels liés à ces événements s'ajoute la menace d'une baisse de revenus qui peut exacerber le stress perçu (Stroebe, Schut & Stroebe, 2007; Perrig-Chiello et al., 2015). L'âge est un autre facteur transversal. Si le pourcentage des personnes de 65 ans et plus qui se sentent fréquemment pleines de force, d'énergie et d'optimisme reste stable avec l'âge, en revanche, la prévalence de celles qui se sentent rarement ou parfois dans cet état d'esprit augmente chez les aînés (Schuler & Burla, 2012).

On constate finalement un gradient social lié à la nationalité qui traduit une interaction avec le statut socio-économique: 17% des personnes de nationalité suisse souffrent de manière moyenne ou importante de problèmes psychiques contre 24% des personnes de nationalité étrangère (Moreau-Gruet, 2014). Le risque de dépression plus élevé pour les immigrés se manifeste surtout pour les immigrés ayant un faible niveau de formation (Baer et al., 2013). Pour les personnes de 65 ans et plus, le pourcentage des personnes qui se trouvent en bonne santé psychique est 70,9% pour les Suisses, 54,3% pour les personnes ayant obtenu la nationalité suisse et seulement 46,4% pour les personnes de nationalité italienne ou espagnole et 41% pour les personnes de nationalité portugaise (Bolzman & Vagni, 2015). Il faut toutefois noter la difficulté d'analyser les liens entre l'immigration et la santé psychique: la catégorie de migrant ou d'immigré est difficile à définir en raison notamment de la grande variabilité de situations (première ou deuxième génération en Suisse, nationalité, pays d'origine ou origine des parents, ou type de permis), du contexte de la migration, et des conditions de vie.

héréditaires; (2) les styles de vie individuels; (3) les influences sociales et de la communauté; (4) les conditions de vie et de travail; et (5) les conditions générales socio-économiques, culturelles et environnementales.

De façon plus globale, les milieux de vie peuvent amplifier ou atténuer l'effet des inégalités sociales sur la santé psychique. Si la situation économique de la Suisse assure un niveau de bien-être et de satisfaction de vie relativement élevé dans les comparaisons internationales (<http://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/switzerland/>), on peut identifier en Suisse des inégalités sociales de santé psychique entre régions. Même si on ne constate que peu de différences entre les régions rurales et urbaines en Suisse (Baer, Schuler, Füglistner-Dousse & Moreau-Gruet, 2013), plusieurs indicateurs montrent en revanche que les personnes étant domiciliées en Suisse centrale rapportent davantage de sentiments d'optimisme et d'énergie et moins de dépressivité (Schuler & Burla, 2012). Par contre, il y a une prévalence plus importante de problèmes psychiques rapportés dans la région lémanique de la Suisse et au Tessin que dans les autres régions (Lucchini et al., 2014). De plus, pour les régions de langue italienne et française, on trouve une plus forte stigmatisation envers les personnes ayant une maladie psychique (Lauber et al., 2000).

Le climat au sein de l'école ou les conditions de travail peuvent aussi avoir une influence sur la santé psychique. Une étude menée auprès d'élèves de 13 à 15 ans dans le canton de Berne montre ainsi de multiples associations entre l'âge, la classe sociale et la santé psychique. Elle rapporte en outre un lien positif entre la santé psychique et un climat d'école positif et participatif (Vuille & Schenkel, 2001); selon cette étude, le climat d'école serait un déterminant important des inégalités en matière de santé psychique. L'influence sur la santé psychique du climat scolaire a également été retrouvée auprès d'élèves de 7 à 16 ans dans le canton de Zurich (Steinhausen & Metzke, 1998, 2001). Parmi les personnes qui travaillent, les employés «à col bleu», ouvriers ou manutentionnaires, ont un risque plus élevé de souffrir de maladies physiques, et les employés «à col blanc», employés de bureau, cadres ou non, sont en proportion plus nombreux à rapporter des symptômes de stress et de burn-out (Hämmig & Bauer, 2013; Baer et al., 2013).

4.3 Défis particuliers au groupe cible en termes de santé psychique

La question des inégalités ne concerne pas seulement des groupes présentant un statut socio-économique bas en termes d'éducation, de profession ou de revenu, mais il existe, au sein de nos sociétés, des niveaux différents de santé psychique corrélés aux niveaux sociaux.

Les défis particuliers en matière d'inégalités sociales de santé psychique peuvent par conséquent être appréhendés de trois manières différentes. On peut tout d'abord se fonder sur l'hypothèse que les problèmes de santé résultent de comportements ou attitudes individuelles augmentant le risque de développer des problèmes de santé psychique. Le statut socio-économique est ainsi significativement lié à plusieurs comportements défavorables pour la santé, comme le tabagisme, la sédentarité ou l'usage de drogues illicites. Les personnes de statut socio-économique bas sont souvent la cible de programmes de promotion de la santé physique. Ces approches très segmentées et individuelles, si elles ne prennent pas en compte les conditions de création des inégalités sociales de santé, sont souvent inefficaces et risquent de stigmatiser les bénéficiaires.

Ensuite, la santé étant fonction des capacités d'agir et des ressources sociales, économiques et politiques à disposition des individus, ces ressources varient par conséquent tout au long du gradient social. Les personnes ayant un statut socio-économique bas peuvent notamment disposer d'un accès partiel ou limité aux services et aux outils de promotion de la santé existant pour des raisons financières, culturelles ou sociales. Ces difficultés d'accessibilité sont renforcées dans certains groupes particuliers: c'est le cas en particulier pour ceux qui viennent d'arriver dans le pays et découvrent une nouvelle culture, de nouveaux usages voire une nouvelle langue; c'est le cas également des personnes qui disposent de peu de temps et de peu de ressources financières pour prendre soin de leur santé ou s'investir dans des activités favorables à leur bien-être.

Enfin, la santé d'une société, des groupes qui la composent et de ses membres, est partiellement déterminée par ses valeurs, les cultures et croyances. Ces normes et structures sociales peuvent être à l'origine des inégalités sociales et conduire à des niveaux différents de santé psychique. Les conditions de travail au sein d'une entreprise, le climat

dans une école peuvent être, nous l'avons vu, associés à des résultats de santé psychique. Plus largement, la manière dont la santé psychique est perçue socialement peut freiner le recours à des services de promotion de la santé ou à des traitements en cas de problèmes de santé psychique.

4.4 Recommandations d'actions et pistes de solutions possibles

En dépit de lacunes en termes de données sur les déterminants sociaux et socio-économiques, plusieurs pistes d'interventions émergent des données disponibles. Il est possible d'agir de manière efficace pour promouvoir la santé psychique en prenant en compte les inégalités sociales (Blas, Sommerfeld & Kurup, 2011; Marmot, 2010; Stegeman et al., 2010; World Health Organization & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014).

Les publics à cibler, les niveaux sur lesquels agir et les composantes essentielles des interventions dépendent des objectifs poursuivis. Suivant Blackenship, Bray et Merson (2000), trois types d'interventions structurées peuvent être ainsi différenciés en écho aux défis particuliers posés par les inégalités sociales de santé. Si l'on se place dans une vision individuelle de la santé, on peut chercher à modifier les comportements ou attitudes des groupes socio-économiques les plus vulnérables, le plus souvent par l'intermédiaire d'informations et d'éducation à la santé. Ensuite, les interventions peuvent viser une amélioration de la «littératie en santé psychique», c'est-à-dire des capacités à chercher, comprendre, sélectionner et utiliser de manière appropriée les informations et services existants en matière de santé psychique (Jorm, 2012): réduire la barrière linguistique par des cours, favoriser l'insertion sociale ou encore améliorer la situation financière des familles sont des objectifs intermédiaires de ce type d'interventions, souvent délivrées par les professionnels du travail social. Enfin, les interventions peuvent chercher à modifier les normes ou structures sociales qui sont désavantageuses pour la santé. Les campagnes de déstigmatisation des maladies psychiques, mises en place dans plusieurs cantons (p. ex. la campagne «*Wie geht's dir*» menée par le canton de Zurich et l'association Pro Mente Sana) en sont un bon exemple (Beldie et al., 2012).

4.4.1 Comment atteindre les groupes cibles pour réduire les inégalités sociales de santé?

Si l'on s'inscrit dans une perspective de parcours de vie, il apparaît pertinent d'intervenir le plus tôt possible sur les inégalités sociales de santé, durant la petite enfance ou l'enfance (Blas et al., 2011; Human Early Learning Partnership, HELP, 2013; Marmot, 2010; World Health Organization & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014). Au niveau international, les interventions précoces de soutien à la parentalité (comme le programme «Petits:Pas» proposé par l'association a:primo) sont fortement recommandées en raison de leurs résultats positifs à long terme en termes de réussite scolaire, de consommation de substances et de bien-être (Kaminski, Valle, Filene & Boyle, 2008; Neil & Christensen, 2009; Taubner, Wolter & Rabung, 2015).

Les interventions peuvent ensuite viser les groupes vulnérables d'un point de vue socio-économique (interventions ciblées ou sélectives) ou s'adresser à l'ensemble d'une population donnée (tous les enfants d'une classe d'âge, tous les adultes en activité, tous les habitants d'une commune, etc.), sans préciser de critères socio-économiques ou sociaux (interventions universelles).

Les interventions **ciblées** ou **sélectives** s'ajustent aux besoins des groupes présentant les plus bas niveaux socio-économiques et les plus grands risques de développer des problèmes de santé psychique. Les migrants sont un exemple de groupes ciblés par ces interventions, même s'ils forment des groupes très hétérogènes en termes d'âge, de genre, de niveaux socio-économiques, d'expériences de vie. Certains groupes de migrants cumulent toutefois plusieurs facteurs de risque et peuvent faire l'objet d'interventions ciblées. Il s'agit de migrants présentant une situation socio-économique précaire, à l'instar des immigrés issus de Turquie, du Portugal ou d'Afrique subsaharienne; de ceux provenant de pays en conflit ou ayant connu des situations de violence dans leur pays d'origine, comme les immigrés d'ex-Yougoslavie ou du Sri Lanka, et plus largement les réfugiés et demandeurs d'asile (OFSP, 2013). Enfin, dans une perspective de réduction précoce des inégalités sociales, les femmes enceintes et les jeunes enfants migrants apparaissent également comme des publics prioritaires.

Pour atteindre ces publics, l'approche communautaire semble à privilégier: elle permet de faire participer, au plus près de leurs lieux de vie, des repré-

sentants des groupes cibles à la conception du projet, d'identifier des lieux et des temps appropriés pour l'action entreprise et d'identifier plus facilement les publics bénéficiaires (OFSP, 2008). Le projet Femmes-Tische, qui est présent dans plusieurs régions de Suisse et à l'étranger, est un bon exemple de programme de prévention ciblant des femmes en contexte migratoire; il prend la forme de tables rondes, organisées dans une vingtaine de langues différentes et avec un matériel adapté pour des personnes présentant différents niveaux éducatifs.

Les interventions **universelles** visent à l'opposé à créer des environnements tels que toute personne, quels que soient son niveau d'éducation, sa profession, ses revenus, puisse préserver ou accroître son bien-être et sa qualité de vie. Les interventions visant à renforcer les opportunités de participation sociale au sein d'un quartier (comme le projet «Quartiers solidaires» proposé par Pro Senectute dans le canton de Vaud), à évaluer et agir sur les contraintes et ressources au sein des entreprises (p. ex. le label Friendly Work Space promu par Promotion Santé Suisse) ou à encourager l'autonomie et la solidarité dans les écoles (p. ex. le Réseau suisse d'écoles en santé animé par Radix) sont ainsi des initiatives universelles permettant de promouvoir la santé psychique dans un souci d'équité.

Les interventions universelles et ciblées peuvent être très utilement combinées entre elles selon un principe d'universalisme proportionné (Human Early Learning Partnership, HELP, 2013; Marmot, 2010). Le descriptif du programme zurichois de promotion de la santé psychique recommande ainsi de prévoir des actions pour l'ensemble de la population, dans différents milieux de vie, et de les compléter par des actions ciblées en direction des chômeurs, des migrants ou des personnes éloignées de l'éducation ou de la formation (Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, 2012).

4.4.2 Comment procéder concrètement pour renforcer la santé psychique sans aggraver les inégalités sociales?

Les interventions visant à modifier les déterminants sociaux de la santé psychique, autrement dit à réduire les écarts en termes d'éducation, d'insertion professionnelle ou de revenus, sont par nature des interventions politiques, fédérales, cantonales ou communales (Chaire Inpes «Promotion de la santé» à l'EHESP & Participants au séminaire, 2013; Leh-

mann, 2010; Stegeman et al., 2010). Elles concernent en effet les politiques éducatives, les politiques liées à l'emploi, les politiques familiales, les politiques de la vieillesse, ainsi que les politiques d'aménagement du territoire et des transports. Ces politiques, outre leurs effets directs dans leur domaine, ont des répercussions importantes sur le stress ou le bien-être des personnes. Même s'il est évidemment extrêmement compliqué de modifier ou de développer de telles politiques, certains cantons se sont lancés dans des politiques ambitieuses de réduction des inégalités sociales de santé, à l'image du canton de Berne que nous souhaitons mettre en avant (voir exemple de projet ci-dessous).

Les interventions visant à modifier des environnements de vie sont quant à elles plus locales et prennent en compte les spécificités et contraintes des populations concernées: habitants d'une ville ou d'un quartier, employés d'une entreprise, étudiants ou écoliers d'une école. Même si elles sont spécifiques à un contexte donné, leur méthodologie et l'expérience des différents publics concernés peuvent être utiles à d'autres acteurs. L'identification, l'évaluation et la valorisation de ces initiatives est donc une étape importante et devraient être systématisées.

4.4.3 Quelles sont les conditions cadres à créer pour promouvoir la santé psychique du groupe cible en question? Quels sont les facteurs de succès?

Le cloisonnement actuel des différentes politiques et systèmes de prises en charge ne facilite pas l'accessibilité aux offres de promotion de la santé psychique et pénalise tout particulièrement les groupes les plus défavorisés d'un point de vue social ou socio-économique. Une simplification et une harmonisation des systèmes et politiques à tous les niveaux permettraient de faciliter l'accès aux droits et de mettre l'accent sur le rétablissement de leurs capacités d'agir et ressources (Lehmann, 2010). L'évaluation des impacts sur la santé des interventions, sociales notamment, devrait être intégrée de manière plus systématique dans les préoccupations des équipes exécutives au niveau fédéral et cantonal: l'association EIS propose de la documentation et des outils pour mener de telles évaluations; elle recense également les initiatives en cours dans plusieurs cantons (cf. www.impactssante.ch).

Au niveau cantonal et communal, le travail en réseau (à l'instar du travail du Réseau Santé Psychique Suisse) devrait être encouragé afin de développer et d'implanter des interventions intégrées, couplant des mesures d'actions sociales, d'éducation ou des prestations familiales à des actions de promotion de la santé.

L'ajustement des interventions aux besoins et attentes des publics de même que leur participation active revêtent une importance considérable pour garantir leur réussite et leur pérennité.

Exemple de projet: le programme de promotion de l'égalité des chances en santé du canton de Berne

Même s'il n'a pas encore été évalué, nous avons choisi de mettre l'accent sur une politique cantonale ambitieuse qui, par l'action conjointe au niveau de la santé et de l'action sociale, vise à favoriser l'égalité des chances en matière de santé. Suite au Rapport social (Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne, 2008) et au Quatrième rapport sur la santé dans le canton de Berne portant sur l'inégalité des chances en santé (Bachmann & Neuhaus, 2010), le canton de Berne s'est lancé dans un programme ambitieux visant l'égalité des chances en ciblant les premiers âges de la vie. Le programme prioritaire cantonal de santé publique 2010–2013 précise ainsi que les «mesures doivent être planifiées de telle sorte qu'elles permettent de renforcer et de soutenir, dès la petite enfance et le début de la scolarité, les ressources individuelles favorables à la santé» et qu'elles interviennent auprès des groupes cibles (enfants et adolescents et leurs parents) et des cadres de vie. Parmi l'offre gratuite mise à disposition des différents groupes cibles, le canton de Berne a mis en place notamment des actions contre

la discrimination et le racisme (www.gggfon.ch), en lien avec la police cantonale, soutient des programmes de gestion du stress familial ou a développé (et évalué) une stratégie pour réduire la violence chez les jeunes. En parallèle, le canton de Berne a mené une réorientation de sa politique familiale en introduisant des prestations complémentaires pour les familles, le développement des structures d'accueil extrafamilial et extrascolaire des enfants ou en favorisant une meilleure coordination des services de consultation (Lehmann, 2010). Favorisant le travail en intersectorialité, des journées et des réunions cantonales sont organisées entre les acteurs du milieu médical, du milieu préscolaire, de l'aide sociale et de l'aide aux familles. Les prestations de formation et de conseils fournis aux jeunes parents ont été aménagées, en termes d'horaires et de format, pour répondre aux besoins des groupes cibles («catégories socialement défavorisées, d'origine suisse et étrangère, couples parentaux», «familles dont les deux parents travaillent»).

4.5 Références

- Bachmann, N., & Neuhaus, M. (2010). *Quatrième rapport sur la santé dans le canton de Berne. Inégalité des chances en santé*. Berne: Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne. http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheit/gesundheitsberichte.assetref/content/dam/documents/GEF/GS/fr/AWA_Gesundheitsbericht4_F.pdf
- Baer, N., Schuler, D., Füglistler-Dousse, S., & Moreau-Gruet, F. (2013). *La dépression dans la population suisse. Données concernant l'épidémiologie, le traitement et l'intégration socioprofessionnelle (Obsan Rapport 56)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Baumann, I. (2015). Decreased well-being after job loss: testing omitted causes. *LIVES Working Papers*, 2015(36), 1–33.
- Barth, J., Hofmann, K., & Schori, D. (2014). Depression in early adulthood: prevalence and psychosocial correlates among young Swiss men. *Swiss Medical Weekly*, 144, w13945, 1–8.
- Beldie, A., Den Boer, J. A., Brain, C., Constant, E., Figueira, M. L., Filipcic, I., Gillain, B., Jakovljevic, M., Jarema, M., Jelenova, D., Karamustafalioglu, O., Plesnicar, B. K., Kovacsova, A., Latalova, K., Marksteiner, J., Palha, F., Pecenak, J., Prasko, J., Prelipceanu, D., Ringen, P. A., Sartorius, N., Seifritz, E., Svestka, J., Tyszkowska, M., & Wancata, J. (2012). Fighting stigma of mental illness in midsize European countries. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(1), 1–38.
- Blankenship, K. M., Bray, S. J., & Merson, M. H. (2000). Structural interventions in public health. *Aids*, 14, 11–21.
- Blas, E., Sommerfeld, J., & Kurup, A. S. (2011). *Social determinants approaches to public health*. Geneva: World Health Organization.
- Bolzmann, C. & Vagni, G. (2015). Égalité de chances? Une comparaison des conditions de vie des personnes âgées immigrées et «nationales». *Hommes & Migrations* 1309, 19–28.
- Chaire Inpes «Promotion de la santé» à l'EHESP, & Participants au séminaire (2013). *Plaidoyer pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé en France: les recommandations du 5 juin 2012*. St-Denis: Inpes. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1454.pdf>
- Commission of the Social Determinants of health (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of Health. Draft Discussion paper*. Retrieved from http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
- Cullati, S. (2015). Socioeconomic inequalities in health trajectories in Switzerland: are trajectories diverging as people age? *Sociology of Health & Illness*, 37(5), 745–764.
- Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (2008). *Rapport social 2008. La pauvreté dans le canton de Berne: chiffres, faits et analyses*. Berne: Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne. http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/soziales/soziales/sozialbericht_2008.assetref/dam/documents/GEF/soa/fr/Direktion_Organisation/sozialbericht_08_1_teil_f.pdf
- Eikemo, T. A., Huisman, M., Bambra, C., & Kunst, A. E. (2008). Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. *Sociology of Health & Illness*, 30(4), 565–582.
- Elgar, F. J., Pfortner, T.-K., Moor, I., De Clercq, B., Stevens, G. W. J. M., & Currie, C. (2015). Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *The Lancet*, 385(9982), 2088–2095.
- Hämmig, O., & Bauer, G. F. (2013). The social gradient in work and health: a cross-sectional study exploring the relationship between working conditions and health inequalities. *BMC Public Health*, 13(1), 1170.
- Human Early Learning Partnership (HELP) (Producer) (2013, 15/09/2015). Universalisme proportionné. Retrieved from http://earlylearning.ubc.ca/media/publications/proportionate_universality_brief_fr_4pgs_-_29apr2013.pdf

- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (2012). Prävention psychischer Erkrankungen. Grundlagen für den Kanton Zürich. *Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich* (17), 29.
- Johnston, C., Maggiori, C., & Rossier, J. (2015). Professional trajectories, individual characteristics, and staying satisfied and healthy. *Journal of Career Development*, Advance online publication.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231.
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of abnormal child psychology*, 36(4), 567–589.
- Lauber, C., Nordt, C., Sartorius, N., Falcató, L., & Rössler, W. (2000). Public acceptance of restrictions on mentally ill people. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum* (407), 26–32.
- Lehmann, P. (2010). *Inégalités sociales et santé en Suisse – Analyse des actions concrètes menées par et dans les cantons visant à diminuer les inégalités sociales face à la santé*. Lausanne: Haute Ecole Cantonale Vaudoise de la Santé.
- Lucchini, M., Butti, C., Assi, J., Spini, D., & Bernardi, L. (2014). Multidimensional deprivation in contemporary Switzerland across social groups and time. *Sociological Research Online*, 19(1), 1–14.
- López Ulloa, B.F., Moller, V., & Sousa-Poza, A. (2013). How does subjective well-being evolve with age? A literature review. Discussion paper series. Bonn: Institute for the Study of Labor (IZA).
- Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives*. London: The Marmot Review.
- Moor, I., Richter, M., Ravens-Sieberer, U., Ottová-Jordan, V., Elgar, F. J., & Pförtner, T.-K. (2015). Trends in social inequalities in adolescent health complaints from 1994 to 2010 in Europe, North America and Israel: The HBSC study. *The European Journal of Public Health*, 25, 57–60.
- Moreau-Gruet, F. (2014). *Monitoring de la santé psychique, axé principalement sur les personnes âgées et le stress au travail*. Actualisation 2014. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- Neil, A. L., & Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical psychology review*, 29(3), 208–215.
- Nordt, C., Müller, B., Rössler, W., & Lauber, C. (2007). Predictors and course of vocational status, income, and quality of life in people with severe mental illness: A naturalistic study. *Social Science & Medicine*, 65(7), 1420–1429.
- Nordt, C., Rössler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 709–714.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2008). *Population migrante: prévention et promotion de la santé. Guide pour la planification et la mise en œuvre de projets*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2013). *Programme national Migration et santé. Bilan 2008-2013 et axes prioritaires 2014-2017*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Patel, V., Lund, C., Hatherill, S., Plagerson, S., Corrigan, J., Funk, M., & Flisher, A. J. (2010). Mental disorder: equity and social determinants. In E. Blas, & A. Sivasankara Kurup (Eds), *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva: World Health Organization.
- Perrig-Chiello, P., Spahni, S., Höpflinger, F., & Carr, D. (2015). Cohort and gender differences in psychosocial adjustment to later-life widowhood. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, gbv004v2.
- Rathmann, K., Ottova, V., Hurrelmann, K., de Looze, M., Levin, K., Molcho, M., Elgar, F., Gabhainn, S., Van Dijk, J. P., & Richter, M. (2015). Macro-level determinants of young people's subjective health and health inequalities: A multilevel analysis in 27 welfare states. *Maturitas*, 80(4), 414–420.
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). *La santé psychique en Suisse. Monitoring 2012 (Obsan Rapport 52)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Spini, D., Hanappi, D., Bernardi, L., Oris, M., & Bickel, J.-F. (2013). Vulnerability across the life course: A theoretical framework and research directions. *LIVES Working Papers*, 2013(27), 1–35.