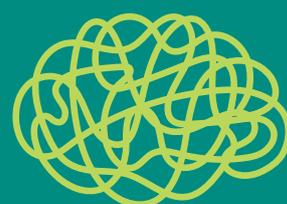


Les déterminants de la santé mentale

Synthèse
de la littérature
scientifique



minds

Promotion de
la santé mentale
Genève



minds

Promotion de
la santé mentale
Genève

Table des matières

Résumé	3	Facteurs sociétaux	26
La santé mentale	4	Politique sociale et économique.....	26
Le modèle bidimensionnel		Inégalités sociales	26
de la santé mentale	4	Services sociaux	27
Les conséquences de l'état		Politiques de l'emploi	27
de santé mentale	5	Crèches et écoles.....	27
La promotion de la santé mentale	6	Autodétermination.....	28
Les déterminants		Environnement et infrastructures.....	28
de la santé mentale	7	Infrastructures	
Les modèles existants	7	(logement, eau, sanitaires, déchets).....	28
Les trois niveaux des facteurs		Exposition à la violence et la criminalité	28
déterminants	9	Sécurité et confiance de quartier.....	29
Facteurs individuels.....	12	Nature	29
Facteurs biologiques	12	Culture.....	29
Santé physique.....	12	Stigmatisation	30
Facteurs génétiques.....	12	Croyances culturelles	30
Genre.....	13	Contexte genevois	31
Minorités sexuelles.....	13	Cadre légal	31
Minorités ethniques.....	15	Cadre institutionnel.....	31
Facteurs psychologiques	15	La promotion de la santé	
Personnalité.....	15	mentale à Genève.....	33
Compétences psychosociales.....	16	Données socio-démographiques.....	34
Facteurs liés au parcours de vie.....	18	Conclusion	36
Enfance	18	Références	38
Expériences négatives dans la petite enfance ..	18		
Statut migratoire	19		
Facteurs sociaux et économiques	20		
Proches et cercle social	20		
Famille	20		
Soutien social.....	22		
Situation Économique.....	23		
Statut socio-économique	23		
Emploi.....	24		
Revenu	25		
Dettes.....	25		
Niveau d'éducation	25		

Cette synthèse de la littérature scientifique sur les déterminants de la santé mentale a été réalisée dans le cadre d'un projet de recherche de l'Observatoire de minds intitulé «Comprendre et améliorer la santé mentale de la population genevoise».

IMPRESSUM

Éditeur

minds - Promotion de la santé mentale à Genève

Auteurs

Andrea Pereira, minds
Caroline Dubath, minds
Anne-Marie Trabichet, minds

Relectures

Conseil scientifique de minds

Série et numéro

minds 01/2021

Référence bibliographique

Pereira, A., Dubath, C., & Trabichet A.-M. (2021).
*Les déterminants de la santé mentale :
Synthèse de la littérature scientifique* (minds 01/2021).
Genève : minds - Promotion de la santé mentale à Genève

Renseignements – informations

minds
Rue Rothschild, 50
1202 Genève
Tél. 022 900 07 11
observatoire@minds-ge.ch
www.minds-ge.ch

Mise en page – graphiques

Axel Guérineau, Atelier Graphique

Téléchargement du fichier pdf

<https://minds-ge.ch/l-observatoire>
Publications de l'Observatoire (gratuit)

Commandes d'imprimés

Tél. 022 900 07 11
observatoire@minds-ge.ch

Résumé

Ce document vise à synthétiser la littérature scientifique sur les facteurs déterminants de la santé mentale des personnes.

La première partie présente la santé mentale, définissant des concepts clés. Cette partie répond aux questions suivantes : qu'est-ce que la **santé mentale** ? quelles sont les **conséquences** de l'état de santé mentale (bonne ou mauvaise) sur les personnes et les sociétés ? qu'est-ce que la **promotion** de la santé mentale ?

La seconde partie de ce document présente les déterminants de la santé mentale. Nous présentons d'abord des **modèles existants** pour structurer ces facteurs déterminants, avant de passer à leur présentation proprement dite à l'aide du modèle choisi. Ce modèle organise les différents facteurs en trois niveaux d'analyse : le niveau **individuel**, le niveau **social et économique**, et finalement le niveau **sociétal**.

Lorsque c'est possible, nous mentionnons les tailles d'effet des différents facteurs (l'impact sur la santé mentale est-il petit, moyen ou grand ?), tout en reconnaissant que ces estimations sont généralement difficiles. Néanmoins, la littérature semble s'accorder pour affirmer que certains facteurs sortent du lot tant leur impact est important et répandu. Il s'agit, au niveau individuel, du **genre** de la personne et des **expériences négatives dans la petite enfance** ; au niveau social et économique, du **soutien social** et du **statut socio-économique** ; finalement au niveau sociétal, difficile d'ignorer les effets de l'**exposition à la violence** et de la **sécurité et confiance de quartier**.

Nous fournissons ensuite quelques informations et données genevoises, dans le but de contextualiser ces informations.

Finalement, nous **concluons** brièvement et mentionnons le défi pour la promotion de la santé mentale que représentent les inégalités face à ces facteurs, dont le contrôle se trouve majoritairement hors de portée des personnes elles-mêmes. C'est la raison pour laquelle des actions au niveau politique et sociétal sont requises afin de garantir l'égalité des chances de toutes et tous face à la santé mentale.

La santé mentale

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé mentale comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » (WHO, 2013). Il est important de noter que cette définition de la santé mentale va bien au-delà de l'absence de maladie mentale : une personne peut être en mauvaise santé mentale sans présenter de symptômes cliniques de trouble ou maladie mentale, et inversement, une personne peut être en bonne santé mentale tout en présentant certains symptômes. La santé mentale inclut des aspects liés au bien-être, la joie de vivre, l'optimisme, la confiance en soi, la capacité relationnelle et la régulation émotionnelle. Il ne s'agit pas d'un état figé mais d'une recherche constante d'équilibre entre contraintes et ressources.

Le modèle bidimensionnel de la santé mentale

Le modèle dominant dans les services de santé mentale, issu de la tradition médicale, conçoit la santé mentale comme un continuum de bonne santé mentale à mauvaise santé mentale ou santé mentale dysfonctionnelle, avec un point central neutre (absence de symptômes négatifs et de symptômes positifs). Si ce modèle a l'avantage d'être simple, il a l'inconvénient d'induire que les aspects positifs et négatifs de la santé mentale sont négativement interdépendants (lorsque l'un augmente, l'autre diminue). Or, nous pouvons concevoir des situations ou des personnes pour lesquelles ceci n'est pas le cas.

Pour cette raison, nous nous tournons vers un modèle légèrement différent. En psychologie de la santé, un consensus semble se faire sur un modèle bidimensionnel de la santé mentale (Keyes, 2005). Selon ce modèle (voir Figure 1), santé et maladie mentales représentent deux dimensions distinctes mais modérément corrélées l'une avec l'autre. La première dimension représente l'absence ou la présence de symptômes de **souffrance** (*mental illness* dans la version originale en anglais). L'auteur a défini ces symptômes à l'aide du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5, 2015; version française). Ceux-ci comprennent des symptômes de dépression, d'anxiété généralisée, d'addiction, etc. Il est important de noter que cette dimension comprend toute la fourchette de symptômes de souffrance de faible intensité (symptômes négatifs légers, par exemple une tristesse passagère) à ceux de haute intensité (symptômes de niveaux cliniques sévères, tels qu'un épisode de dépression majeure). La seconde dimension du

modèle représente l'absence ou la présence de symptômes de santé mentale (*mental health*). Ceux-ci sont des symptômes « positifs » et comprennent des facteurs de bien-être émotionnel (expérience d'émotions positives, satisfaction de la vie), psychologique (acceptation de soi, croissance personnelle, autonomie) et social (acceptation, contribution, et intégration sociales)(Keyes, 2007). Ces facteurs sont indicateurs d'une bonne santé mentale permettant de mener une vie épanouie.

« La santé mentale inclut des aspects liés au bien-être, la joie de vivre, l'optimisme, la confiance en soi, la capacité relationnelle et la régulation émotionnelle. »

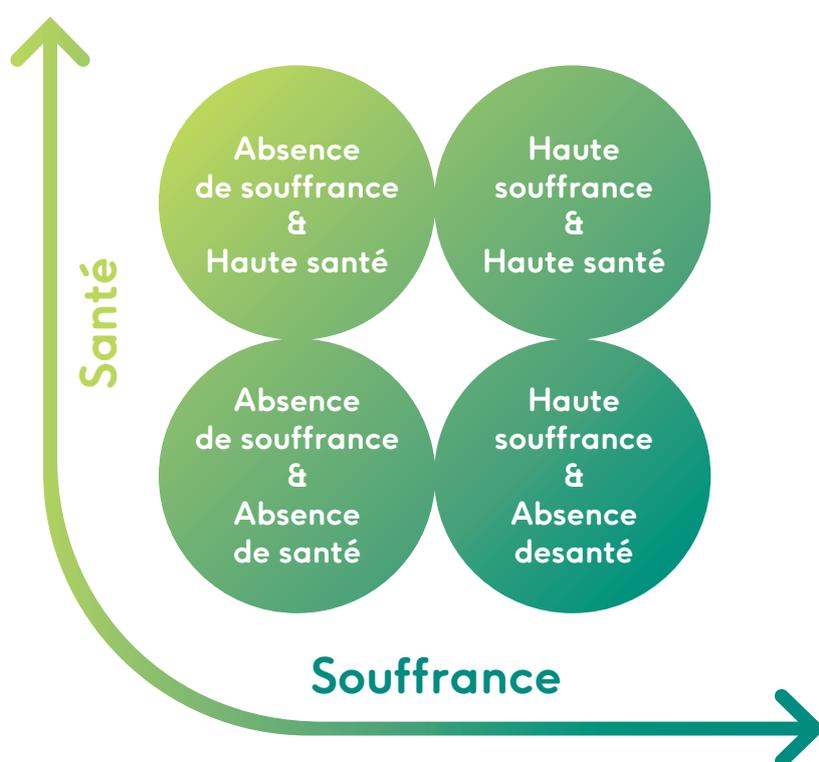


Figure 1. Modèle bidimensionnel de la santé mentale (adapté de Keyes, 2005; 2007).

Il faut noter que la vaste majorité des chercheurs·se·s ayant étudié les déterminants de la santé mentale s'est intéressée à l'axe de souffrance (troubles mentaux) plutôt qu'à l'axe de santé (bien-être). Étant donné que les deux axes sont modérément corrélés, les déterminants de la santé et de la souffrance sont susceptibles d'être fortement similaires. Ainsi, pour les besoins de cette revue, nous considérons les déterminants des deux axes sans distinction. Nous indiquons néanmoins sur quelle dimension portent les études, lorsque cette information est disponible.

Les conséquences de l'état de santé mentale

Avoir une bonne ou une mauvaise santé mentale a un impact important sur les personnes et sur la société. La santé mentale, tout comme la santé physique, est une ressource pour les personnes, leur permettant de vivre une vie épanouie. L'absence de santé mentale ou la mauvaise santé mentale a des coûts à la fois monétaires et non-monétaires.

Une majorité de la population suisse se considère en bonne santé mentale, mais 15% de la population déclare souffrir de détresse psychologique moyenne ou élevée. Ce chiffre s'élève à 23% pour la population genevoise. La dépression est le diagnostic psychiatrique le plus souvent traité en Suisse et près de 30% des personnes font état de symptômes dépressifs (OFS). En Suisse, les troubles psychologiques occupent la troisième place en termes de charge de morbidité occasionnant 13,6% du total des années de vie perdues en bonne santé (indicateur DALY, Murray & Lopez, 1996).

À un niveau sociétal et économique, en plus des coûts directs liés aux traitements médicaux, il faut prendre en compte les coûts indirects engendrés par les pertes de productivité et l'absentéisme. Le poids économique de la dépression seule (coûts directs et indirects) se monte, en Suisse et par année, à plus de 11 milliards de francs (Tomonaga et al., 2013). Les troubles psychologiques sont par ailleurs la cause la plus fréquente d'invalidité, représentant 46% de tou-te-s les rentiers AI en 2015.

La promotion de la santé mentale

Une telle vision de la santé mentale requiert une approche de la promotion adaptée. Selon l'OMS, la promotion de la santé en général est « un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci » (WHO, 1986). Elle a pour but de donner les moyens à la population d'agir favorablement sur sa propre santé, à travers le développement des aptitudes personnelles, la création d'environnements promoteurs de santé, le renforcement de l'action communautaire et des politiques publiques saines, selon la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.

Nous souhaitons appliquer cette vision de la santé en général, à la santé mentale en particulier. De fait, la promotion de la santé mentale va bien au-delà de la diminution de la prévalence des troubles psychologiques (réduction de la dimension de souffrance, ciblée par une action de prévention de la souffrance mentale). La promotion de la santé mentale vise en effet également l'augmentation de la prévalence de symptômes de santé mentale (deuxième dimension du modèle).

« La santé mentale d'une personne ne peut pas être entièrement expliquée par des facteurs qui se situent au niveau de l'individu lui-même. »

Les déterminants de la santé mentale

Pourquoi certaines personnes sont-elles en bonne santé mentale, et pourquoi cette bonne santé peut-elle parfois se détériorer ? Pourquoi certaines personnes sont, temporairement ou de façon permanente, en mauvaise santé mentale ? En d'autres termes, d'où proviennent une bonne ou une mauvaise santé mentale ?

De la même façon que pour la santé physique, divers facteurs influencent la santé mentale d'une personne. Le fait que ces facteurs prédictifs d'une bonne ou mauvaise santé mentale concernent aussi bien l'individu que son environnement, proche ou distant, fait l'objet d'un consensus auprès de tou·te·s les professionnel·le·s concerné·e·s, en psychologie, santé publique, recherche académique, etc (WHO, 2002). Ainsi, tout comme dans le domaine de la santé physique, la santé mentale d'une personne ne peut pas être entièrement expliquée par des facteurs qui se situent au niveau de l'individu lui-même. Il est nécessaire de prendre en compte des éléments externes à la personne, qui impactent sa santé mentale, que cet impact soit souhaité ou non.

Les modèles existants

Les experts ont proposé différents modèles permettant d'organiser les déterminants de la santé mentale. Nous passons brièvement en revue ces modèles avant de nous focaliser sur le modèle choisi par minds, et de présenter les déterminants qui le composent.

- Une proposition intéressante est celle de structurer ces déterminants en fonction du **parcours de vie** (WHO, 2014a). En effet, chaque période de la vie est associée à des déterminants qui varient en nature et en intensité. On peut notamment identifier la période prénatale, l'enfance précoce, l'enfance, l'adolescence, la vie adulte, et le vieillissement. Ce modèle a l'avantage de permettre la compréhension de la dynamique à travers laquelle les facteurs (positifs et négatifs) agissent et s'accumulent au cours de la vie. Il met en évidence le fait que ces influences ne sont pas statiques mais bien dynamiques et encourage la prise en compte holistique de ces influences. Pour cette raison, ce modèle facilite l'intervention visant à réduire les inégalités de santé mentale. Il pose en revanche des inconvénients pratiques dans la mesure où de nombreux déterminants agissent à plusieurs étapes de la vie, créant des répétitions fastidieuses.

- Certain·e·s auteur·e·s ont suggéré une organisation en fonction du **cadre concerné (WHO, 2014a)**. À nouveau, les différents domaines de vie sont associés à différents déterminants. On peut ainsi s'intéresser particulièrement à l'habitat / la vie de famille, à l'école, à l'emploi, à la communauté, ou aux médias. L'intérêt de ce modèle est qu'il permet la rapide identification des facteurs pertinents lorsque l'on souhaite préparer une intervention dans un domaine de vie spécifique, mais il pose le même problème de répétitions que le modèle selon le parcours de vie.
- **Compton et Ruth (2015)** proposent un modèle détaillé à neuf niveaux qui présente non seulement les déterminants de la santé mentale mais aussi leurs relations les uns avec les autres, à la fois séquentielles et parallèles. Ce modèle inclut des facteurs qui vont du risque génétique et lié aux pathogènes, aux politiques publiques et normes sociales. Son envergure et sa conceptualisation causale représentent indéniablement des forces de ce modèle, mais sa grande complexité va bien au-delà des besoins de notre association.
- Un prisme dominant, souvent utilisé en psychologie sociale pour examiner des phénomènes psychologiques et sociaux, est celui des quatre niveaux d'analyses de Doise (1980). Ce modèle avance que tout phénomène humain peut être examiné à travers quatre angles, et doit être examiné à travers tous ces angles afin d'être entièrement compris. Le premier niveau est celui des processus intra-individuels : il s'agit de processus internes à l'individu. Le second niveau est l'étude des processus inter-individuels, c'est-à-dire qui impliquent au minimum deux personnes mais se limitent à une situation donnée (intra-situationnels). Le troisième niveau s'intéresse aux processus intergroupes, c'est-à-dire les processus qui prennent en compte des dynamiques positionnelles dans une société donnée. Finalement, le quatrième niveau est le niveau sociétal, qui se situe au-dessus des dynamiques de groupes et les traverse, prenant en compte des réalités et des croyances générales appartenant à une société donnée. **Nous avons choisi d'organiser notre revue des déterminants de la santé mentale sur ce modèle, tout en effectuant une légère simplification en joignant les niveaux 2 et 3 ensemble.** Ce modèle a été choisi pour son utilité d'organisation, pour sa simplicité et sa compréhension intuitive.

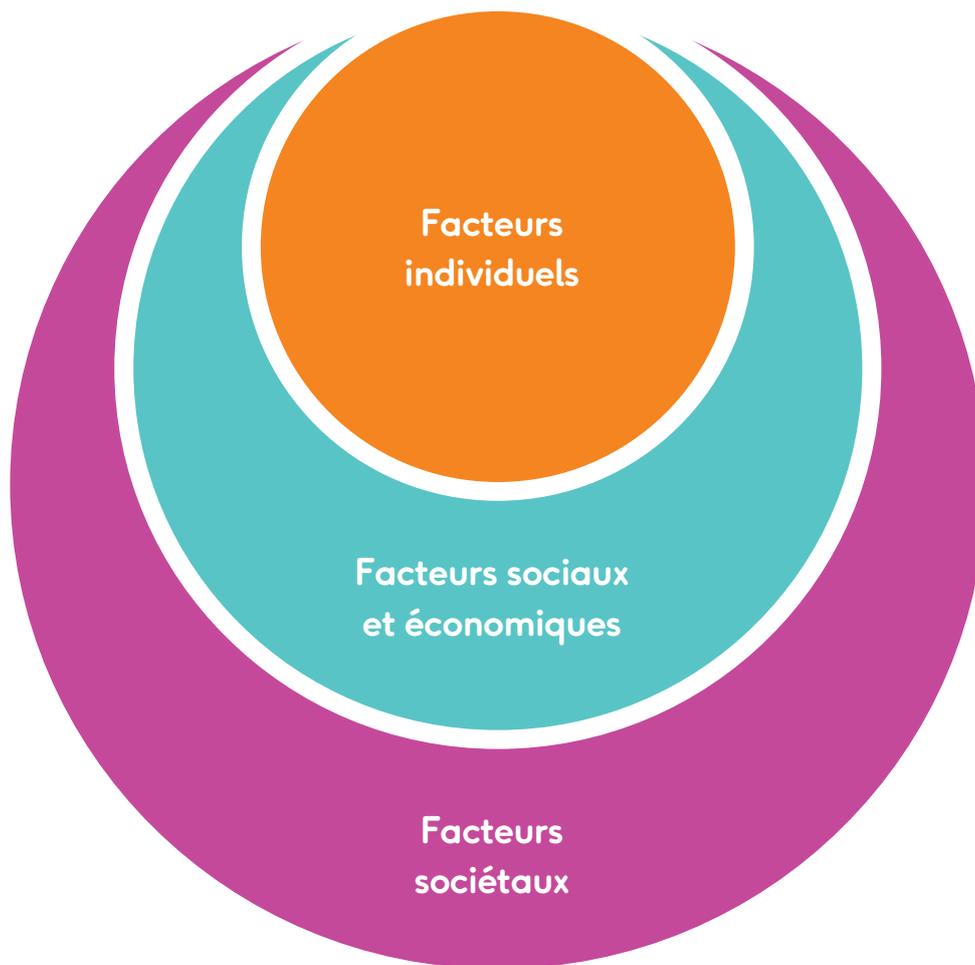
Les trois niveaux des facteurs déterminants

La figure ci-dessous présente une vue d'ensemble de tous les facteurs déterminants inclus dans cette synthèse de la littérature, organisés au sein de leur niveau d'analyse respectif. Nous avons sélectionné ces facteurs sur la base de travaux empiriques mesurant leur impact sur la santé mentale. Il est à noter néanmoins que certains de ces facteurs sont non seulement des déterminants de la santé mentale, mais aussi des conséquences de l'état de santé mentale ; notre synthèse se focalise uniquement sur leur rôle déterminant. Dans les pages qui suivent, nous présentons la littérature pertinente pour étayer la compréhension de l'impact positif ou négatif que chaque déterminant peut exercer sur la santé mentale.

Une dimension importante à la compréhension de cette synthèse est la mesure dans laquelle ces facteurs déterminants sont malléables, ou non. En effet, certains facteurs sont fixes et ne pourront que peu ou pas changer au cours de la vie (par exemple, les facteurs génétiques), alors que certains facteurs peuvent changer et être renforcés (par exemple, les compétences psychosociales). Dans une perspective de santé publique, il est intéressant de mieux comprendre quels sont les déterminants sur lesquels on peut agir afin de favoriser leur impact positif ou atténuer leur impact négatif. On note que la majorité des facteurs, notamment les facteurs au niveau socio-économique et sociétal, sont effectivement malléables.

Nombre de ces facteurs ont également un impact (positif ou négatif) sur la santé physique, en plus de leur impact sur la santé mentale. Bien que cet impact sur la santé physique soit hors du champ de cette synthèse, cette constatation renforce d'autant plus la nécessité d'intervenir sur ces facteurs pour favoriser leur impact positif, ou atténuer leur impact négatif. De plus, la santé physique et la santé mentale s'influencent mutuellement, et il n'est en fait pas possible de considérer l'une sans l'autre. En effet, d'après l'OMS, « il n'y a pas de santé sans santé mentale » (OMS, 2013).

« Certains facteurs sont fixes et ne pourront que peu ou pas changer au cours de la vie, alors que certains facteurs peuvent changer et être renforcés. »



FACTEURS BIOLOGIQUES :

- Santé physique
- Facteurs génétiques
- Genre
- Minorités sexuelles
- Minorités ethniques

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES :

- Personnalité
- Compétences psychosociales

FACTEURS LIÉS AU PARCOURS DE VIE :

- Enfance
- Expériences négatives dans la petite enfance
- Statut migratoire

PROCHES ET CERCLE SOCIAL :

- Famille
- Soutien social

SITUATION ÉCONOMIQUE :

- Statut socio-économique
- Emploi
- Revenu
- Dettes
- Niveau d'éducation

POLITIQUE SOCIALE ET ÉCONOMIQUE :

- Inégalités sociales
- Services sociaux
- Politiques de l'emploi
- Crèches et écoles
- Autodétermination

ENVIRONNEMENT ET INFRASTRUCTURES :

- Infrastructures
- Exposition à la violence et à la criminalité
- Sécurité et confiance de quartier
- Nature

CULTURE :

- Stigmatisation
- Croyances culturelles

**« Il est important d'agir
au niveau politique
et communautaire
pour minimiser les
facteurs de risque
et promouvoir les
facteurs de protection
autant que possible. »**

Il est important de noter que ces nombreux facteurs n'agissent pas en isolation, de façon indépendante les uns des autres. Au contraire, ces facteurs s'influencent les uns les autres (ils interagissent entre eux), et ce, même à travers différents niveaux d'analyse. Par exemple, le genre est un facteur individuel, et va donc avoir une influence directe sur la santé mentale. Mais son influence ne s'arrête pas là car le genre d'une personne va également avoir une influence sur sa situation économique (un facteur du deuxième niveau, les facteurs sociaux et économiques), qui va elle-même avoir un impact sur la santé mentale différentiel en fonction du genre de la personne. De même, le genre va également avoir un impact au niveau sociétal à travers les inégalités de genre et la stigmatisation, par exemple.

Ainsi, il est crucial de prendre en compte tous les facteurs pertinents ensemble afin de comprendre ce qui détermine la santé mentale d'une personne. Une même personne aura, en général, à la fois des facteurs de risque et de protection ; par exemple, un homme ayant eu une enfance difficile, ou une femme issue d'un milieu socio-économique favorisé. Ceci favorise la résilience, car les personnes sont souvent en mesure de puiser dans leurs ressources (facteurs de protection) pour pallier l'effet de stress (facteurs de risque). Cela étant dit, cela n'est pas toujours possible, comme l'indiquent les chiffres sur l'état de santé mentale des populations (23% des Genevois rapportent des problèmes de santé mentale moyens à importants ; OBSAN, 2020). De ce fait, il est important d'agir au niveau politique et communautaire pour minimiser les facteurs de risque et promouvoir les facteurs de protection autant que possible.

Facteurs individuels

À ce niveau se situent les facteurs déterminants de la santé mentale qui ont affaire à la personne elle-même. Ce sont des facteurs qui sont spécifiques à l'individu, bien qu'ils puissent être influencés par des facteurs à d'autres niveaux ou que leur influence puisse dépendre de facteurs situés à d'autres niveaux.

Facteurs biologiques

Santé physique

La santé physique et la santé mentale sont fortement liées et il est établi que la santé physique peut influencer la santé mentale et causer des troubles psychologiques (Ohrnberger, Fichera, & Sutton, 2017; WHO, 2014a). On sait en effet qu'une mauvaise santé physique et des handicaps sont des déterminants de la dépression (Patel et al., 2010).

L'exercice physique a des effets bénéfiques pour la santé mentale ; cet effet est robuste et a été démontré dans une population d'adultes tout-venant à travers une étude à large échelle (Chekroud et al., 2018), et par des revues systématiques chez des jeunes adultes (Lubans et al., 2016), chez les personnes âgées (Windle et al., 2010), chez les personnes souffrant de troubles bipolaires (Wright, Everson-Hock, & Taylor, 2009), chez les personnes souffrant de symptômes dépressifs (Josefsson, Lindwall, & ARcher, 2014; Silveira et al., 2013), de symptômes anxieux (bien que cet effet soit moins robuste; Stonerock et al., 2015), ou d'état de stress post-traumatique (Rosenbaum et al., 2015). Son effet est aussi préventif, notamment pour la dépression (Mammen & Faulkner, 2013).

Certaines études ont trouvé des effets de la santé physique sur la santé mentale à long terme; par exemple, certains problèmes neurologiques à la naissance augmentent la probabilité de développer des troubles psychotiques à l'âge adulte, ainsi que, dans une moindre mesure, la dépression et l'anxiété (Fryers & Brugha, 2013).

En conclusion, il existe un lien étroit entre santé mentale et santé physique, et les politiques de santé doivent prendre en compte les deux si elles veulent être efficaces et réduire les inégalités en santé (WHO, 2014).

Facteurs génétiques

Certains troubles mentaux ont une certaine hérédité, étudiée notamment à l'aide d'études sur des jumeaux. Cela signifie qu'il existe un risque de transmission de ce trouble mental d'une génération à la suivante, bien que cette transmission soit modulée par des facteurs sociaux et environnementaux (WHO, 2019). Ces troubles incluent, notamment, l'anxiété, les troubles obsessionnels-compulsifs, le stress post-traumatique, la dépression, les troubles alimentaires, l'autisme, le trouble de l'attention et hyperactivité, différentes psychoses ou encore le trouble bipolaire (Fryers & Brugha, 2013; Smoller, 2019).

Il faut noter toutefois que l'apparition et l'évolution de ces troubles héréditaires sont néanmoins aussi influencées par des déterminants sociaux (Compton & Ruth, 2015). Ainsi, l'expression de nos gènes dépend de notre environnement et de nos expériences. On sait par exemple que des facteurs liés au stress peuvent interagir avec des facteurs génétiques et entraîner une augmentation du risque de développer un trouble mental (Compton & Ruth, 2015).

Genre

Alors que le sexe fait référence aux différences biologiques entre les hommes et les femmes, le genre quant à lui fait référence aux variations entre hommes et femmes liées à notre culture et notre socialisation, aux perceptions et aux attentes quant à la façon de penser et de se comporter.

De nombreuses études ont trouvé des différences systématiques de genre dans l'apparition de troubles mentaux. Une étude menée dans 11 pays européens montre que les femmes sont en moins bonne santé mentale que les hommes (Lehtinen et al., 2005). Dans l'ensemble, les femmes souffrent plus de troubles mentaux que les hommes (WHO, 2014a), même si cette différence varie selon les troubles et en fonction de l'âge. En effet, alors qu'on observe plus de troubles dépressifs et anxieux chez les femmes (Kuehner, 2003; Ploubidis & Grundy, 2009; Seedat et al., 2009), on observe chez les hommes plus de troubles de l'attention et d'hyperactivité, ainsi que de consommation de substances (Arnold, 1996; Brady & Randall, 1999; Seedat et al., 2009). À l'adolescence, on observe que les filles sont plus susceptibles de souffrir de troubles alimentaires, de comportements d'auto-mutilation et d'idées suicidaires, ainsi que de faire des tentatives de suicide, comparé aux garçons (Hawton et al., 2002; Hoek & van Hoeken, 2003; Miranda-Mendizabal et al., 2019; Striegel-Moore et al., 2009). À noter toutefois que les hommes meurent plus du suicide que les femmes, selon des données mondiales (WHO, 2014b) et suisses (OBSAN), même si les femmes font plus de tentatives de suicide à l'âge adulte également (OBSAN, 2019).

Chez les personnes souffrant de dépression, les facteurs y reliés varient également en fonction du genre. Ainsi, les hommes semblent davantage souffrir de dépression lorsque leur santé physique est mauvaise ou qu'ils manquent d'exercice, alors que chez les femmes, la dépression est plus souvent associée à une isolation sociale, ou à la qualité de leurs relations de famille ou de communauté (WHO, 2014a).

L'une des explications privilégiées pour rendre compte de ces différences est celle des rôles sociaux (Rosenfield & Mouzon, 2012) : en effet, ces différences diminuent dans des contextes spatiaux ou temporels dans lesquels ces rôles sont moins traditionnels (Kuehner, 2003; Seedat et al., 2009). D'autres explications se sont penchées sur le rôle de la socialisation émotionnelle genrée (Simon, 2002), et des hormones (Pigott, 1999). Les stéréotypes de genre affectent également le diagnostic et le traitement : par exemple, les médecins sont plus susceptibles de diagnostiquer la dépression chez les femmes que chez les hommes, même lors de présentations symptomatiques identiques (Affi, 2007).

« Les femmes souffrent plus de troubles mentaux que les hommes, même si cette différence varie selon les troubles et en fonction de l'âge. »

Minorités sexuelles

Les minorités sexuelles sont définies soit par l'orientation sexuelle (l'auto-identification sexuelle, le comportement sexuel, et l'attirance sexuelle) soit par l'identification de genre (représentation interne de sa propre féminité, masculinité, ou androgynie). Dans le cas de l'orientation sexuelle, les études ont généralement comparé les personnes qui s'identifient en tant que gay/lesbienne ou bisexuel.le aux personnes qui s'identifient comme hétérosexuelles. Dans le cas de l'identification de genre, les personnes transgenres sont minoritaires par rapport aux personnes cisgenres. En outre, de plus en plus de jeunes s'identifient en tant que *genderqueer*, c'est-à-dire une représentation du genre plus fluide et moins binaire.

Plusieurs décennies de recherche indiquent que les membres de minorités sexuelles sont plus à risque de troubles mentaux que les personnes hétérosexuelles. Une revue systématique de la littérature incluant 199 études conclut que les personnes lesbiennes, gays, et bissexuelles (LGB) présentent un risque accru de tentatives de suicide et décès par suicide, de dépression et autres troubles de l'humeur, de troubles anxieux, et de consommation problématique de substances (Plöderl & Tremblay, 2015; voir également: Hass et al., 2010). Certains auteur.e-s ont estimé l'importance de ce risque: une méta-analyse a montré que le risque suicidaire est globalement deux fois plus grand chez les minorités sexuelles que chez les personnes de la majorité sexuelle (King et al., 2008). Les troubles dépressifs, anxieux, et de consommation de substances sont quant à eux en moyenne de 1.5 fois plus fréquents chez les personnes LGB que chez les personnes hétérosexuelles (King et al., 2008).

Il existe un consensus grandissant parmi les chercheur.se-s pour expliquer cette différence par la stigmatisation sociale et la discrimination dont sont victimes les minorités sexuelles, qui engendre du stress dans ces populations (Hass et al., 2010). En effet, d'après la théorie du stress minoritaire (Meyer, 2007), les personnes LGBT subissent, en plus des stressseurs courants de la vie de tout un chacun, des stressseurs spécifiques aux minorités. Ces stressseurs spécifiques sont de quatre ordres: événements discriminants, attentes d'événements discriminants, dissimulation de l'identité, et intériorisation des croyances et attitudes négatives de la société. Ceci est à mettre en lien avec le déterminant **Stigmatisation** dans les facteurs sociétaux ci-dessous.

Les facteurs de risque pour le développement de troubles mentaux incluent l'internalisation de l'oppression liée à l'identité LGBQ (Lesbiennes, Gays, Bisexuel.le-s, Queers), le stress lié à l'identité LGBQ, de mauvaises stratégies de coping, une absence d'appartenance sociale, le sentiment d'être un fardeau pour les autres, le rejet familial, des interactions sociales négatives, avoir vécu des abus, de la négligence, et autres traumatismes, être victime de harcèlement scolaire, être victime de violence, ou de discrimination (Hall, 2018). Certains traits de personnalité pourraient également représenter des facteurs de risque. Une étude à large échelle a trouvé que les hommes gays/bisexuels obtiennent des scores plus hauts en neuroticisme-anxiété, et des scores plus bas en sociabilité et recherche de sensations, comparé aux hommes hétérosexuels, et que ces différences permettent d'expliquer les différences observées sur certains troubles mentaux (Wang et al., 2014).

Concernant les facteurs de protection, une revue systématique a identifié certains mécanismes ayant un rôle protecteur contre les troubles mentaux : l'estime de soi positive, le soutien social réel et perçu, le nombre d'amis·e·s LGBT, le sentiment de maîtrise, la fierté de l'identité LGBT, les relations positives avec les parents et les enseignant·e·s, un environnement protecteur au travail (Freitas et al., 2017). Les facteurs de protection qui diminuent significativement le risque suicidaire chez les personnes LGBT incluent la connexion familiale, la perception de bienveillance d'autrui, et la sécurité à l'école (Eisenberg & Resnick, 2006 ; Hass et al., 2010). Les **Compétences psychosociales** ont également un effet protecteur sur la dépression et le risque suicidaire chez les jeunes hommes gays (Wang et al., 2018).

Minorités ethniques

L'appartenance à une minorité ethnique constitue un facteur de risque pour la santé mentale de ces personnes. On peut expliquer cette élévation du risque par l'exposition de cette population à des discriminations, à de l'exclusion sociale, et à des inégalités d'accès aux ressources (financières, éducatives, de santé, d'emploi, de logement, etc. ; Pager & Shepherd, 2008).

De nombreuses études se sont intéressées à la corrélation existant entre la discrimination raciale ou la perception de racisme et l'état psychologique des individus. Les résultats indiquent que la corrélation entre le racisme perçu (auto-rapporté) et le bien-être psychologique est négative, alors qu'elle est positive entre les discriminations raciales et la détresse psychologique (stress, symptômes dépressifs, etc. ; Pieterse et al., 2012).

Dans une revue systématique de littérature, Williams, Neighbors et Jackson (2003) concluent que les discriminations raciales sont associées à un mauvais état de santé, et que ce phénomène est amplifié concernant la santé mentale.

Par ailleurs, les recherches montrent que l'impact négatif des discriminations raciales sur la santé mentale débute très tôt dans l'enfance. Une méta-analyse, regroupant 121 études menées auprès d'enfants et d'adolescent·e·s âgé·e·s entre 0 et 18 ans, démontre que l'exposition à des discriminations raciales est un prédicteur d'une mauvaise santé mentale (anxiété, symptômes dépressifs, etc. ; Priest et al. 2013).

Le modèle du stress minoritaire (Meyer, 2007) présenté dans la section précédente (**Minorités sexuelles**) est également applicable aux minorités ethniques. En effet, les stressseurs tels que les événements discriminants, les attentes d'événements discriminants, la dissimulation de l'identité, et l'intériorisation des croyances et attitudes négatives de la société font également partie de la vie des personnes appartenant à une minorité ethnique. Meyer (2003) souligne d'ailleurs l'importance d'adopter une perspective intersectionnelle pour comprendre la santé mentale des individus issus de minorités sexuelles. Crenshaw (1989) a formalisé l'approche théorique de l'intersectionnalité, invitant la considération des multiples identités (facteurs biologiques) interagissant au sein d'un même individu. Ces interactions vont produire des expériences individuelles spécifiques au sein de la société.

Facteurs psychologiques

Personnalité

La personnalité peut être décrite en 5 ou 6 traits de personnalité selon les modèles psychométriques existants (Big Five, Oliver, Donahue & Kentle, 1991 ; et HEXACO, Lee & Ashton, 2004). L'un de ces traits, appelé *Neuroticisme* dans le modèle du Big Five, est corrélée avec plusieurs troubles mentaux (Fryers & Brugha, 2013). D'autres part, certains traits peuvent avoir un impact indirect sur la santé (physique et mentale) car ils sont associés à des comportements qui sont promoteurs ou au contraire préjudiciables à la santé. En effet l'*Émotionnalité* positive est positivement associée à des comportements sociaux comme de bonnes relations interpersonnelles, le soutien et l'intégration sociale. La *Conscience* est quant à elle positivement associée à une réduction des comportements à risque, comme le manque d'exercice physique (Caspi et al., 2005).

La personnalité est considérée comme largement stable au cours de la vie (Caspi et al., 2005), ce qui suggère que son impact sur la santé sera, lui aussi, stable au cours de la vie.

Compétences psychosociales

Les chercheur·se·s ont démontré l'effet protecteur de plusieurs variables individuelles, que l'on peut regrouper sous le terme de compétences de vie ou compétences psychosociales. Ces compétences sont centrales dans la vision de la promotion de la santé prônée par l'Organisation mondiale de la santé (cf. Charte d'Ottawa). Selon ce modèle, ces compétences psychosociales contribuent à l'état de santé général des personnes, et à leur santé mentale en particulier, car elles favorisent l'émergence de comportements promoteurs d'une bonne

santé. Les chercheur·se·s s'accordent pour les définir comme des compétences et aptitudes nécessaires pour prendre des décisions, résoudre des problèmes, réfléchir de façon critique et créative, communiquer efficacement, construire des relations saines, faire preuve d'empathie envers les autres, et faire face à la vie de façon saine et productive (WHO, 2003).

Plusieurs classifications ont été proposées par divers chercheur·se·s et organismes, et nous retiendrons ici celle proposée par l'Organisation mondiale de la santé sous le terme de « *life skills* », traduit en français par *compétences essentielles* (2003). Il est intéressant de noter que cette classification correspond directement aux trois besoins fondamentaux identifiés par la Théorie de l'Autodétermination comme étant nécessaires pour le bien-être (Ryan & Deci, 2000). Toujours selon l'OMS, on peut catégoriser ces compétences en trois groupes :

- Les compétences interpersonnelles et de communication (compétences sociales) comprennent les compétences de communication verbale et non-verbale, d'écoute, d'expression, de négociation, d'affirmation de soi, d'empathie, de coopération, de travail d'équipe, et de plaidoyer.
- Les compétences décisionnelles et de pensée critique (compétences cognitives) comprennent les compétences de prise de décision et de résolution de problème, y compris la recherche d'information.
- Les compétences adaptatives et d'autogestion (compétences émotionnelles) comprennent l'estime de soi, l'auto-évaluation, la prise de responsabilité, et la gestion émotionnelle, y compris la gestion du stress.

Il est important de noter que ces trois catégories ne sont pas distinctes mais interreliées, et que la plupart de ces compétences sont

en lien les unes avec les autres. Par exemple, la gestion du stress contribue à une bonne capacité à travailler en équipe, et nécessite à la fois des compétences d'auto-évaluation, de gestion du temps, de résolution de problèmes, d'estime de soi, etc.

Des hautes compétences résultent en une meilleure santé mentale ; par exemple, une étude a montré que des étudiant·e·s dont les compétences sociales et émotionnelles étaient plus faibles au début de leurs études ont développé plus de troubles mentaux au cours de leurs études (Segrin & Flora, 2000). On sait par ailleurs que l'estime de soi et un sentiment de contrôle sont prédictifs d'une bonne santé mentale future (Fryers & Brugha, 2013). Cet effet est cohérent avec des études qui montrent que l'optimisme, le sentiment de maîtrise ou de contrôle, et une estime de soi positive offrent une protection contre le stress à travers une meilleure régulation de l'activité de l'amygdale (Taylor, 2010). L'intelligence émotionnelle est également un facteur de protection, notamment contre la dépression (Davis & Humphrey, 2012).

Il découle de ces travaux que le développement de ces compétences devrait favoriser une bonne santé mentale, en particulier dans l'enfance ou l'adolescence (WHO, 2016). En effet, de nombreux programmes visant à entraîner ces compétences existent (e.g., Hermens et al., 2017 ; Nasheeda et al., 2019). Certaines études ont montré des effets positifs de ces programmes : l'entraînement de compétences psychosociales amène à une diminution des symptômes de troubles mentaux, tels que l'anxiété, la dépression, les problèmes de sommeil et le stress (Savoji & Ganji, 2013 ; Sklad et al., 2012 ; Sobhi-Gharameleki & Rajabi, 2010). Dans une méta-analyse s'intéressant à 82 programmes implémentés dans les écoles, ces effets positifs ont été observés indépendamment de l'ethnie, du statut socio-économique ou de l'emplacement de l'école (Taylor et al., 2017).

Une revue détaillée a examiné les effets de nombreux de ces programmes sur des problèmes de santé mentale (certains positifs, certains sans effet) et offre des recommandations pour la pratique, telles que de favoriser des programmes au long terme, et des approches systémiques et multi-domaines plutôt qu'individuelles ou ciblées (Greenberg et al., 2001 ; Sklad et al., 2012).

Un autre élément de soutien au fait que le développement de ces compétences soit bénéfique pour la santé mentale est l'efficacité démontrée des thérapies cognitivo-comportementales, auprès d'un·e thérapeute ou seul·e, guidé·e ou non par un·e professionnel·le, à l'aide de livres ou autres méthodes de développement personnel (Cuyppers & Schuurmans, 2007 ; Cuyppers et al., 2010). En effet, ces thérapies visent au développement de compétences telles que la restructuration cognitive, la gestion des émotions, etc.

Des études ont également mis en avant la capacité des programmes intégrant la pleine conscience (Mindfulness-Based Interventions, MBIs) à développer les compétences cognitives. Dérivée des traditions et de la psychologie bouddhistes, la pleine conscience se définit comme la capacité psychologique à vivre le moment présent par une attitude non-jugeante, d'acceptance amenant une ouverture d'esprit (Kabat-Zinn, 2005). De nombreuses revues et méta-analyses ont démontré que la pleine conscience s'est révélée efficace dans un large éventail de problèmes et de troubles cliniques ou liés au stress, et ceci pour divers groupes de maladies (Grossman et al., 2004 ; Fjorback et al., 2011 ; Piet and Hougaard, 2011 ; Piet et al., 2012). De plus, les MBIs ont prouvé leur potentiel préventif et leur capacité à promouvoir une bonne santé dans des situations non-cliniques, telles que la réduction du stress, l'augmentation du bien-être et le renforcement du système immunitaire (Davidson et al., 2003 ; Chiesa and Serretti,

2009; Eberth and Sedlmeier, 2012), ou encore le développement personnel comme la compassion envers soi, l'empathie et la prise de perspective (Shapiro et al., 1998, 2007; Birnie et al., 2010). Une méta-analyse s'intéressant aux MBIs implémentées dans des contextes scolaires, regroupant dix-neuf études, a démontré leurs effets sur les compétences cognitives et la capacité de résilience (Zenner, Herrnleben-Kurz and Walach, 2014).

Certains travaux ont cherché à identifier les compétences individuelles spécifiques à la santé mentale, et ont créé le terme de *littératie en santé mentale*. Celle-ci se définit comme les connaissances et compétences qui déterminent la motivation et la capacité des individus à maintenir une bonne santé mentale. Une plus haute littératie entraîne une meilleure santé mentale, et vice-versa (Patel et al., 2010).

Cette section souligne l'importance de favoriser le développement de ces compétences dès le plus jeune âge mais aussi à l'âge adulte, dans les cadres familial, scolaire et professionnel. En effet, contrairement à la personnalité, les compétences individuelles sont malléables et peuvent être améliorées au cours de la vie.

« Le facteur de protection le plus en mesure de contrer l'effet négatif des expériences néfastes est la disponibilité et le soutien d'un adulte protecteur. »

Facteurs liés au parcours de vie

Enfance

Certains comportements à l'enfance sont associés avec des troubles dépressifs et anxieux à l'âge adulte. Cela comprend notamment des problèmes d'attention et hyperactivité, de comportements de retrait social, agressif, anti-social, ou perturbateur, ou encore une mauvaise performance scolaire (Fryers & Brugha, 2013).

Expériences négatives dans la petite enfance

Les expériences négatives dans la petite enfance ont une influence déterminante sur la santé mentale, et leur impact peut être important et de longue durée. Des travaux dans le domaine de l'épigénétique suggèrent même que certaines expériences dans la petite enfance sont à même de modifier l'épigénome, c'est-à-dire l'expression des gènes, de façon transmissible à la génération suivante (Shonkoff et al., 2012; Szyf, 2009). Ceci souligne d'autant plus l'importance d'agir sur la santé mentale dès la petite enfance, afin de diminuer les conséquences à long terme sur la santé mentale non seulement de l'individu mais aussi celle de sa descendance.

Les travaux qui ont étudié l'influence des expériences négatives dans la petite enfance définissent celles-ci comme des états de stress extrêmes, répétitifs ou anormaux dans l'enfance, pendant la période critique durant laquelle le cerveau est en développement. Il est important de noter que ces dysfonctions du développement surviennent de par la réaction de stress, et non par les stressseurs eux-mêmes (Nelson et al., 2020). Les stressseurs en tant que tels peuvent être contrebalancés par un soutien adulte adéquat (voir la théorie de l'attachement dans la section **Famille**). En effet, le facteur de protection le plus en mesure de contrer l'effet négatif des

expériences néfastes est la disponibilité et le soutien d'un adulte protecteur. Les stress faibles à modérés, lorsqu'ils sont vécus au sein d'un environnement stable et soutenant, peuvent même représenter des opportunités positives importantes d'apprentissage pour l'enfant (Shonkoff et al., 2012).

Ces états de stress toxique peuvent être causés par des expériences nocives qui varient entre des événements courants (conflits parentaux) et des situations dramatiques (enfants soldats). L'impact sur l'enfant va dépendre de facteurs tels que le type, la durée et le nombre d'expériences nocives, la période du développement dans laquelle se situe l'enfant, ainsi que la présence de facteurs aggravants et protecteurs (Nelson et al., 2020). Ces situations de stress souvent examinées par les chercheur-se-s sont les abus (émotionnel, physique, ou sexuel), les négligences, le fait d'être témoin de violence domestique ou de discorde familiale, ou de co-habiter avec une personne souffrant d'une maladie mentale ou d'un abus de substances, ou une personne délinquante (Anda et al., 2006 ; Fryers & Brugha, 2013). Ces expériences sont tristement répandues : une étude longitudinale américaine sur 17'000 participant.e.s a trouvé que 64% d'entre eux avaient vécu au moins l'une de ces expériences (Anda et al., 2006). Les chercheur-se-s soulignent également l'impact de l'adversité contextuelle, liée à la pauvreté, l'exposition à la violence, la malnutrition, etc. (Nelson et al., 2020).

Les conséquences de ces états de stress sur la santé en général et la santé mentale en particulier ne sont plus à démontrer, tellement les travaux sont nombreux, et elles peuvent être importantes. En effet, ces expériences négatives provoquent une élévation du cortisol, une hormone qui produit un stress toxique qui a pour conséquence de limiter la connectivité neuronale dans le cerveau, ce qui peut avoir des conséquences dans le

développement du cerveau (OMS, 2017). Ces états de stress peuvent ainsi endommager de façon permanente les systèmes de neuro-régulation, ce qui peut avoir des conséquences neurocomportementales (Anda et al., 2006). La liste des conséquences démontrées empiriquement est tristement longue et inclut des conséquences psychologiques, comportementales, neurobiologiques, et physiques (Nelson et al., 2020). En particulier, les jeunes qui ont vécu des expériences négatives dans la petite enfance commencent à boire de l'alcool à un plus jeune âge, rapportent plus souvent boire pour gérer leurs difficultés (Rothman et al., 2008), fument plus et commencent à fumer plus tôt (Anda et al., 1999).

De plus, les expériences négatives dans la petite enfance augmentent aussi la probabilité d'observer, à tout âge et même des décennies après les faits, les problèmes de santé mentale suivants : anxiété et dépression (Anda et al., 2006 ; Chapman et al., 2004 ; Edwards et al., 2003 ; Fryers & Brugha, 2013 ; Remigio-Baker, Hayes & Reyes-Salvail, 2014), panique (Anda et al., 2006), états de stress post-traumatique (Nelson et al., 2020), troubles de la personnalité (Fryers & Brugha, 2013), hallucinations (Anda et al., 2006 ; Whitfield et al., 2005), consommation de substances (Anda et al., 2006), consommation de médicaments psychotropes (Anda et al., 2007), addiction au jeu (Scherrer et al., 2007), admissions hospitalières pour troubles psychiatriques graves (Fryers & Brugha, 2013), et tentatives de suicide (Dube et al., 2001 ; Fryers & Brugha, 2013)(pour une revue de la littérature présentant toutes ces conséquences négatives, voir Nelson et al., 2020). Cet effet est très important et multiplicatif, puisque selon certaines estimations, le risque pour la santé mentale chez les enfants les plus désavantagé-e-s (plusieurs expériences négatives) est 100 fois plus élevé que celui des enfants moins désavantagé-e-s (Fryers & Brugha, 2013).

Ces expériences précoces peuvent avoir un impact des décennies plus tard, même si elles ne sont plus présentes dans la vie de la personne, soulignant l'importance d'agir tôt dans la vie (Taylor, 2010) pour prévenir l'apparition de ces événements négatifs ou leurs conséquences. En effet, même pour des enfants ayant vécu des expériences négatives dans la petite enfance, il est important d'agir pour prévenir l'impact du stress, et/ou d'intervenir une fois que les effets du stress sont observés. Il existe des stratégies d'intervention pour aider les familles et les enfants à gérer l'adversité et le stress toxique et pour renforcer leur résilience (Nelson et al., 2020). Des programmes d'éducation de l'enfance existent, et leur efficacité, en particulier sur les enfants issu·e·s de populations défavorisées, a été démontrée par des études scientifiques (Elango et al., 2016).

Statut migratoire

Le statut migratoire a un impact direct sur la santé mentale des individus. Différentes études épidémiologiques ont démontré que les niveaux de dépression au sein de la population issue de la migration sont plus élevés qu'au sein de la population majoritaire (Bhui et al., 2005 ; Levecque et al., 2007 ; Missinne et Bracke, 2012). Cette différence peut s'expliquer notamment à travers les inégalités socio-économiques (accès à l'emploi, revenu, catégorie socioprofessionnelle ; voir ci-dessous **Situation Économique**), l'accès au capital social (**Soutien social**) et les discriminations liées à l'origine (voir **Stigmatisation**).

D'autre part, les personnes migrantes conservent très souvent un lien avec leur pays d'origine (Ly et al., 2014), qui peut prendre une forme économique (transferts monétaires, création d'entreprises transnationales, etc.), une forme sociale (d'aller-retour vers le pays d'origine, liens sociaux, etc.) ou encore une forme socioculturelle (participation à

des traditions du pays d'origine) (Levitt et Jaworsky, 2007). Ces pratiques transnationales peuvent constituer une source de stress ou un fardeau social et économique (Torres et al., 2016a), ce qui peut impacter négativement la santé mentale des personnes migrantes. Cet effet est plus important chez les personnes de bas statut socio-économique (Torres et al., 2016a), et chez les femmes. Les auteur·e·s expliquent cette différence par le décalage entre les attentes de la famille et la capacité des femmes à y répondre, ou par leur double rôle de soutien social auprès de leurs proches dans le pays d'origine et le pays d'accueil (Alcántara et al., 2015 ; Torre, et al., 2016b ; Torres et al., 2016a).

Un facteur protecteur pour la santé mentale des personnes migrantes est le développement de liens entre des personnes migrantes et non-migrantes (voir aussi **Soutien social**). Ce lien permet non seulement d'offrir un sentiment d'appartenance, mais également d'accroître la résilience face à un ensemble de difficultés, telles que les discriminations ou l'isolement social (Torres et al., 2016a).

Facteurs sociaux et économiques

Les déterminants situés au second niveau, soit les facteurs sociaux et économiques dans le reste du document, peuvent être organisés en deux sous-catégories : les déterminants qui sont en lien avec les *proches et le cercle social* d'une personne, et les déterminants qui sont en lien avec la *situation économique d'une personne*.

Proches et cercle social

Famille

Le contexte familial a un impact sur la santé mentale des enfants tout au long de leur vie. L'influence des facteurs en lien avec la famille commence dès la vie fœtale. En effet, l'exposition du fœtus à certains facteurs de risque lors de la grossesse peut avoir des conséquences importantes sur la santé mentale de l'individu lorsqu'il atteint l'âge adulte. Par exemple, le syndrome d'alcoolisme fœtal, causé par le fait que la mère boive de l'alcool pendant la grossesse, se traduit par un important retard mental (Abel & Sokol, 1986). Le stress et les problèmes d'humeur pendant la grossesse influencent la réponse au stress de l'individu plus tard dans la vie (Brand et al., 2006 ; Oberlander, et al., 2008).

Le style d'attachement, qui s'acquiert au contact des adultes principalement responsables lors des premières années de la vie (en général les parents) a un impact majeur sur la santé mentale à l'âge adulte. Selon la théorie de l'attachement (Bowlby, 1973), des interactions avec des figures d'attachement inconstantes, non-réceptives, ou insensibles mènent à un style d'attachement insécure, qui lui-même réduit la résilience et la capacité à faire face au stress. Ainsi, l'attache-

ment insécure représente un facteur de risque pour les troubles de l'anxiété à l'âge adulte (Mikulinzer & Shaver, 2012).

Le style parental a également un effet sur la santé mentale plus tard dans la vie. Un style encourageant et avec peu de contrôle, qui favorise l'autonomie, a un effet protecteur, alors qu'un style négligeant ou au contraire sur-protecteur augmente le risque de dépression et d'anxiété à l'âge adulte (Fryers & Brugha, 2013). Des études utilisant des méthodes de neuroimagerie montrent que le style parental, strict ou encourageant, influence le fonctionnement neuronal à l'âge adulte : les personnes ayant grandi dans des familles strictes ont des difficultés à réguler leur réponse émotionnelle face à des menaces, résultant en une moins bonne gestion du stress (Taylor, 2010)¹.

Des parents qui ont eux-mêmes des troubles psychiatriques (Jensen et al., 2013), et/ou qui ont vécu des abus étant enfants, représentent également un facteur de risque pour la santé mentale de leurs enfants (Fryers & Brugha, 2013).

De nombreuses études soulignent également l'effet négatif sur la santé mentale des enfants d'une séparation ou un divorce des parents, augmentant le risque de dépression, anxiété, et comportement anti-sociaux ou problématiques. Toutefois cet effet serait plutôt dû à la présence de conflit familial, plutôt qu'à la séparation en tant que telle (Fryers & Brugha, 2013).

La famille joue un rôle important pour le soutien et la protection contre des difficultés et conditions de vie défavorables, comme par exemple celui d'un milieu socio-économique bas (voir **Statut socio-économique**). Ainsi, un environnement familial soutenant, un style

¹ Ces personnes ne peuvent pas activer le cortex frontal de façon efficace pour moduler la réponse de l'amygdale, comparées à des personnes ayant grandi dans des familles encourageantes.

parental encourageant et bienveillant, des interactions émotionnelles positives, peuvent compenser et ainsi remédier à l'impact négatif d'autres facteurs (Jensen et al., 2013 ; Kelly et al., 2011 ; WHO, 2014a). Ceci souligne l'importance de l'éducation parentale d'une part, mais aussi de politiques de parentalité facilitant la mise en place de styles parentaux bénéfiques pour les enfants, y compris le style d'attachement dans les premières années de la vie.

À l'âge adulte, des travaux soulignent l'importance des relations de couple et familiales sur la santé mentale. En effet, les gens mariés sont en meilleure santé mentale que les gens non-mariés (Horwitz et al., 1996 ; Simon, 2002), bien que cet effet soit possiblement amplifié par le fait que les gens dont le bien-être est plus élevé se marient plus (Stutzer & Frey, 2006). Malgré cet effet de sélection, des travaux récents montrent que la qualité des relations de couple influence positivement la santé mentale des conjoint·e·s plus fortement que l'inverse (c'est-à-dire que l'impact des relations de couple sur la santé mentale est plus fort que l'impact de la santé mentale sur les relations de couple). Cet effet bénéfique est plus fort pour les relations plus durables, telles que le mariage ou la cohabitation (Braithwaite & Holt-Lunstad, 2017).

La transition à la parentalité a fait l'objet de nombreuses études, certaines démontrant que devenir parent augmente le bien-être et la santé mentale (Aassve et al., 2012 ; Helbig et al., 2006 ; Kohler et al., 2005 ; McKenzie & Carter, 2013), certaines démontrant au contraire que devenir parent diminue le bien-être et augmente les troubles mentaux (Stanca, 2012), et certaines ne démontrant aucune différence entre les parents et les non-parents (Grossbard & Mukhopadhyay, 2012). De toute évidence, de nombreux facteurs interviennent pour moduler la relation entre le statut parental et la santé

mentale (Kohler et al., 2005 ; Kohler & Mencarini, 2016), tels que le statut socio-économique (Kohler & Mencarini, 2016), les politiques sociales du pays (Aassve et al., 2012), le genre (Aassve et al., 2012 ; Nomaguchi & Milkie, 2003 ; Roeters et al., 2016), le fait d'être en couple (Aassve et al., 2012 ; Evenson & Simon, 2005 ; Nomaguchi & Milkie, 2003), les croyances personnelles (Rizzo et al., 2013), le style de vie pré-parentalité (Roeters et al., 2016), le nombre d'enfants par grossesse (Wenze et al., 2005), parmi d'autres facteurs (Kohler & Mencarini, 2016). Le stress lié à la parentalité a un effet négatif sur la santé mentale des parents (Kwok & Wong, 2001), ce qui en retour diminue la cohésion dans le couple (Rollè et al., 2017).

Finalement, un mauvais fonctionnement familial est un facteur de risque dans la récupération après un épisode dépressif (Keitner et al., 1992).

Soutien social

Selon l'Organisation mondiale pour la santé, une communauté inclusive est un déterminant clé de la santé mentale à travers son rôle protecteur (WHO, 2014a). Le soutien social, c'est-à-dire le fait de savoir que l'on est aimé·e, estimé·e, valorisé·e, et que l'on fait partie d'un réseau social, a en effet une très grande influence positive sur la santé physique et mentale. Une revue systématique a trouvé que le soutien social avait un effet protecteur contre la dépression chez les enfants, les adultes, et les personnes âgées, bien que ces groupes trouvent du soutien auprès de sources différentes (Gariépy et al., 2016). De fait, une analyse sur 11 pays européens a trouvé que le soutien social perçu était le déterminant le plus important d'une bonne santé mentale, au-delà de variables socio-économiques telles que le revenu, et de variables individuelles, comme par exemple le genre (Lehtinen et al., 2005). En

effet, recevoir de l'aide et aider les autres a des effets positifs sur la santé mentale en général (Schwartz et al., 2003), chez les personnes avec des troubles psychologiques tout comme chez les personnes sans (Caron & Guay, 2006). Le manque de soutien social est associé à un risque de développer des symptômes dépressifs (Wade & Kendler, 2000).

L'une des explications de cet effet positif est que le soutien social fournit une protection contre le stress (Taylor, 2010). Ainsi, l'effet négatif d'événements ou situations stressants peut être contrebalancé par un soutien social efficace, qu'il soit d'ordre émotionnel, informationnel ou instrumental (aide physique ou matérielle) (WHO, 2014). Cet effet tampon du soutien social est important dans l'enfance (comme mentionné ci-dessus sous Famille), mais aussi dans les premières années de la maternité (c'est-à-dire chez les jeunes mères ; Fisher et al., 2012). De plus, des interactions positives avec ses pairs, sa famille et sa communauté sont un facteur de protection contre les comportements à risque, dont la probabilité augmente à l'adolescence (WHO, 2014a).

Le rôle déterminant du soutien social ne doit réellement pas être sous-estimé. Son influence positive sur la santé est du même ordre que l'influence négative, par exemple, de la fumée, et supérieur à l'influence de la consommation d'alcool ou de l'activité physique (Holt-Lunstad, et al., 2010). Une étude ayant examiné conjointement l'effet de 57 facteurs divers sur la mortalité a montré que des relations interpersonnelles (conjugales, familiales, et amicales) de moins bonne qualité augmentent la mortalité ; l'influence de ces facteurs sociaux arrive juste derrière l'effet de variables de comportements de santé, tels que le fait de fumer (Puterman et al., 2020).

Ceci implique que l'absence de soutien social, ou le fait d'avoir des relations sociales dysharmonieuses sont des facteurs de risque pour la santé mentale des personnes. Par exemple, le fait d'avoir été acteur-trice ou victime de *bullying* (harcèlement, intimidation), ou les deux, pendant l'enfance est associé à des troubles psychiatriques à l'âge adulte (Fryers & Brugha, 2013) ; le fait d'être victime de violence domestique est associé à une mauvaise santé mentale, à travers des symptômes dépressifs, consommation de substances, et d'autres troubles mentaux chroniques, aussi bien chez les femmes que les hommes victimes (Coker et al., 2002).

« Le soutien social, c'est-à-dire le fait de savoir que l'on est aimé·e, estimé·e, valorisé·e, et que l'on fait partie d'un réseau social, a en effet une très grande influence positive sur la santé physique et mentale. »

Situation Économique

Selon l'Organisation mondiale de la santé, l'accès à des ressources économiques est un déterminant clé de la santé mentale (WHO, 2014a). La situation économique d'une personne comprend tous les aspects qui contribuent à son pouvoir d'achat. Il s'agit d'un concept multidimensionnel qui se mesure à l'aide de différents indicateurs. Les facteurs les plus communément utilisés sont la catégorie professionnelle, le niveau de formation et le revenu.

La majorité des travaux dans le domaine se sont intéressés à l'effet du statut socio-économique (SSE) dans son ensemble, utilisant des indicateurs composés de plusieurs facteurs reflétant le statut socio-économique dans sa globalité. D'autres travaux ont étudié individuellement certains facteurs de cette situation économique, tels que le revenu, la présence de dettes, ou le niveau d'éducation. Dans cette section, nous décrivons tout d'abord les travaux abordant le SSE dans son ensemble, avant de passer aux travaux examinant ces facteurs individuellement.

Statut socio-économique

Il existe un fort consensus dans la littérature quant à la relation négative existant entre niveau socio-économique et apparition de troubles mentaux (Campion et al., 2003; Fryers et al., 2005; OMS/WHO, 2014a; Patel & Kleinman, 2003). Le risque de développer l'un des troubles mentaux les plus communs (dépression et anxiété) est disproportionnellement supérieur chez les personnes de bas SSE, comparé à celles au SSE élevé (OMS/WHO, 2014a). Par exemple, on observe plus de dépressions post-partum chez les personnes de bas SSE (Dolbier et al., 2013; SéAguin et al., 1999). Selon l'Organisation mondiale de la santé, ce lien va même plus loin puisqu'il existe une relation à double-

sens entre la santé mentale et le niveau socio-économique : une mauvaise santé mentale mène à une diminution de l'emploi et du revenu, qui en retour influencent négativement la santé mentale (OMS/WHO, 2014a).

Une revue systématique de la littérature a trouvé un lien négatif entre le niveau socio-économique et la prévalence des troubles de l'humeur et de l'anxiété chez les 10-15 ans (Lemstra et al., 2008). Une étude a trouvé des difficultés socio-émotionnelles et comportementales plus importantes chez des enfants de 3 à 5 ans vivant dans des familles à bas SSE, comparé aux familles à haut SSE (Kelly et al., 2011). Une autre revue systématique a trouvé qu'un SSE bas constitue un facteur de risque dans l'apparition de troubles mentaux périnataux (Fisher et al., 2012). Le fait que le SSE influence la santé mentale chez de si jeunes enfants déjà, suggère la possibilité d'une répercussion sur leur développement, ce qui est susceptible de limiter leur potentiel à l'âge adulte.

Emploi

La notion d'emploi fait référence au fait d'engager une personne pour réaliser un travail contre rémunération. Lorsqu'une personne n'a pas d'emploi, on dit qu'elle est au chômage; lorsqu'elle a un emploi, celui-ci peut être plus ou moins stable ou précaire, si la durée de l'emploi n'est pas assurée.

L'absence d'un emploi ou la précarité de l'emploi ont des effets néfastes pour la santé mentale (Compton & Ruth, 2015). Par exemple, la mortalité est plus élevée chez les travailleur-se-s temporaires comparé aux travailleur-se-s avec des contrats permanents (OMS, 2008). La précarité du travail est fortement associée à des symptômes de dépression (Ferrie et al., 2002; Meltzer et al., 2010). Plus précisément, la prévalence des

troubles mentaux augmente à mesure que la précarité augmente : elle est la plus basse chez les personnes avec des contrats permanents et des contrats à terme fixe, et la plus élevée chez les personnes travaillant sans contrat. Les personnes avec des contrats temporaires sans durée fixe se situent entre les deux (Altazcoz et al., 2012). Ce résultat suggère une influence négative de l'incertitude quant à l'emploi, plutôt que l'absence de permanence de l'emploi en tant que telle.

Néanmoins, le fait que le chômage lui-même soit un facteur de risque important dans le développement de troubles mentaux n'est pas contesté. Des travaux montrent que les personnes au chômage sont plus susceptibles d'avoir des comportements de santé problématiques, tels qu'une consommation problématique d'alcool ou de tabac (Montgomery et al., 1998). Le chômage est également lié au développement de symptômes de dépression (Fryers et al., 2005 ; Montgomery et al., 1999) et d'anxiété (Fryers et al., 2005 ; OMS/WHO, 2014a), et augmente le risque de tentatives de suicide (Platt, 1986). De plus, ce lien entre chômage et tentatives de suicide augmente à mesure que la durée du chômage augmente, et est particulièrement marqué chez des personnes plus pauvres (Platt, 1986). Une étude chez des hommes britanniques d'âge moyen a montré que la mortalité double chez les personnes dans les cinq ans qui suivent la perte de l'emploi (Morris et al., 1994). Il est important de noter également que le chômage a des effets négatifs non seulement sur la santé mentale de l'adulte au chômage, mais également sur celle de ses enfants, à travers la pression économique et la détérioration des compétences parentales (Solantaus et al., 2004). De fait, le chômage est un facteur important dans les inégalités en termes de santé mentale, car non seulement il affecte plus souvent les personnes de bas statut social, mais en plus, lorsqu'elles sont affectées, ces personnes en subissent plus fortement les effets négatifs.

Au-delà de la question de la précarité, la qualité de l'emploi a également une influence sur la santé mentale. De mauvaises conditions de travail sont un facteur de risque important pour le développement de troubles mentaux. Le stress, mais aussi des perceptions d'exigences trop élevées, un manque de contrôle, ou encore le sentiment d'être injustement traité, ont un impact négatif sur la santé mentale (OMS, 2008).

Inversement, de bonnes conditions de travail favorisent le développement personnel, les relations sociales, la réalisation de soi et l'estime de soi, contribuant à une bonne santé mentale (Petersen et Willig, 2004 ; OMS, 2008). La sécurité de l'emploi ainsi que le fait de percevoir une forme de contrôle au travail sont des éléments protecteurs de la santé mentale (WHO, 2014a). Ainsi, les employeur·se·s ont un rôle important à jouer pour la santé mentale de leurs employé·e·s. Des études systématiques montrent qu'il est possible de réduire le stress, l'anxiété et la dépression, ainsi que d'augmenter l'estime de soi, la satisfaction au travail et la productivité, à travers des actions telles qu'une augmentation du contrôle exercé par l'employé·e et du soutien fourni par l'employeur, ou une réduction de la charge de travail (Bambra et al., 2009 ; Egan et al., 2007 ; WHO, 2014a). De plus, il ne faut pas négliger la composante identitaire du travail. Ainsi, ce dernier peut être source de conflits d'intérêts ou de valeurs des individus. Ce tiraillement peut émerger du décalage entre les valeurs personnelles et organisationnelles, en particulier si ces dernières préconisent des actes contradictoires, et peut amener une grande souffrance liée à une perte de sens du travail (Girard, 2009).

Revenu

Un faible revenu peut plonger une personne dans une situation de pauvreté, même si elle est employée. La pauvreté a un fort impact négatif sur la santé mentale (OMS/WHO, 2014a). Les personnes pauvres sont en moins bonne santé mentale que les personnes à revenu moyen ou élevé, selon une étude réalisée sur 11 pays Européens (Lehtinen et al., 2005). Une revue systématique de la littérature a trouvé des liens positifs entre plusieurs indicateurs de pauvreté et l'apparition de troubles mentaux (dépression et anxiété) dans des pays à faibles ou moyens revenus (Lund et al., 2010). Cette relation semble se retrouver dans les pays à hauts revenus également. Plusieurs études britanniques trouvent que le revenu du foyer est corrélé négativement avec les troubles mentaux : les foyers les plus pauvres ont de plus hauts taux de troubles mentaux (McNamus et al., 2007 ; Meltzer et al., 2010). Une revue d'enquêtes de population européenne à large échelle confirme ces résultats (Fryers et al., 2005).

Dettes

Le lien négatif entre revenu et santé mentale décrit ci-dessus s'explique en partie par le fait d'avoir des dettes : les personnes endettées sont plus susceptibles d'avoir des troubles mentaux (Meltzer et al., 2010), et plus l'endettement est élevé, plus la probabilité de souffrir de troubles mentaux augmente. Il est intéressant de noter que cette relation est maintenue même en contrôlant l'effet d'autres variables socio-économiques telles que l'âge, l'ethnicité, l'état civil, mais aussi le niveau de formation, la classe sociale et l'emploi (Jenkins et al., 2008).

Niveau d'éducation

Le niveau d'éducation fait référence au processus par lequel une personne reçoit une instruction ou une formation structurée et systématique, en particulier à l'école ou à l'université. L'instruction peut fournir des opportunités importantes pour la vie d'une personne, notamment en termes du développement de ses **Compétences psychosociales** et d'**Autodétermination**.

De nombreuses études ont trouvé une corrélation négative entre niveau de formation et troubles mentaux, ou une corrélation positive entre niveau de formation et bien-être. Une étude réunissant neuf enquêtes européennes à large échelle conclut qu'un bas niveau d'éducation est associé à de plus hauts taux de troubles mentaux (dépression et anxiété) (Fryers et al., 2005). Si l'absence d'éducation est un facteur de risque pour la santé mentale, l'inverse est également vrai. En effet, une étude sur neuf pays européens a trouvé de plus bas niveaux de dépression et de plus hauts niveaux de bien-être chez les personnes hautement éduquées (Ploubidis & Grundy, 2009). Selon l'OMS, l'éducation contribue à construire des ressources en termes d'intelligence émotionnelle, qui peuvent être utiles pour faire face aux difficultés de la vie (cf. chômage, faible revenu, etc. ; WHO, 2014a). Par exemple, elle peut servir de tampon contre les effets d'un statut socio-économique bas de la famille (Schady, 2011). Elle protège également les jeunes mamans contre le risque de dépression périnatale (Fisher et al., 2012).

Facteurs sociétaux

Au troisième niveau d'analyse, nous examinons les facteurs qui se situent au niveau de la société, et qui relèvent des dynamiques politiques, environnementales et culturelles d'une société donnée.

Politique sociale et économique

Les politiques publiques incluent toutes les lois, règles et législations qui régissent une société donnée. Ces politiques sont à même d'exercer une influence directe ou indirecte sur la santé mentale (Compton & Ruth, 2015), d'une part parce qu'elles concernent la santé en tant que telle, mais aussi parce qu'elles concernent des domaines variés tels que l'éducation, l'emploi, l'alimentation, le logement, les salaires, et la vie de quartier. Il est évident que ces domaines sont influencés par les politiques d'un pays.

Par exemple, une analyse portant sur des pays européens a montré qu'après contrôle de caractéristiques démographiques, les pays scandinaves observent les plus faibles niveaux de troubles mentaux dans les populations âgées (comparé aux pays de l'Europe Occidentale, eux-mêmes en dessous des pays d'Europe du Sud). Une partie de cette différence peut être attribuée au niveau de soutien et de services fournis par l'État (WHO, 2014a).

• Inégalités sociales

Les inégalités de genre incluent, entre autres, les violences domestiques, la violence sexuelle, les écarts de rémunération, le travail au foyer non-rémunéré, le statut social inférieur, et les problèmes d'accès aux droits reproductifs et éducatifs (Yu, 2018). Les inégalités de richesse se réfèrent à la fois au revenu, c'est-à-dire à l'argent reçu régulièrement, et à la fortune, c'est-à-dire l'argent et les biens possédés tout au long de la vie. Étant donné les différences de genre

et de statut observées en santé mentale, les chercheur·se·s se sont demandé si les inégalités de genre et de richesse pouvaient contribuer à expliquer ces différences. Pickett et Wilkinson, les leaders du domaine de recherche qui s'intéresse aux effets des inégalités de revenu, ont montré dans de nombreuses études que ces dernières sont corrélées négativement avec de nombreux aspects sociaux, y compris la santé physique et mentale des populations, ainsi qu'avec leur bien-être (Pickett & Wilkinson, 2015; Pickett al., 2006).

Une étude examinant les données issues de 122 pays du monde a montré un lien entre les inégalités de genre et les différences entre les hommes et les femmes dans les taux de troubles de la dépression. Ce résultat montre que les pays dans lesquels les inégalités de genre sont les plus grandes sont aussi ceux dans lesquels les femmes sont plus victimes de dépression que les hommes. De même, cette étude a également trouvé un lien entre les inégalités de richesse et les différences entre les hommes et les femmes dans les taux de trouble de la dépression. Ce second résultat montre que les pays dans lesquels les inégalités de richesse sont les plus grandes sont ceux dans lesquels les écarts de taux de dépression entre hommes et femmes sont également les plus grands. Ainsi, les inégalités de genre en santé mentale (ici, dans le cas de la dépression) peuvent en partie s'expliquer par l'existence d'inégalités socio-économiques de genre et d'inégalités de richesse au sein du pays. En conséquence, une réduction de ces inégalités devrait mener à une réduction de la différence de genre en santé mentale.

Services sociaux

Les services sociaux sont l'ensemble des services publics ou privés assurant la protection des personnes vulnérables dans une société donnée. Cette vulnérabilité peut être temporaire (par exemple, chômage, vieillesse), ou plus permanente (par exemple, situation de handicap).

L'accessibilité aux services maternels comprenant, entre autres, des informations et conseils sur les stratégies parentales et éducatives, protège la santé mentale des adultes et des enfants (WHO, 2014a). L'accessibilité aux services de soutien financier est un maillon essentiel dans la lutte contre la pauvreté, ce qui impacte directement la santé physique et mentale des populations les plus défavorisées (WHO, 2014a). Néanmoins, les politiques d'aide sociale peuvent, en fonction des mécanismes de contrepartie et de justification, plus ou moins autonomiser les bénéficiaires, ce qui a un impact indirect sur leur santé mentale (Franssen, 2017).

Politiques de l'emploi

Les effets de l'emploi sur la santé mentale ont été revus ci-dessus; les politiques de l'emploi peuvent directement impacter les conditions de travail des employé·e·s. Les modes de gestion et d'organisation des entreprises peuvent générer des souffrances au travail. En effet, lorsque ces modes sont basés sur les résultats financiers, du court terme ou l'excellence et la compétition, les individus peuvent ressentir une perte du sens du travail entraînant des souffrances psychologiques (Girard, 2009).

À noter qu'en améliorant les conditions de travail des adultes, on influence non seulement leur propre santé mentale, mais également leurs capacités parentales, améliorant en retour la santé mentale de leurs enfants.

Crèches et écoles

Les crèches et écoles ont un rôle important à jouer du fait de leur impact à la fois sur les enfants et sur leurs parents. Tout d'abord, l'éducation est un facteur protecteur crucial pour la santé mentale (voir [Niveau d'éducation](#)). Les écoles, en travaillant directement avec les enfants, ont un impact direct sur le bien-être quotidien, et jouent un rôle actif dans le développement des compétences sociales, émotionnelles, et cognitives des enfants et des jeunes (WHO, 2014a). Le climat de l'école est un facteur crucial pour la santé mentale des enfants comme des adultes : l'OMS recommande un climat bienveillant, favorisant le lien social (WHO, 2003). Un climat de confiance et de respect entre les adultes et les écolier·e·s est associé à une réduction des problèmes d'anxiété (liés à l'école et généralisée) et une amélioration de l'équilibre affectif (WHO, 2003). De plus, les écoles sont dans une position privilégiée pour la mise en place de programmes et interventions de promotion et de prévention visant les enfants et les jeunes (WHO, 2014a). Elles sont également un échelon important dans la détection de troubles potentiels. L'école peut aussi, dans certains cas, avoir un impact négatif sur la santé mentale des écolier·e·s : un traitement trop sévère des écolier·e·s est associé avec des problèmes de santé mentale, notamment la consommation problématique de substances à l'âge adulte (WHO, 2003).

Les crèches et écoles impactent également la santé mentale des parents. La disponibilité de crèches implique que les parents sont disponibles pour travailler; l'accès au travail minimise la pauvreté et les effets négatifs du chômage décrits ci-dessus et favorise une participation sociale enrichissante. De plus, elles peuvent fournir du soutien et des conseils aux parents afin d'augmenter leurs compétences parentales et ainsi améliorer la qualité de l'éducation des enfants (WHO, 2014a).

Autodétermination

L'autodétermination est la capacité à être maître de son destin, à prendre soi-même les décisions qui régissent sa vie. Elle comprend des concepts fondamentaux aux sociétés démocratiques, tels que la liberté individuelle, les droits civiques, l'indépendance (Cook, 2003). Le fait de sentir une autodétermination forte dans sa vie a un impact positif sur la santé mentale (WHO, 2012). Ainsi, des contextes et des sociétés permettant aux individus d'exercer cette autodétermination favorisent une meilleure santé mentale des citoyens. Cela peut être le fait par exemple de droits civiques égaux pour tou·te·s, de l'absence de violence, de conflits armés, ou de migration forcée. À un niveau plus local, l'autodétermination passe par exemple par le contrôle exercé sur sa propre santé et les traitements reçus, notamment dans les cas de maladies mentales sévères.

« L'exposition à la violence, au crime, au conflit social, et à des troubles civils sont des facteurs qui prédisent l'apparition de problèmes de santé mentale, notamment de dépression. »

Environnement et infrastructures

Infrastructures (logement, eau, sanitaires, déchets)

L'infrastructure qui entoure l'individu a des effets importants sur sa santé mentale. Par exemple, on sait que l'instabilité du logement a des effets négatifs sur la santé mentale (Compton & Ruth, 2015). Le fait de ne pas avoir de logement prédit l'apparition de symptômes dépressifs (Patel et al., 2010). Un mauvais système sanitaire prédit également l'apparition de symptômes dépressifs (Patel et al., 2010).

Exposition à la violence et la criminalité

Selon l'Organisation mondiale pour la santé, l'absence de violence est un déterminant clé de la santé mentale (WHO, 2014a). Il est en effet reconnu sans équivoque dans la littérature scientifique que l'exposition à la violence, au crime, au conflit social, et à des troubles civils sont des facteurs qui prédisent l'apparition de problèmes de santé mentale, notamment de dépression (Patel et al., 2010). De plus, la présence de violence dans sa communauté est fortement associée au développement de symptômes de stress post-traumatique et de problèmes de comportement agressif et de déviance, en particulier chez les enfants et les jeunes (Fowler et al., 2009). Une méta-analyse de 110 études trouve un effet négatif de l'exposition à la violence de communauté sur la santé mentale. Cet effet est plus fort pour les personnes qui sont victimes de violence que pour celles qui en sont témoins ou en entendent parler (Fowler et al., 2009).

Sécurité et confiance de quartier

La qualité du quartier dans lequel on vit influence notre santé mentale (Compton & Ruth, 2015). Une étude chinoise a comparé la sécurité de quartier, estimée à l'aide de données « Street View », à la santé mentale mesurée auprès d'un large échantillon réparti sur différents foyers et différents districts, et a ainsi montré que la perception de sécurité de quartier est positivement associée à la santé mentale. De plus, la sécurité de quartier renforce les effets positifs sur la santé mentale de l'activité physique et de la cohésion sociale (Wang et al., 2019). Une étude californienne sur 44'921 adultes a trouvé que des inquiétudes concernant la sécurité de quartier réduit l'activité physique, ce qui en retour influence négativement la santé mentale (Meyer et al., 2014). En outre, une vaste étude britannique a examiné la santé mentale de 3'340 enfants et adolescent·e·s et a révélé que leur perception de confiance et de sécurité de quartier avait un impact sur leur santé mentale, en particulier dans l'émergence de troubles émotionnels (Meltzer et al., 2007).

Nature

De nombreux auteur·e·s se sont intéressés aux effets bénéfiques de l'environnement naturel sur la santé mentale. On peut définir le terme de *nature* comme un espace contenant des organismes vivants, qu'il s'agisse de plantes ou d'animaux non-humains, tout en admettant qu'il s'agit d'un continuum sur lequel il est possible de classer certains environnements comme plus ou moins « naturels » (Bratman et al., 2012).

De nombreuses études ont montré des effets positifs de l'exposition à la nature sur la santé mentale, notamment l'humeur (Bratman et al., 2012). Par exemple, les travailleur·se·s dont la vue au bureau inclut des éléments naturels sont moins stressé·e·s et plus satisfait·e·s dans leur travail ; les résident·e·s et les prisonnier·e·s sont plus satisfait·e·s de leur vie si leur fenêtre donne sur des éléments naturels (Bratman et al., 2012). Le fait de vivre dans un milieu bâti est lié à l'apparition de symptômes dépressifs (Patel et al., 2010). Lorsqu'ils déménagent dans un environnement plus vert, les capacités cognitives des enfants augmentent, comparé aux enfants qui déménagent dans des environnements plus urbains (de Vries et al., 2003 ; Wells, 2000). La nature décuple les effets positifs de l'exercice physique sur la santé mentale : ils seraient plus importants dans des milieux naturels que dans des milieux urbains (Bratman et al., 2012).

Plusieurs théories tentent d'expliquer cet effet en psychologie sociale, environnementale et évolutionniste. Ces explications se fondent sur des préférences personnelles explicites ou implicites que l'espèce humaine aurait héritées à travers son évolution. Ainsi, il aurait été adaptatif pour l'être humain d'apprécier les espaces verts, raisons pour laquelle cette préférence serait présente chez les humains aujourd'hui.

Culture

La culture est un système dynamique de normes, de valeurs et de règles qui sont développées par les communautés et qui sont basées sur l'interaction de ces dernières avec leur environnement social et naturel (Doyal & Gough, 1991).

La culture fournit un cadre de référence aux personnes qui aide à réguler l'inconfort créé lorsque l'on rencontre de l'incertitude (Hogg, 2007). D'ailleurs, certain·e·s auteur·e·s suggèrent que des normes sociales changeantes (par exemple lors d'une migration) pourraient entraîner des troubles dépressifs, mais les preuves de cet effet sont moins formelles qu'on pourrait le souhaiter (Patel et al., 2010).

Stigmatisation

La stigmatisation est, en psychologie, la mise à l'écart d'une personne pour ses différences qui sont considérées comme contraires aux normes de la société. Le stigma social peut quant à lui être défini comme une identité sociale qui est dévalorisée dans un contexte social particulier (Crocker, Major, & Steele, 1998), ce qui peut mener à des préjugés (attitudes négatives envers les personnes perçues comme appartenant à un groupe stigmatisé) et de la discrimination (traitement négatif des personnes parce qu'elles sont perçues comme appartenant à un groupe stigmatisé). Selon l'Organisation mondiale de la santé, l'absence de discrimination est un déterminant clé de la santé mentale (WHO, 2014a). D'autres auteur·e·s ont affirmé que la discrimination et l'exclusion sociale ont une influence négative sur la santé mentale (Compton & Ruth, 2015).

Une méta-analyse récente de 49 études rapporte une relation négative entre la stigmatisation et la santé mentale. Cette relation négative varie selon les groupes stigmatisés : les personnes stigmatisées en raison d'une condition physique (e.g., obésité, handicap) sont les plus fortement affectées dans leur santé mentale, suivies de celles qui sont stigmatisées en raison d'une appartenance à des groupes sociaux (e.g., genre, ethnicité, orientation sexuelle), puis celles qui le sont en raison de troubles mentaux (Mak, Poon, Pun, & Cheug, 2007). En effet, le stress associé au fait d'être victime de discrimination ou de stigmatisation contribuerait à l'apparition de dépression (Patel et al., 2010). Cette stigmatisation peut être causée par l'appartenance à de nombreux groupes minoritaires, par exemple le faible statut socio-économique, en particulier dans des contextes à forte inégalité socio-économique (Patel et al., 2010). Pour reprendre l'étude mentionnée ci-dessus ayant examiné conjointement l'effet de 57 facteurs divers sur la mortalité, les auteur·e·s montrent que le fait de subir des discriminations est un facteur qui augmente la mortalité (Puterman et al., 2020).

Croyances culturelles

L'existence de croyances prédominantes dans une culture donnée peut influencer la façon dont certaines populations appréhendent la santé et la maladie mentale (WHO, 2012). Des croyances erronées sur les causes et traitements des troubles mentaux peuvent engendrer des différences dans la façon de réagir à ceux-ci, notamment en entravant la recherche d'aide (Jimenez et al., 2012). Par exemple, une étude a montré que les aborigènes australiens ont tendance à considérer que la dépression est un trait de personnalité qui ne peut être traité, ce qui diminue les chances que ces personnes ne cherchent un traitement thérapeutique (Vicary & Westerman, 2004). Selon une autre étude, les croyances des femmes migrantes chinoises aux États-Unis entravent leur utilisation de services de santé occidentale (Tabora & Flaskerud, 1997). De ce fait, promouvoir des informations correctes mais aussi satisfaire des préférences non culturellement normatives peut favoriser l'accès de certaines populations aux soins de santé mentale dont ils peuvent avoir besoin.

« Des croyances erronées sur les causes et traitements des troubles mentaux peuvent engendrer des différences dans la façon de réagir à ceux-ci, notamment en entravant la recherche d'aide. »

Contexte genevois

Afin de mieux comprendre l'impact de ces déterminants dans le contexte genevois, nous présentons ci-dessous quelques informations et données descriptives y relatives.

Cadre légal

L'article 172 de la nouvelle Constitution genevoise stipule que « l'Etat prend des mesures de promotion de la santé et de prévention. Il veille à réduire l'impact des facteurs environnementaux et sociaux préjudiciables à la santé ».

La mise en œuvre de cet article est prévue par la Loi sur la santé (LS, K 1 03). Le chapitre III intitulé « Promotion de la santé et prévention » prévoit, à l'article 16, des mesures particulières, notamment :

- a. « l'information de la population sur la santé et ses déterminants, notamment en vue de développer les responsabilités individuelle, familiale et collective ;
- b. l'éducation de la population, en particulier les jeunes, en vue d'encourager des comportements favorables à la santé (...);
- c. l'action communautaire et l'entraide, ainsi que l'aide et le conseil des personnes ou des groupes de personnes directement concernés par un problème de santé. »

La section 2 du même chapitre identifie des domaines prioritaires, parmi lesquels la promotion de la santé mentale, à l'article 23 : « L'Etat soutient les actions de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles psychiques. »

Cadre institutionnel

Les déterminants de la santé mentale présentés dans cette synthèse sont largement dépendants du cadre institutionnel dans lequel ils évoluent. Pour comprendre le contexte genevois, il convient de s'intéresser à la stratégie de prévention et de promotion en termes de santé et de comprendre quels sont les acteur·trice·s impliqués.

Au niveau étatique genevois, le département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES) assure l'élaboration et le suivi de la politique cantonale de promotion de la santé et de prévention. Un Concept cantonal et un plan d'action pour la promotion de la santé et la prévention à l'horizon 2030 identifient huit axes stratégiques :

1. Un environnement physique propice à un mode de vie sain et exempt de risques pour la santé ;
2. Un contexte socio-économique favorable à la santé ;
3. Une population informée et capable d'agir en faveur de sa santé ;
4. Des enfants qui naissent, se développent et atteignent l'âge adulte dans des conditions favorables à la santé ;
5. Un environnement professionnel sain ;
6. Bien-être et qualité de vie dans le vieillissement ;
7. Un système de santé performant en matière de promotion de la santé et de prévention ;
8. Des bases légales et des conditions cadres favorables à la santé.

Il est intéressant de noter que si ce concept cantonal concerne la promotion de la santé dans son ensemble (et pas uniquement la santé mentale), on retrouve dans ces huit axes stratégiques tous les déterminants de la santé mentale décrits dans les chapitres qui précèdent.

Ces documents cantonaux intègrent les stratégies et les plans d'action nationaux préexistants, dont notamment la stratégie « Santé2020 » du Conseil Fédéral et les normes internationales comme la Charte d'Ottawa, et prévoient une implémentation des mesures de promotion de la santé et prévention dans les différentes politiques publiques.

Le Concept cantonal implique divers acteur·trice·s, répartis sur différents niveaux : local, communal, cantonal, national et même international. Trois grands groupes d'acteur·trice·s détiennent un rôle central dans les politiques publiques concernant la santé : les communes, la société civile ainsi que le monde académique, et le secteur privé. Les communes

détiennent des compétences dans de nombreux domaines. Elles travaillent conjointement avec le canton sur les thématiques sociales, culturelles ou encore sportives. Les associations locales détiennent une précieuse expertise du terrain. Elles délivrent des prestations ou des services impactant directement ou indirectement la santé de la population concernée. L'engagement du monde académique et du secteur privé est également primordial pour une bonne mise en œuvre de politique de promotion de la santé, en cela qu'ils interviennent sur de nombreux domaines favorisant des conditions cadres saines.

La figure ci-dessous, extraite du Concept cantonal, illustre bien la multiplicité des acteur·trice·s impliqués dans la stratégie cantonale. Au reflet du présent document, ce tableau souligne l'importance de la multi-sectorialité des politiques publiques pour agir sur les déterminants de la santé. Ainsi, chaque axe stratégique va être impacté par plusieurs politiques publiques.

↓ **Figure 8.** Politiques publiques concernées par la mise en oeuvre des différents axes stratégiques, (adapté du Concept cantonal de promotion de la santé et de prévention 2030, Haefliger et al., 2016)

POLITIQUE PUBLIQUE CONCERNÉE	AXES STRATÉGIQUES							
	1	2	3	4	5	6	7	8
A. Formation		×	×	×	×	×	×	×
B. Emploi		×	×		×			×
C. Action sociale	×	×	×	×		×		×
D. Personnes âgées	×	×	×			×		×
E. Handicap	×	×	×	×	×	×		×
F. Environnement	×		×					×
G. Aménagement et logement	×	×	×	×	×	×		×
H. Sécurité et population		×	×	×		×		×
I. Justice	×	×		×	×	×	×	
J. Mobilité	×	×	×	×		×		×
K. Santé	×	×	×	×	×	×	×	×
L. Economie		×	×	×	×			×
M. Finance et impôts		×	×					×
N. Culture, sport et loisirs	×	×	×	×		×		×
O. Autorités et gouvernance	×	×	×					×
P. États-majors et prestations de moyen	×	×	×		×			
Q. Energie	×		×					×

La promotion de la santé mentale à Genève

Concernant la promotion de la santé mentale sur le territoire genevois, un groupe de travail « Promotion de la santé mentale » a été constitué entre 2015 et 2018. Ce groupe de travail était coordonné par le secteur prévention et promotion de la santé de la direction générale de la santé. De cette collaboration est né un rapport présentant des lignes directrices novatrices (Trabichet & Sulliver, 2017). Celles-ci constituent le premier cadre stratégique dédié uniquement à la promotion de la santé mentale et s'articulent autour de dix recommandations :

1. « Normaliser » la notion de santé mentale parmi la population ;
2. Renforcer les ressources individuelles et favoriser les comportements bénéfiques pour la santé mentale ;
3. Renforcer la cohésion sociale, le lien communautaire et *l'empowerment* collectif ;
4. Agir sur les déterminants socio-économiques et environnementaux de la santé mentale ;
5. Prévenir les risques les plus importants pour la santé mentale ;
6. Réduire les inégalités de santé mentale en agissant sur les vulnérabilités ;
7. Réduire les obstacles entre les personnes en souffrance et les possibilités d'aide ;
8. Réduire le nombre de décès par suicide et le nombre de tentative de suicide ;
9. Reconnaître et prendre en compte politiquement les enjeux en matière de promotion de la santé mentale ;
10. Assurer la coordination et favoriser la cohérence et la continuité des actions genevoises dans le domaine de la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux.

Une action efficace en promotion de la santé mentale implique d'agir en amont de la maladie, en faisant en sorte de favoriser les facteurs de protection et d'atténuer les facteurs de risque. C'est précisément la mission de minds, association créée en 2018, qui, à travers ses prestations d'information, de mise en réseau et de recherche scientifique, contribue à la mise en oeuvre de ces recommandations, et plus largement, de la politique de promotion de la santé et de prévention de la République et canton de Genève.

« Une action efficace en promotion de la santé mentale implique d'agir en amont de la maladie, en faisant en sorte de favoriser les facteurs de protection et d'atténuer les facteurs de risque. »

Données socio-démographiques

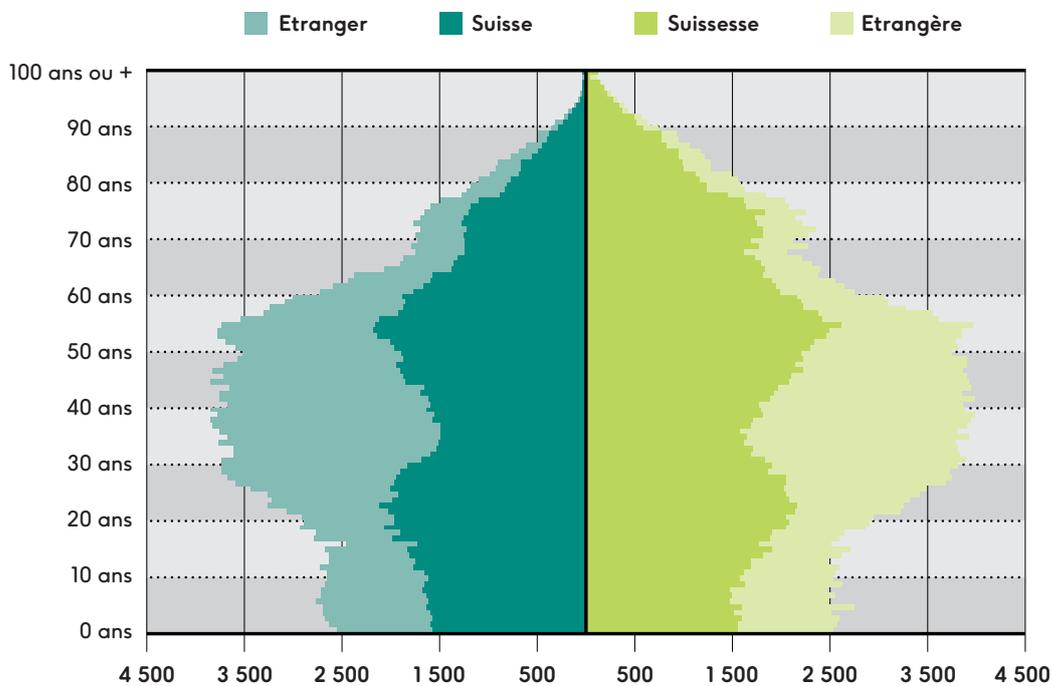
Le territoire genevois abrite 506'765 habitant.e.s. Ces habitant.e.s sont réparti.e.s dans 194'936 ménages privés². Parmi ces derniers, on décompte 72'053 personnes vivant seul.e.s, 36'586 couples (mariés ou non) sans enfants, 57'590 couples avec enfants et 19'040 ménages monoparentaux. La proportion d'individus étrangers se chiffre à 40% (202'712) (OCSTAT, 2018). Comme il est visible sur la figure ci-dessous, ce chiffre suit une tendance à la hausse. En 2016, 137'396 personnes étrangères étaient dénombrées pour une population de 372'471 individus (37%). Il est important de souligner que les chiffres susmentionnés proviennent du

registre cantonal et incluent uniquement les individus disposant d'un titre de séjour/établissement valide. En 2018, on estime que la part de personnes « sans-papier »³ s'élève à 2,7% sur le canton (Wanner, 2018).

Le rapport de dépendance⁴ permet d'illustrer la structure d'une population. A Genève au cours de l'année 2018, on dénombrait 59 individus dépendants (individus de moins de 20 ans ou de plus de 65 ans) pour 100 personnes actives. La population active (âgée entre 20 et 64 ans) représentait 62,7% de la population dans son ensemble. La proportion des personnes âgées (plus de 65 ans) constituait alors 16,5% de la population (OCSTAT, 2018).

Pyramide des âges de la population résidente du canton de Genève, selon l'origine et le sexe, à la fin 2019 (adapté de OCSTAT, 2020)

G 01.01.1.01



² Les ménages collectifs (EMS, hôpitaux, prisons, etc.) ne sont donc pas inclus.

³ La définition retenue se réfère aux « personnes qui séjournent en Suisse sans autorisation de séjour, pendant plus d'un mois et pour une durée non prévisible. Cette catégorie inclut les personnes qui disposaient auparavant d'un titre de séjour valide et celles qui n'ont jamais reçu une telle autorisation ».

⁴ division du nombre de jeunes de moins de 20 ans et des individus de plus de 65 ans par le nombre de personnes « actives ».

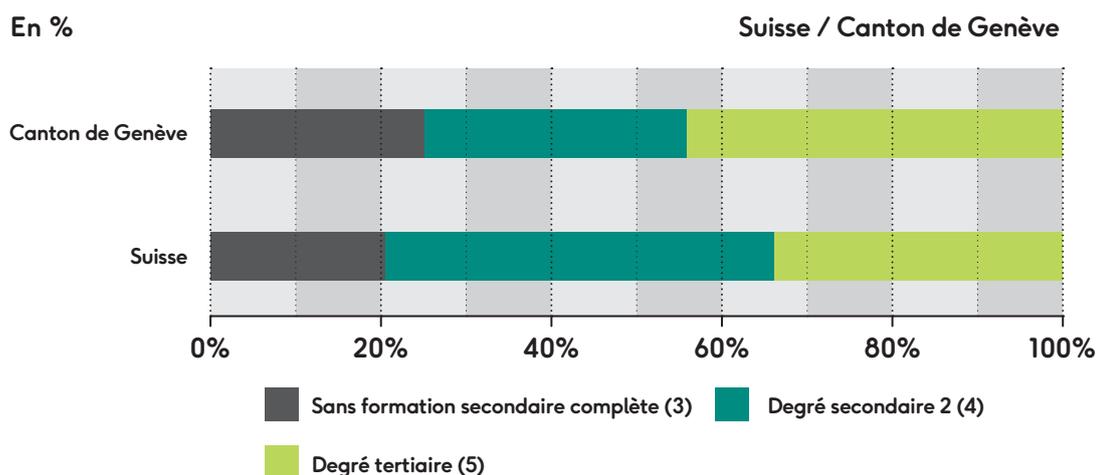
La proportion d'individus actifs (18 à 64 ans) travaillant à temps partiel a triplé en moins de 50 ans, glissant de 11% en 1970 à 31% en 2016. Au sein de cette catégorie, une disparité est observée entre les hommes et les femmes. En effet, presque la moitié des femmes (47%) travaillant et habitant sur le canton de Genève est concernée par le travail à temps partiel, contre seulement 15% des hommes. L'augmentation de la part des salarié.e.s à temps partiel sur cette période correspond à l'arrivée d'un grand nombre de femmes sur le marché du travail (OCSTAT(1), 2020).

Entre 2015 et 2017, près de 20% de la population genevoise est considérée comme à risque de pauvreté. Le revenu mensuel médian en 2018 se chiffre à 7'465 pour les hommes contre 7'067 pour les femmes, soit une variation de 5,3%. En comparaison nationale, le salaire

médian s'élevait à 6'538 cette même année (OCSTAT (1), 2019). Lorsque l'on observe les différences salariales, on trouve que les 10% les mieux loti.e.s touchent plus de 14'039, alors que ce montant s'élève à 4'425 pour les 10% les moins bien rémunéré.e.s. En termes d'inégalité, en 2014-15 les 5% les plus riches détiennent autant de revenus que les 45% des ménages disposant des revenus les moins élevés, soit 22% de la masse totale. D'autre part, il est possible que ces chiffres soient impactés par la crise économique engendrée par la COVID-19.

Finalement, en ce qui concerne la formation, un quart des résidents genevois de plus de 25 ans n'ont pas complété de formation secondaire alors que 44% d'entre eux sont titulaires d'un diplôme du degré tertiaire. Ces deux chiffres sont supérieurs à la moyenne suisse. (OCSTAT, 2020).

Plus haut niveau de formation achevée de la population résidente âgée de 25 ans ou plus, de 2014 à 2018 (1) (2) (adapté de OCSTAT, 2020)



Conclusion

Dans cette synthèse, nous avons tout d'abord décrit les fondements à la compréhension de la santé mentale (définition bi-dimensionnelle, conséquences sociétales, principes de promotion de la santé mentale), puis nous avons détaillé les facteurs déterminants de la santé mentale, avant de contextualiser ces derniers dans le contexte genevois en fournissant quelques chiffres et informations (cadre institutionnel, données socio-démographiques).

Nous avons organisé les différents facteurs déterminants de la santé mentale en fonction de trois niveaux d'analyse : le niveau individuel (santé physique, facteurs génétiques, genre, minorités sexuelles, minorités ethniques, personnalité, compétences psychosociales, enfance, expériences négatives dans la petite enfance, statut migratoire), le niveau économique et social (famille, soutien social, statut socio-économique, emploi, revenu, dettes, niveau d'éducation), et le niveau sociétal (inégalités sociales, services sociaux, politiques de l'emploi, crèches et écoles, autodétermination, infrastructures, exposition à la violence et à la criminalité, sécurité et confiance de quartier, nature, stigmatisation, croyances culturelles).

Il est important de noter que tous les déterminants ne sont pas égaux. Nous avons tenté, dans cette revue de littérature, de mentionner la taille des effets des différents facteurs lorsque cela était possible, tout en reconnaissant que ces estimations sont difficiles et imprécises. Néanmoins, il semble se dégager de la littérature un consensus sur le fait que l'impact de certains facteurs est particulièrement grand. Tout d'abord, les **Expériences négatives dans la petite enfance** ont des effets dévastateurs et de longue durée sur le cerveau et les apprentissages. Mais également, le **Soutien social** et le **Statut socio-économique** sont deux facteurs cruciaux qui peuvent aussi agir comme une protection contre l'effet délétère d'autres déterminants de la santé mentale. En revanche, lorsqu'ils font défaut, l'effet délétère d'autres déterminants s'en retrouve fortement augmenté.

Selon l'Organisation mondiale de la santé, les inégalités en santé émergent lorsque deux éléments sont réunis : premièrement, lorsque la personne est exposée à des événements stressants de façon fréquente, intense et/ou longue ; et deuxièmement, lorsque la personne n'a pas accès à un soutien social protecteur, qui peut prendre la forme d'un soutien émotionnel, mais aussi informationnel ou instrumental. La situation économique de la personne est susceptible d'influencer directement ces deux éléments, car il est probable que les personnes avec un SSE plus bas soient plus susceptibles d'être exposées à du stress, et aient un accès amoindri à différentes formes de soutien et protections. Ceci explique que certaines personnes ne développent pas de trouble mental en dépit de leur bas SSE, car elles ont probablement accès à un meilleur soutien social ou elles bénéficient d'une résilience individuelle plus forte pour faire face aux difficultés liées à leur SSE.

En conclusion, cette revue de la littérature sur les déterminants de la santé mentale démontre clairement que ceux-ci ne peuvent se résumer à la personne et à sa sphère d'influence. Au contraire, de nombreux facteurs déterminants de la santé mentale relèvent d'éléments complètement hors du contrôle des individus. Ceci souligne l'ampleur de l'impact des inégalités existantes en fonction des facteurs décrits ci-dessus, ainsi que la lourde responsabilité des décideurs pour le maintien et la promotion de la santé mentale de la population.

« En conclusion, cette revue de la littérature sur les déterminants de la santé mentale démontre clairement que ceux-ci ne peuvent se résumer à la personne et à sa sphère d'influence. »

Références

A

Aassve, A., Goisis, A., & Sironi, M. (2012). Happiness and Childbearing Across Europe. *Social Indicators Research*, 108(1), 65–86. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9866-x>

Abel, E., & Sokol, R. (1986). Fetal alcohol syndrome is now leading cause of mental retardation. *The Lancet*, 328(8517), 1222.

Afifi, M. (2007). Gender differences in mental health. *Singapore Medical Journal*, 48(5), 385–391.

Alcántara C., Chen C.-N. & Alegría M. (2015) Transnational ties and past-year major depressive episodes among Latino immigrants, *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 21 (3), pp. 486-495.

Anda, R. F., Brown, D. W., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2007). Adverse Childhood Experiences and Prescribed Psychotropic Medications in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(5), 389–394. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.01.005>

Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, Ch., Perry, B. D., Dube, Sh. R., & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>

Anda, R. F., Croft, J. B., Felitti, V. J., Nordenberg, D., Giles, W. H., Williamson, D. F., & Giovino, G. A. (1999). Adverse Childhood Experiences and Smoking During Adolescence and Adulthood. *JAMA*, 282(17), 1652–1658. <https://doi.org/10.1001/jama.282.17.1652>

Arnold, L. E. (1996). Sex differences in ADHD: Conference summary. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(5), 555–569. <https://doi.org/10.1007/BF01670100>

B

Bicego, G. T., & Ties Boerma, J. (1993). Maternal education and child survival: A comparative study of survey data from 17 countries. *Social Science & Medicine*, 36(9), 1207–1227. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90241-U](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90241-U)

Bambra, C., Gibson, M., Sowden, A. J., Wright, K., Whitehead, M., & Petticrew, M. (2009). Working for health? Evidence from systematic reviews on the effects on health and health inequalities of organisational changes to the psychosocial work environment. *Preventive Medicine*, 48(5), 454–461.

Bhui K., Stansfeld S., McKenzie K., Karlsen S., Nazroo J. & Weich S. (2005) Racial/ethnic discrimination and common mental disorders among workers: findings from the EMPIRIC Study of Ethnic Minority Groups in the United Kingdom, *American Journal of Public Health*, 95 (3), pp. 496-501.

Braithwaite, S., & Holt-Lunstad, J. (2017). Romantic relationships and mental health. *Current Opinion in Psychology*, 13, 120-125. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.001>

Brand, S. R., Engel, S. M., Canfield, R. L., & Yehuda, R. (2006). The Effect of Maternal PTSD Following in Utero Trauma Exposure on Behavior and Temperament in the 9-Month-Old Infant. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 454–458. <https://doi.org/10.1196/annals.1364.041>

Bratman, G. N., Hamilton, J. P., & Daily, G. C. (2012). The impacts of nature experience on human cognitive function and mental health: Nature experience, cognitive function, and mental health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1249(1), 118–136.
<https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06400.x>

C

Caron, J., & Guay, S. (2006). Soutien social et santé mentale: Concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 15–41.
<https://doi.org/10.7202/012137ar>

Caspi, A., Roberts, B. W., & Shiner, R. L. (2005). Personality Development: Stability and Change. *Annual Review of Psychology*, 56(1), 453–484.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141913>

Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 217–225. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.12.013>

Chekroud, S. R., Gueorguieva, R., Zheutlin, A. B., Paulus, M., Krumholz, H. M., Krystal, J. H., & Chekroud, A. M. (2018). Association between physical exercise and mental health in 1.2 million individuals in the USA between 2011 and 2015: A cross-sectional study. *The Lancet Psychiatry*, 5(9), 739–746. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30227-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30227-X)

Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M., & Smith, P. H. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(4), 260–268.
[https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00514-7](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00514-7)

Compton, M. T., & Ruth, S. S. (Eds.). (2015). *The Social Determinants of Mental Health*. American Psychiatric Publishing. <https://focus.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.focus.20150017>

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination, feminist theory and anti-racist politics. University of Chicago Legal Forum, 1989 (1).

Crocker, J., Major, B., & Steele, C. M. (1998). *Social stigma* (In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.). *The handbook of social psychology* (Vol. 2, pp. 504–553). Boston, MA: McGraw-Hill.

Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium. (2013). Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: A genome-wide analysis. *The Lancet*, 381(9875), 1371–1379. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62129-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62129-1)

Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., Andersson, G., & Cuijpers, P. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, 40, 1943–1957. <https://doi.org/10.1017/S0033291710000772>

Cuijpers, P., & Schuurmans, J. (2007). Self-help interventions for anxiety disorders: An overview. *Current Psychiatry Reports*, 9(4), 284–290.

D

Davis, S. K., & Humphrey, N. (2012). Emotional intelligence predicts adolescent mental health beyond personality and cognitive ability. *Personality and Individual Differences*, 52(2), 144–149.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.09.016>

Doise, W. (1980). Levels of explanation in the European Journal of Social Psychology. *European Journal of Social Psychology*, 10(3), 213–231. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420100302>

Dolbier, C. L., Rush, T. E., Sahadeo, L. S., Shaffer, M. L., Thorp, J., & The Community Child Health Network Investigators. (2013). Relationships of Race and Socioeconomic Status to Postpartum Depressive Symptoms in Rural African American and Non-Hispanic White Women. *Maternal and Child Health Journal*, 17(7), 1277–1287. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1123-7>

Doyal, L., & Gough, I. (1991). *A Theory of Human Need*. Londres : Macmillan.

Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span : Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*, 286(24), 3089–3096. <https://doi.org/10.1001/jama.286.24.3089>

E

Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents : Results from the adverse childhood experiences study. *The American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453–1460. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1453>

Egan, M., Bambra, C., Petticrew, M., Whitehead, M., Thomas, S., & Thompson, H. (2007). The psychosocial and health effects of workplace reorganisation 1: A systematic review of interventions that aim to increase employee participation or control. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(11), 945–954.

Eisenberg, M. E., & Resnick, M. D. (2006). Suicidality among Gay, Lesbian and Bisexual Youth : The Role of Protective Factors. *Journal of Adolescent Health*, 39(5), 662–668. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.04.024>

Elango, S., García, J. L., Heckman, J. J., & Hojman, A. (2016). Early Childhood Education. In R. A. Moffitt (Éd.), *Economics of Means-Tested Transfer Programs in the United States, Volume II*. University of Chicago Press. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226392523.001.0001>

Evenson, R. J., & Simon, R. W. (2005). Clarifying the Relationship Between Parenthood and Depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(4), 341–358. <https://doi.org/10.1177/002214650504600403>

F

Ferrie, J. E., Shipley, M. J., Stansfeld, S. A., & Marmot, M. G. (2002). Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: The Whitehall II study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(6), 450–454.

Fisher, J., Mello, M. C. de, Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90, 139–149. <https://doi.org/10.1590/S0042-96862012000200014>

Fowler, P. J., Tompsett, C. J., Braciszewski, J. M., Jacques-Tiura, A. J., & Baltes, B. B. (2009). Community violence : A meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents. *Development and Psychopathology*, 21(1), 227–259. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000145>

Franssen, A. (2017). La fabrique du sujet au coeur des politiques d'activation. *CriDIS Working Papers*. Centre de recherches interdisciplinaires démocratie, institutions, subjectivité, Ottignis-Louvain-la-Neuve, Université catholique de Louvain.

Fryers, T., & Brugha, T. (2013). Childhood determinants of adult psychiatric disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 9. <https://doi.org/10.2174/1745017901309010001>

Fryers, T., Melzer, D., Jenkins, R., & Brugha, T. (2005). The distribution of the common mental disorders: Social inequalities in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, 1, 14. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-1-14>

G

Gariépy, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallée, A. (2016). Social support and protection from depression: Systematic review of current findings in Western countries. *British Journal of Psychiatry*, 209(4), 284-293. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.169094>

Greenberg, M. T., Domitrovich, C., & Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: Current state of the field. *Prevention & Treatment*, 4(1), 1a. <https://doi.org/10.1037/1522-3736.4.1.41a>

Grossbard, S., & Mukhopadhyay, S. (2012). Children, Spousal Love, and Happiness: An Economic Analysis. *IZA Discussion Paper*, 7119, 36.

H

Hall, W. J. (2018). Psychosocial Risk and Protective Factors for Depression Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Queer Youth: A Systematic Review. *Journal of Homosexuality*, 65(3), 263-316. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1317467>

Haefliger, P., Houben, F., & Thadikaran-Salomon, L. (2016). Concept cantonal de promotion de la santé et de prévention 2030. <https://www.ge.ch/document/1374/telecharger>

Hass, A. P., Mickey Eliason, Vickie M. Mays PhD MSPH, Robin M. Mathy MA MSW MSt MSc, Susan D. Cochran PhD MS, Anthony R. D'Augelli PhD, Morton M. Silverman MD, Prudence W. Fisher PhD, Tonda Hughes PhD RN FAAN, Margaret Rosario PhD, Stephen T. Russell PhD, Effie Malley MPA, Jerry Reed PhD MSW, David A. Litts OD, Ellen Haller MD, Randall L. Sell ScD, Gary Remafedi MD MPH, Judith Bradford PhD, Annette L. Beautrais PhD, ... Paula J. Clayton MD. (2010). Suicide and Suicide Risk in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Populations: Review and Recommendations. *Journal of Homosexuality*, 58(1), 10-51. <https://doi.org/10.1080/00918369.2011.534038>

Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: Self report survey in schools in England. *BMJ*, 325(7374), 1207-1211. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7374.1207>

Helbig, S., Lampert, T., Klose, M., & Jacobi, F. (2006). Is parenthood associated with mental health?: Findings from an epidemiological community survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(11), 889-896. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0113-8>

Hermens, N., Super, S., Verkooijen, K. T., & Koelen, M. A. (2017). A Systematic Review of Life Skill Development Through Sports Programs Serving Socially Vulnerable Youth. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 88(4), 408-424. <https://doi.org/10.1080/02701367.2017.1355527>

Hoek, H. W., & van Hoeken, D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 34(4), 383-396. <https://doi.org/10.1002/eat.10222>

Hogg, M. A. (2007). Uncertainty-identity theory. *Advances in Experimental Social Psychology*, 39, 69-126.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLOS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>

Horwitz, A. V., White, H. R., & Howell-White, S. (1996). Becoming Married and Mental Health: A Longitudinal Study of a Cohort of Young Adults. *Journal of Marriage and Family*, 58(4), 895–907. <https://doi.org/10.2307/353978>

J Jenkins, R., Bhugra, D., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Coid, J., Fryers, T., Weich, S., Singleton, N., & Meltzer, H. (2008). Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychological Medicine*, 38(10), 1485–1493.

Jensen, B. B., Currie, C., Dyson, A., Eisenstadt, N., & Melhuish, E. C. (2013). *Early years, family and education task group: Report European review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region*.

Jimenez, D. E., Bartels, S. J., Cardenas, V., Dhaliwal, S. S., & Alegría, M. (2012). Cultural Beliefs and Mental Health Treatment Preferences of Ethnically Diverse Older Adult Consumers in Primary Care. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(6), 533–542. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e318227f876>

John, O. P., Donahue, E. M., & Kentle, R. L. (1991). Big five inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*.

Josefsson, T., Lindwall, M., & Archer, T. (2014). Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systematic review. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 24(2), 259–272. <https://doi.org/10.1111/sms.12050>

K Keitner, G. I., Ryan, C. E., Miller, I. W., & Norman, W. H. (1992). Recovery and major depression: Factors associated with twelve-month outcome. *The American Journal of Psychiatry*, 149(1), 93–99. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.1.93>

Kelly, Y., Sacker, A., Del Bono, E., Francesconi, M., & Marmot, M. (2011). What role for the home learning environment and parenting in reducing the socioeconomic gradient in child development? Findings from the Millennium Cohort Study. *Archives of Disease in Childhood*, 96(9), 832–837.

King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8(1), 70. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-70>

Kohler, H.-P., Behrman, J. R., & Skytthe, A. (2005). Partner + Children = Happiness? The Effects of Partnerships and Fertility on Well-Being. *Population and Development Review*, 31(3), 407–445. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2005.00078.x>

Kohler, H.-P., & Mencarini, L. (2016). The Parenthood Happiness Puzzle: An Introduction to Special Issue. *European Journal of Population*, 32(3), 327–338. <https://doi.org/10.1007/s10680-016-9392-2>

Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: An update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(3), 163–174. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00204.x>

Kwok, S., & Wong. (2001). Mental health of parents with young children in Hong Kong: The roles of parenting stress and parenting self-efficacy. *Child & Family Social Work*, 5, 57–65. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2206.2000.00138.x>

L Lee, K., & Ashton, M. C. (2004). Psychometric Properties of the HEXACO Personality Inventory. *Multivariate Behavioral Research*, 39(2), 329–358. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr3902_8

Lehtinen, V., Sohlman, B., & Kovess-Masfety, V. (2005). Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1(1), 9. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-1-9>

Lemstra, M., Neudorf, C., D'Arcy, C., Kunst, A., Warren, L. M., & Bennett, N. R. (2008). A systematic review of depressed mood and anxiety by SES in youth aged 10–15 years. *Canadian Journal of Public Health*, 99(2), 125–129.

Levecque K., Lodewyckx I. & Vranken J. (2007) Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups, *Journal of Affective Disorders*, 97 (1-3), pp. 229-239.

Levitt P. & Jaworsky N. (2007) Transnational migration studies: past developments and future trends, *Annual Review of Sociology*, 33, pp. 129-156.
<http://dx.doi.org/10.1146/annurev.soc.33.040406.131816>

Lubans, D., Richards, J., Hillman, C., Faulkner, G., Beauchamp, M., Nilsson, M., Kelly, P., Smith, J., Raine, L., & Biddle, S. (2016). Physical Activity for Cognitive and Mental Health in Youth: A Systematic Review of Mechanisms. *Pediatrics*, 138(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1642>

Lund, C., Breen, A., Flisher, A. J., Kakuma, R., Corrigall, J., Joska, J. A., Swartz, L., & Patel, V. (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 71(3), 517–528.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.027>

Ly M., Petit V. & Pizzolato G. (2014) La migration internationale face à la santé mentale au Sénégal: récits, discours et imaginaires, in Cécile Canut et Catherine Mazauric Éd.s., *Les mots de la migration. Mise en récits et en images des migrations transafricaines*, Paris, Le cavalier bleu, pp. 221-239.

M

Mak, W. W. S., Poon, C. Y. M., Pun, L. Y. K., & Cheung, S. F. (2007). Meta-analysis of stigma and mental health. *Social Science & Medicine*, 65(2), 245–261.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.015>

Mammen, G., & Faulkner, G. (2013). Physical Activity and the Prevention of Depression: A Systematic Review of Prospective Studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 45(5), 649–657.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.08.001>

Mckenzie, S. K., & Carter, K. (2013). Does transition into parenthood lead to changes in mental health? Findings from three waves of a population based panel study. *J Epidemiol Community Health*, 67(4), 339–345. <https://doi.org/10.1136/jech-2012-201765>

McNamus, S., Meltzer, H., Brugha, T., Bebbington, P., & Jenkins, R. (2007). Adult psychiatric morbidity in England, 2007. *Leeds: The NHS Information Centre for Health and Social Care*.

Meltzer, H., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., McManus, S., & Stansfeld, S. (2010). Job insecurity, socio-economic circumstances and depression. *Psychological Medicine*, 40(8), 1401–1407.

Meltzer, H., Vostanis, P., Goodman, R., & Ford, T. (2007). Children's perceptions of neighbourhood trustworthiness and safety and their mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(12), 1208–1213. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01800.x>

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129, 674–697.

Meyer, I. H. (2007). Prejudice and Discrimination as Social Stressors. In I. H. Meyer & M. E. Northridge (Éds.), *The health of sexual minorities: Public health perspectives in lesbian, gay, bisexual and transgender populations* (p. 242-267). New York, NY : Springer.

Meyer, O. L., Castro-Schilo, L., & Aguilar-Gaxiola, S. (2014). Determinants of Mental Health and Self-Rated Health: A Model of Socioeconomic Status, Neighborhood Safety, and Physical Activity. *American Journal of Public Health, 104*(9), 1734–1741.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302003>

Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Lagares, C., Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marín, J., Roca, M., Soto-Sanz, V., Vilagut, G., & Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Public Health, 64*(2), 265–283.
<https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>

Missinne S. & Bracke P. (2012) Depressive symptoms among immigrants and ethnic minorities: a population based study in 23 European countries, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47* (1), pp. 97-109.

Montgomery, S. M., Cook, D. G., Bartley, M. J., & Wadsworth, M. E. (1998). Unemployment, cigarette smoking, alcohol consumption and body weight in young British men. *The European Journal of Public Health, 8*(1), 21–27.

Montgomery, S. M., Cook, D. G., Bartley, M. J., & Wadsworth, M. E. (1999). Unemployment pre-dates symptoms of depression and anxiety resulting in medical consultation in young men. *International Journal of Epidemiology, 28*(1), 95–100.

Morris, J. K., Cook, D. G., & Shaper, A. G. (1994). Loss of employment and mortality. *Bmj, 308*(6937), 1135–1139.

N

Nasheeda, A., Haslinda Binti Abdullah, Steven Eric Krauss, & Nobaya Binti Ahmed. (2019). A narrative systematic review of life skills education: Effectiveness, research gaps and priorities. *International Journal of Adolescence and Youth, 24*(3), 362–379.
<https://doi.org/10.1080/02673843.2018.1479278>

Nelson, C. A., Bhutta, Z. A., Burke Harris, N., Danese, A., & Samara, M. (2020). Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life. *BMJ, m3048*.
<https://doi.org/10.1136/bmj.m3048>

Nomaguchi, K. M., & Milkie, M. A. (2003). Costs and Rewards of Children: The Effects of Becoming a Parent on Adults' Lives. *Journal of Marriage and Family, 65*(2), 356–374.
<https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2003.00356.x>

O

Office cantonal de la statistique (OCSTAT) (2018). 500 000 habitants dans le canton de Genève. Informations statistiques n°13.

Office cantonal de la statistique (OCSTAT) (2019) (1). Enquête suisse sur la structure des salaires à Genève - résultats 2016. Informations statistiques n°08.

Office cantonal de la statistique (OCSTAT) (2019) (2). Les inégalités de répartition des revenus dans le canton de Genève. Informations statistiques n°25.

Office cantonal de la statistique (OCSTAT) (2020) (1). Bilan et état de la population du canton de Genève en 2019. Informations statistiques n°05.

Office cantonal de la statistique (OCSTAT) (2020) (2). Le travail à temps partiel dans le canton de Genève : comparaison entre femmes et hommes. Communications statistiques n°61.

Oberlander, T. F., Weinberg, J., Papsdorf, M., Grunau, R., Misri, S., & Devlin, A. M. (2008). Prenatal exposure to maternal depression, neonatal methylation of human glucocorticoid receptor gene (NR3C1) and infant cortisol stress responses. *Epigenetics*, 3(2), 97–106. <https://doi.org/10.4161/epi.3.2.6034>

OBSAN. (s. d.). Suicide | OBSAN. Consulté 18 novembre 2020, à l'adresse <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/suicide>

Ohrnberger, J., Fichera, E., & Sutton, M. (2017). The relationship between physical and mental health : A mediation analysis. *Social Science & Medicine*, 195, 42–49. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.008>

Organisation Mondiale de la Santé (2008). Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève, Organisation Mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf?sequence=1

P

Pager D. & Shepherd H. 2008. « The Sociology of Discrimination : Racial Discrimination in Employment, Housing, Credit, and Consumer Markets. » *Annual Review of Sociology* 34:181–209.

Peter, C., Tuch, A. (2019). Pensées suicidaires et tentatives de suicide dans la population suisse (Obsan Bulletin 7/2019). Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé

Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81, 609–615.

Patel, V., Lund, C., Hatherill, S., Plagerson, S., Corrigan, J., Funk, M., & Flisher, A. J. (2010). Mental disorders : Equity and social determinants. In E. Blas & A. Sivasankara Kurup (Eds.), *Equity, social determinants and public health programmes*. World Health Organization.

Petersen, A., & Willig, R. (2004). Work and Recognition : Reviewing New Forms of Pathological Developments. *Acta Sociologica*, 47(4), 338–350. <https://doi.org/10.1177/0001699304048667>

Pickett, K. E., James, O. W., & Wilkinson, R. G. (2006). Income inequality and the prevalence of mental illness : A preliminary international analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(7), 646–647. <https://doi.org/10.1136/jech.2006.046631>

Pickett, K. E., & Wilkinson, R. G. (2015). Income inequality and health : A causal review. *Social Science & Medicine*, 128, 316–326. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.031>

Pieterse, A. L., Todd, N. R., Neville, H. A., & Carter, R. T. (2012). Perceived racism and mental health among Black American adults : A meta-analytic review. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 1–9. <https://doi.org/10.1037/a0026208>

Pigott, T. A. (1999). Gender differences in the epidemiology and treatment of anxiety disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60 Suppl 18, 4–15.

Plöderl, M., & Tremblay, P. (2015). Mental health of sexual minorities. A systematic review. *International review of psychiatry*, 27(5), 367–385.

Ploubidis, G. B., & Grundy, E. (2009). Later-Life Mental Health in Europe: A Country-Level Comparison. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64B(5), 666–676. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp026>

Priest N., Paradies Y., Trenerry B., Truong M., Karlsen S. & Kelly Y. (2013). « A Systematic Review of Studies Examining the Relationship between Reported Racism and Health and Wellbeing for Children and Young People. » *Social Science & Medicine* 95:115–27.

Puterman, E., Weiss, J., Hives, B. A., Gemmill, A., Karasek, D., Mendes, W. B., & Rehkopf, D. H. (2020). Predicting mortality from 57 economic, behavioral, social, and psychological factors. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117(28), 16273–16282. <https://doi.org/10.1073/pnas.1918455117>

R

Remigio-Baker, R. A., Hayes, D. K., & Reyes-Salvail, F. (2014). Adverse Childhood Events and Current Depressive Symptoms Among Women in Hawaii: 2010 BRFSS, Hawaii. *Maternal and Child Health Journal*, 18(10), 2300–2308. <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1374-y>

Roeters, A., Mandemakers, J. J., & Voorpostel, M. (2016). Parenthood and Well-Being: The Moderating Role of Leisure and Paid Work. *European Journal of Population*, 32(3), 381–401. <https://doi.org/10.1007/s10680-016-9391-3>

Rollè, L., Prino, L. E., Sechi, C., Vismara, L., Neri, E., Polizzi, C., Trovato, A., Volpi, B., Molgora, S., Fenaroli, V., Ierardi, E., Ferro, V., Lucarelli, L., Agostini, F., Tambelli, R., Saita, E., Riva Crugnola, C., & Brustia, P. (2017). Parenting Stress, Mental Health, Dyadic Adjustment: A Structural Equation Model. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00839>

Rosenbaum, S., Vancampfort, D., Steel, Z., Newby, J., Ward, P. B., & Stubbs, B. (2015). Physical activity in the treatment of Post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 230(2), 130–136. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.10.017>

Rosenfield, S., & Mouzon, D. (2013). Gender and Mental Health. In C. S. Aneshensel, J. C. Phelan, & A. Bierman (Eds.), *Handbook of the Sociology of Mental Health* (pp. 277–296). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-007-4276-5_14

Rothman, E. F., Edwards, E. M., Heeren, T., & Hingson, R. W. (2008). Adverse Childhood Experiences Predict Earlier Age of Drinking Onset: Results From a Representative US Sample of Current or Former Drinkers. *Pediatrics*, 122(2), e298–e304. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-3412>

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, pp. 68–78.

S

Savoji, A. P., & Kamran Ganji. (2013). Increasing Mental Health of University Students through Life Skills Training (LST). *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 1255–1259.

Schady, N. (2011.). *Parents' Education, Mothers' Vocabulary, and Cognitive Development in Early Childhood: Longitudinal Evidence From Ecuador* [Research-article]. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300253>

Scherrer, J. F., Xian, H., Kapp, J. M. K., Waterman, B., Shah, K. R., Volberg, R., & Eisen, S. A. (2007). Association Between Exposure to Childhood and Lifetime Traumatic Events and Lifetime Pathological Gambling in a Twin Cohort. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(1), 72–78. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000252384.20382.e9>

- Schwartz, C., Meisenhelder, J. B., Ma, Y., & Reed, G. (2003). Altruistic Social Interest Behaviors Are Associated With Better Mental Health: *Psychosomatic Medicine*, 65(5), 778–785. <https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000079378.39062.D4>
- SéAguin, L., Potvin, L., St-Denis, M., & Loiselle, J. (1999). Socio-Environmental Factors and Postnatal Depressive Symptomatology: A Longitudinal Study. *Women & Health*, 29(1), 57–72. https://doi.org/10.1300/J013v29n01_05
- Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S., Demyttenaere, K., Girolamo, G. de, Haro, J. M., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Mora, M. E. M., Ono, Y., Ormel, J., Pennell, B.-E., Posada-Villa, J., Sampson, N. A., ... Kessler, R. C. (2009). Cross-National Associations Between Gender and Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 785–795. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.36>
- Segrin, C., & Flora, J. (2000). Poor social skills are a vulnerability factor in the development of psychosocial problems. *Human Communication Research*, 26(3), 489–514. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2000.tb00766.x>
- Silveira, H., Moraes, H., Oliveira, N., Coutinho, E. S. F., Laks, J., & Deslandes, A. (2013). Physical Exercise and Clinically Depressed Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychobiology*, 67(2), 61–68. <https://doi.org/10.1159/000345160>
- Simon, R. W. (2002). Revisiting the Relationships among Gender, Marital Status, and Mental Health. *American Journal of Sociology*, 107(4), 1065–1096. <https://doi.org/10.1086/339225>
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., McGuinn, L., Pascoe, J., Wood, D. L., Child, C. on P. A. of, Health, F., Committee on Early Childhood, & Care, D. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232–e246.
- Sklad, M., Diekstra, R., Ritter, M.D., Ben, J. and Gravesteyn, C. (2012), Effectiveness of school-based universal social, emotional, and behavioral programs: Do they enhance students' development in the area of skill, behavior, and adjustment?. *Psychol. Schs.*, 49: 892-909. <https://doi.org/10.1002/pits.2164>
- Smoller, J. W. (2019). Psychiatric Genetics Begins to Find Its Footing. *American Journal of Psychiatry*, 176(8), 609–614. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19060643>
- Solantaus, T., Leinonen, J., & Punamaki, R. (2004). Children's mental health in times of economic recession: Replication and extension of the family economic stress model in Finland—Google Search. *Developmental Psychology*, 40, 412–429.
- Stanca, L. (2012). Suffer the little children: Measuring the effects of parenthood on well-being worldwide. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 81(3), 742–750. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2010.12.019>
- Striegel-Moore, R. H., Rosselli, F., Perrin, N., DeBar, L., Wilson, G. T., May, A., & Kraemer, H. C. (2009). Gender difference in the prevalence of eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 42(5), 471–474. <https://doi.org/10.1002/eat.20625>
- Stonerock, G. L., Hoffman, B. M., Smith, P. J., & Blumenthal, J. A. (2015). Exercise as Treatment for Anxiety: Systematic Review and Analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 49(4), 542–556. <https://doi.org/10.1007/s12160-014-9685-9>

Stutzer, A., & Frey, B. S. (2006). Does marriage make people happy, or do happy people get married? *The Journal of Socio-Economics*, 35(2), 326–347.
<https://doi.org/10.1016/j.socec.2005.11.043>

Szyf, M. (2009). The early life environment and the epigenome. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - General Subjects*, 1790(9), 878–885. <https://doi.org/10.1016/j.bbagen.2009.01.009>

T

Tabora, B. L., & Flaskerud, J. H. (1997). Mental Health Beliefs, Practices, and Knowledge of Chinese American Immigrant Women. *Issues in Mental Health Nursing*, 18(3), 173–189.
<https://doi.org/10.3109/01612849709012488>

Taylor, S. E. (2010). Mechanisms linking early life stress to adult health outcomes. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107(19), 8507–8512.

Taylor R.D., Oberle E., Durlak J.A., Weissberg R.P. (2017) Promoting Positive Youth Development Through School-Based Social and Emotional Learning Interventions: A Meta-Analysis of Follow-Up Effects. *Child Dev.* 2017 Jul;88(4):1156-1171. doi: 10.1111/cdev.12864. PMID: 28685826.

Torres J., Alcántara C., Rudolph K. & Viruell-Fuentes E. (2016a) Cross-border Ties as Sources of Risk and Resilience: Do Cross-border Ties Moderate the Relationship between Migration-related Stress and Psychological Distress for Latino Migrants in the United States?, *Journal of Health and Social Behavior*, 57 (4), pp. 436-452.

Torres J., Lee A., González H., Garcia L. & Haan M. (2016b) Longitudinal analysis of cross-border ties and depression for Latino adults, *Social Science & Medicine* (1982), 160, pp. 111-119.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.04.018>

Trabichet, A.-M., & Sulliger, D. (2017). *Lignes directrices pour promouvoir la santé mentale et prévenir les troubles psychiques à Genève*. <https://www.ge.ch/document/7565/telecharger>

U

UNICEF. (2017). *Les premiers moments comptent pour chaque enfant* (Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)).

V

Vicary, D., & Westerman, T. (2004). That's just the way he is': Some implications of Aboriginal mental health beliefs. *Australian E-Journal for the Advancement of Mental Health*, 3(3), 103–112.
<https://doi.org/10.5172/jamh.3.3.103>

de Vries, S., Verheij, R. A., Groenewegen, P. P., & Spreeuwenberg, P. (2003). Natural Environments—Healthy Environments? An Exploratory Analysis of the Relationship between Greenspace and Health. *Environment and Planning A: Economy and Space*, 35(10), 1717–1731.
<https://doi.org/10.1068/a35111>

W

Wade, T. D., & Kendler, K. S. (2000). The Relationship between Social Support and Major Depression: Cross-Sectional, Longitudinal, and Genetic Perspectives. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(5), 251–258.

Wang, J., Dey, M., Soldati, L., Weiss, M. G., Gmel, G., & Mohler-Kuo, M. (2014). Psychiatric disorders, suicidality, and personality among young men by sexual orientation. *European psychiatry*, 29(8), 514–522.

Wang, J., Häusermann, M., & Ambresin, A.-E. (2018). Mindfulness and Other Psycho-Social Resources Protective Against Mental Illness and Suicidality Among Gay Men. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00361>

Wang, R., Yuan, Y., Liu, Y., Zhang, J., Liu, P., Lu, Y., & Yao, Y. (2019). Using street view data and machine learning to assess how perception of neighborhood safety influences urban residents' mental health. *Health & Place, 59*, 102186.

<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.102186>

Wells, N. M. (2000). At Home with Nature: Effects of «Greenness» on Children's Cognitive Functioning. *Environment and Behavior, 32*(6), 775–795. <https://doi.org/10.1177/00139160021972793>

Wenze, S. J., Battle, C. L., & Tezanos, K. M. (2015). Raising multiples: Mental health of mothers and fathers in early parenthood. *Archives of Women's Mental Health, 18*(2), 163–176.

<https://doi.org/10.1007/s00737-014-0484-x>

Whitfield, C. L., Dube, S. R., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2005). Adverse childhood experiences and hallucinations. *Child Abuse & Neglect, 29*(7), 797–810.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.01.004>

Williams, D. R., Neighbors, H. W., & Jackson, J. S. (2003). Racial/ethnic discrimination and health: Findings from community studies. *American Journal of Public Health, 93*, 200–208.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.93.2.200>

Windle, G., Hughes, D., Linck, P., Russell, I., & Woods, B. (2010). Is exercise effective in promoting mental well-being in older age? A systematic review. *Aging & Mental Health, 14*(6), 652–669. <https://doi.org/10.1080/13607861003713232>

World Health Organization. (2019). *Mental disorders*.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

World Health Organization, Prevention and Promotion in Mental Health. Geneva, World Health Organization, 2002.

World Health Organization. (2003). *Skills for health: Skills-based health education including life skills: An important component of a child-friendly/health-promoting school*. 138.

World Health Organization. (2012). *Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors*.

World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva, World Health Organization, 2014a.

World Health Organization. (2014b). *Prévention du suicide: L'état d'urgence mondial*. World Health Organization.

World Health Organization. (2016). *Adolescents: Health risks and solutions*.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

Wright, Kim. A., Everson-Hock, E. S., & Taylor, A. H. (2009). The effects of physical activity on physical and mental health among individuals with bipolar disorder: A systematic review. *Mental Health and Physical Activity, 2*(2), 86–94. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2009.09.001>

Y Yu, S. (2018). Uncovering the hidden impacts of inequality on mental health: A global study. *Translational Psychiatry, 8*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1038/s41398-018-0148-0>

Z Zufferey, J. (2020). *La santé dans le canton de Genève: Résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2017 (Obsan Rapport 04/2020)* (Observatoire suisse de la santé). Neuchâtel.



minds

Promotion de
la santé mentale
Genève

Rue Rothschild 50
1202 Genève
Tél. 022 900 07 11
contact@minds-ge.ch

 [@mindsge](#)
 [@minds_ge](#)
 [@minds-ge](#)
 [#observatoirege](#) [#mindsgeneve](#)
 www.minds-ge.ch

AVEC LE SOUTIEN DE



REPUBLIQUE
ET CANTON
DE GENEVE

POST TENERIAS LUX

