

# Santé mentale : carrefour des inégalités

Résumé des présentations données par quatre expert-es lors de la journée d'étude MC  
du 27 avril 2023

Elise Derroitte, Hélène Janssens, Ann Morissens,  
Clara Noirhomme, Rebekka Verniest – Service d'études

## Résumé

La santé mentale est depuis longtemps envisagée sous un angle majoritairement individuel, focalisant l'attention sur les individus eux-mêmes, leur génétique et leurs comportements. Cependant, comme le montre le colloque « Santé mentale, carrefour des inégalités », cette vision est non seulement réductrice, mais surtout erronée. Les interventions de Richard Wilkinson, Olivier De Schutter et Piet Bracke, Eva Kestens, mettent en lumière l'impact fondamental des structures sociétales, des inégalités et de l'environnement socioculturel sur la santé mentale.

**Richard Wilkinson** nous met en garde contre la tendance courante à individualiser les maladies mentales. Il souligne l'importance des caractéristiques collectives dans la santé mentale et la nécessité d'examiner la structure de la société pour comprendre les inégalités sociales. Sa thèse fondamentale consiste à mettre en lumière l'impact d'une société inégalitaire sur les problèmes de santé et de santé mentale en particulier. En mettant l'accent sur les conséquences de la hiérarchisation sociale et l'internalisation des compétitions de statuts sociaux, il affirme que l'essence même des relations sociales peut déterminer le bien-être mental d'un individu. Cette lecture permet d'interroger en profondeur notre conception de la santé mentale comme le seul fait de la résilience ou de la motivation de l'individu. Wilkinson rappelle que la santé mentale est souvent le résultat de notre place dans la société et que les problèmes de santé mentale sont souvent le corolaire de problèmes sociaux sous-jacents : ainsi, vivre dans la précarité, être victime de discrimination systématique, ne pas avoir accès aux services de santé sont autant de facteurs aggravants des problèmes de santé mentale. Cette perspective nous permet de resituer les problèmes de santé mentale dans une conception de la santé publique avant de prendre le prisme de l'intervention individuelle qui ne pourra pas toucher aux causes structurelles à l'origine des inégalités de santé mentale.

**Olivier De Schutter**, rapporteur spécial des Nations Unies, aborde la complexité de la relation entre pauvreté et problèmes de santé mentale. Il met en lumière la nature bidirectionnelle de cette relation, qui est bien plus qu'une simple cause à effet. Sa vision élargit la définition de la pauvreté au-delà des simples paramètres financiers, notamment en y intégrant l'importance des conséquences de la pauvreté sur la capacité à agir des individus. Son exposé pointe notamment l'importance de la sécurité dans la préservation de la santé mentale ou l'ingéniosité des stratégies de survie des personnes en grande pauvreté. Ses conclusions soulignent l'importance de la prévention en matière de santé mentale et de la nécessité de déstigmatiser les troubles mentaux.

**Piet Bracke**, quant à lui, invite à une réflexion approfondie sur les inégalités sociales en matière de santé mentale. Il compare différentes approches d'intervention, qu'elles soient cliniquement curatives ou sociologiquement préventives, mettant en lumière la nécessité d'une compréhension sociologique des problèmes de santé mentale. Son analyse permet d'élargir le vocabulaire de l'intervention sociale préventive en santé mentale afin d'envisager une vision large de la santé mentale tributaire des déterminants de la santé (environnement, situation financière, genre, situation professionnelle, situation de handicap ou de migration).

**Eva Kestens** enfin, attire notre attention sur la spécificité de la vulnérabilité des enfants et des jeunes aux problèmes de santé mentale. La situation des enfants est spécifique à plus d'un titre et ces spécificités doivent être prises en compte dans une prise en charge adéquate des enfants : par exemple l'état de développement neuronal des enfants impacte leur capacité de gestion des problèmes qui mène à des problèmes de santé mentale. Leur manque d'au-

tonomie face aux causes qui accentuent les troubles de santé mentale sont également des facteurs potentiellement aggravants ou compliquant l'intervention. Enfin l'implication de la constellation dans laquelle l'enfant évolue est également cruciale pour la prise en charge infantile.

En somme, ce colloque offre une perspective innovante et approfondie sur les défis de la santé mentale dans le contexte contemporain. Il invite les praticien·nes, chercheur·ses et décideur·ses à reconnaître et à aborder les problèmes de santé mentale non seulement comme des affections individuelles, mais aussi comme le résultat d'un tissu complexe d'interactions sociales et structurelles.

Mots-clés : Santé mentale, problèmes mentaux, inégalité, pauvreté, société, relations sociales, journée d'étude

# 1. Richard Wilkinson : Inégalités, d'autres rapports de domination

Dans sa présentation, Prof. Dr. Em. Richard Wilkinson met en évidence la relation cruciale entre nos relations sociales et la santé mentale. En effet, bien que nous individualisons souvent les problèmes de santé mentale, c'est la qualité de nos relations sociales qui garantit la santé mentale. Wilkinson montre que les modèles sociétaux fortement fondés sur l'inégalité, la concurrence et la hiérarchie sont en corrélation étroite avec une prévalence plus élevée d'une série d'effets néfastes sur la santé et la santé mentale, non seulement pour les personnes disposant de moins de ressources financières, mais pour tous les membres de la société. Les inégalités affectent donc la santé mentale de chacun.

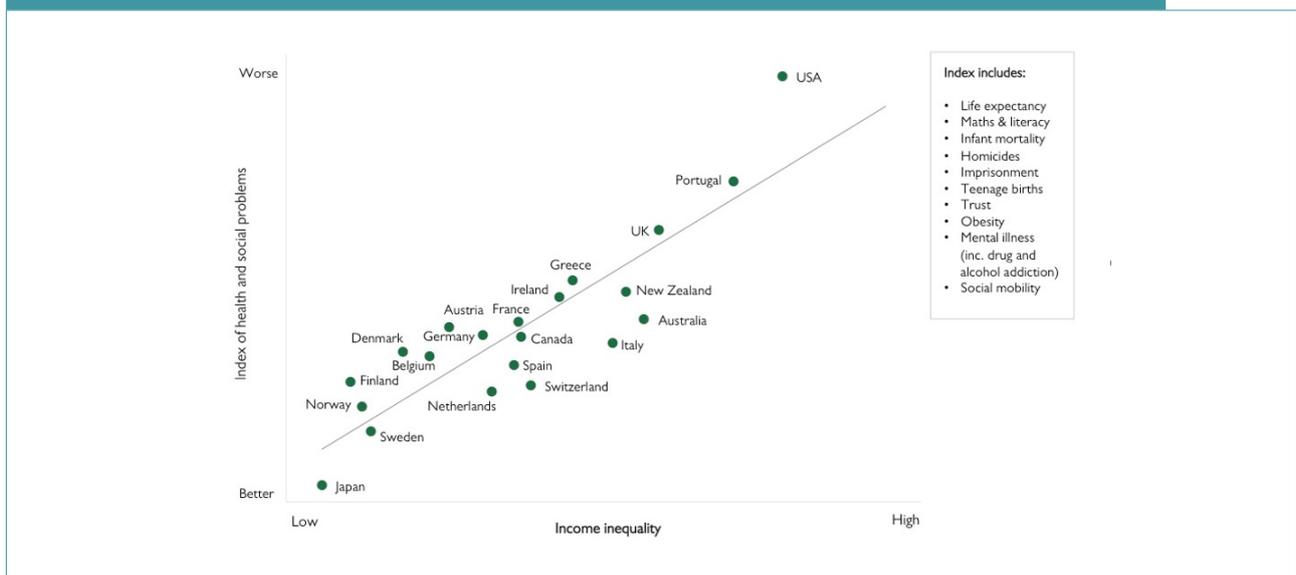
« Pour vivre heureux, vivons égaux » ou « Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous ». Ces deux slogans titrent deux livres de Richard Wilkinson et Kate Pickett, experts des inégalités et de leurs répercussions cachées dans les fonctionnements psychologiques des individus (Wilkinson & Pickett, 2020; Wilkinson & Pickett, 2013).

Pour illustrer les inégalités et les propos de Wilkinson, un exemple<sup>1</sup> peut être mobilisé : celui d'une classe d'élèves organisée classiquement, en rangs. Les élèves reçoivent une boulette de papier et le professeur leur demande de

viser une corbeille placée devant la classe en bas du tableau. Les différences individuelles vont peut-être expliquer pourquoi certains élèves parviennent à viser la cible même dans de mauvaises positions alors que les inégalités vont mettre en avant pourquoi autant d'élèves des rangs plus éloignés échouent. Le fait d'être éloigné de la cible n'implique pas uniquement des difficultés accrues, mais également une prévalence de toutes sortes de problèmes sociaux et sanitaires. Les élèves des derniers rangs vont être plus susceptibles de développer du stress, des problèmes de confiance et d'anxiété que ceux des premiers rangs. La thèse de l'auteur est de souligner à quel point les environnements psychologiques et émotionnels sont déterminants et déterminés par des environnements inégaux et de mettre en exergue la responsabilité de ces environnements dans les maux individuels et sociétaux alors même que l'égalité a été la norme dans plus de 90% de notre temps d'humain sur terre (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 47).

L'augmentation des conditions matérielles de vie implique également moins de bien-être dans les systèmes plus inégalitaires. Il est prouvé que le bien-être des enfants est plus faible dans les pays riches inégalitaires que dans des pays plus égalitaires. Parallèlement, la situation d'une personne riche dans un pays inégalitaire est moins bonne que dans un pays plus égalitaire. La situation globale générale des personnes est moins bonne dans les pays inégalitaires. Ou, pour reprendre l'exemple, quand plus d'élèves ratent la cible, l'impact négatif se ressent dans toute la

Figure 1 : La santé et les problèmes sociaux sont pires dans les sociétés plus inégalitaires (Source : Wilkinson & Pickett, 2009)



1 Exemple repris par l'auteur du texte, Hélène Janssens.

classe. Un système inégal affecte la très grande majorité de la population.

Wilkinson analyse les conséquences des inégalités socio-économiques sur plusieurs variables. Dans les pays comme les États-Unis ou le Royaume-Uni avec de plus grandes disparités de revenus entre les 20% les plus pauvres et les 20% les plus riches ont de moins bons résultats pour chaque variable que les pays plus égalitaires comme le Japon, la Suède ou la Finlande (Wilkinson & Pickett, 2020). Dans la figure 1, on observe que, pour l'ensemble des variables « espérance de vie », « mathématiques et littérature », « mortalité infantile », « homicide », « emprisonnement », « grossesse précoce », « confiance », « obésité », « maladies mentales (y compris drogues et alcool) », « mobilité sociale », les pays avec de plus grandes inégalités de revenus situés à droite du cadre (États-Unis, Portugal, Royaume-Uni, Nouvelle-Zélande, etc.) ont de moins bons résultats que ceux situés à gauche du cadre (Japon, Suède, Finlande, etc.).

Par ailleurs, ce constat s'applique spécifiquement aux problèmes dotés d'un gradient social, c'est-à-dire qui deviennent plus fréquents quand les revenus diminuent. Une mauvaise santé, la violence, le mal-être des enfants, le taux d'incarcération, les maladies mentales, la toxicomanie et de nombreux autres problèmes sont caractéristiques de problèmes avec un gradient social affectant d'autant plus le bas de l'échelle sociale et s'aggravant quand les écarts de revenus augmentent. Autrement dit, les inégalités ont un impact direct sur le « gradient social » et cela s'explique en grande partie par l'importance des questions de statut social (section 1.1.1.).

## 1.1. Inégalités, santé mentale

L'impact des inégalités va plus loin qu'une simple différenciation de consommation entre riches et pauvres. Les inégalités modifient profondément les individus en influençant leurs systèmes psychologiques. Elles façonnent une série de comportements humains, comme, entre autres, les attitudes vis-à-vis des autres, les capacités de réussite ou d'échec, ou encore les propensions à l'anxiété et plus généralement la santé mentale. Au plus la différence des revenus est grande, et donc au plus la société est inégalitaire, au plus l'impact sur la santé mentale des personnes est important. La figure 2 illustre la corrélation entre plusieurs problèmes spécifiques de santé mentale et les inégalités. À l'exception du suicide et de l'alcoolisme, les troubles alimentaires, l'anxiété, la schizophrénie, la dépression, le TDAH et le TSA sont positivement corrélés aux inégalités.

Par ailleurs, comme précédemment cité, les problèmes psychologiques ne se répartissent pas également sur l'échelle des revenus étant donné la présence d'un gradient social aux échelons inférieurs. Tout cela permet de relativiser les points de départ qui s'offrent aux individus dans la vie et les discours de responsabilisation individuelle affirmant que « celui qui le veut, le peut » alors que les cartes initiales sont profondément inégales.

Figure 2 : Problèmes psychologiques et inégalités de revenus dans 36 pays de l'OCDE (Source : Barbalat & Franck, 2020, notre traduction)



### 1.1.1. Le statut social : une menace humaine angoissante

Les humains sont fortement sensibles à la place qu'ils occupent dans la société, autrement dit à leur position relative aux autres, ce que définit le statut social. Pour comprendre pourquoi cette angoisse existe, l'explication donnée est de l'ordre du classement. Les statuts supérieurs sont considérés comme plus importants et à l'inverse pour les statuts inférieurs qui ne vaudraient quasiment rien et ces différenciations de statut sont d'autant plus fortes en situation inégalitaire (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 67). Autrement dit, les écarts de revenus et de richesse semblent importants aux yeux des humains parce qu'ils permettent d'exprimer de la supériorité ou de l'infériorité.

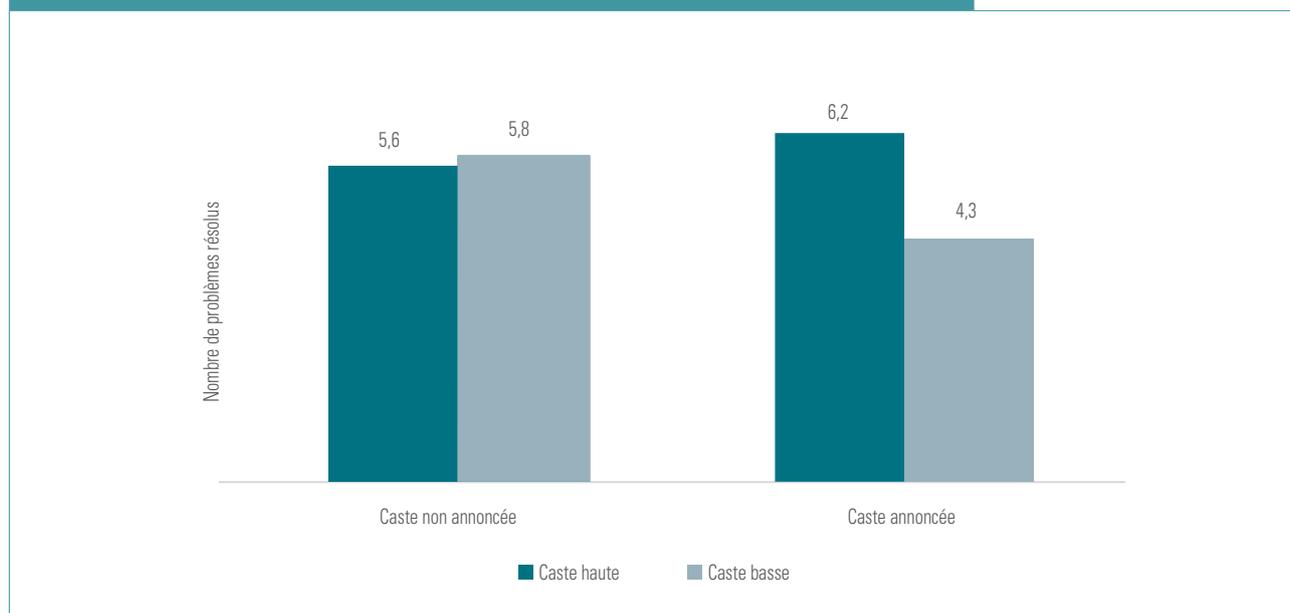
Ces préoccupations de statut créent du stress amplifiant des comportements d'insécurité, d'anxiété ou même, de repli allant jusqu'à la soumission ou la subordination. Ces situations sont augmentées en situation inégalitaire. Quand la pente des inégalités est plus forte, les insécurités liées au statut augmentent avec des coûts psychologiques élevés (dépression, anxiété, utilisation de drogues, problèmes de santé mentale, etc.). Comme le répète inlassablement l'auteur, ces coûts touchent les sociétés entières et pas uniquement ceux et celles qui en sont les premières victimes, à savoir les populations économiquement plus vulnérables. A ce propos, la prégnance des questions de statut dans la réussite scolaire est également intéressante.

### Inégalités et performances scolaires

En tant qu'humain, la perception des autres sur son propre statut affecte le corps (par le stress), les émotions et l'esprit. Plusieurs tests ont mis en évidence de moins bonnes performances chez les participant-es quand des éléments de statut sont rendus visibles préalablement aux demandes des tests. Cette situation est illustrée par la figure 3. Quand le statut socio-économique des participant-es n'est pas annoncé, les deux groupes répondent similairement. Au contraire, quand le statut est annoncé, ceux et celles intégrant une position sociale moins favorable échouent sensiblement plus. L'impact des perceptions d'autrui est puissant et explique à quel point la position sociale est déterminante quant aux capacités, aux talents et aux intérêts des individus au contraire de ce que les individus se représentent généralement, que la place occupée dans la hiérarchie sociale (et donc la réussite) est déterminée par des aptitudes initiales.

Ce biais de stéréotype présenté dans la figure 3 s'explique principalement par un stress physiologique accru (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 237) et confirme par un autre angle l'importance accordée au statut et le rôle prépondérant de la hiérarchie. Plus les écarts de revenus se creusent plus les performances (à des tests de mathématiques ou de lectures) reflèteront des différences de statuts. En conséquence, des opportunités de chance, de réussite et de performance seront différentes et dégraderont les performances scolaires au niveau de la société toute entière (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 244).

Figure 3 : L'effet de l'identité de caste sur la performance des enfants (Source : Hoff & Pandey, 2004, notre traduction)



### 1.1.2. L'anxiété : le mal de tous

« En 1980, 4% des Américains souffraient d'un trouble mental lié à l'anxiété. Aujourd'hui, c'est 50%. L'épidémie d'anxiété toucherait 8,2 millions de Britanniques » (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 37). L'OMS affirme que 350 millions de personnes sont victimes de dépression ce qui constitue la première cause d'invalidité au monde (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 70). Ces grands maux modernes avancent main dans la main avec l'angoisse de statut liée au regard des autres et au regard de la société sur ce que les individus sont (à savoir, ce qu'ils ont). Cette anxiété augmente considérablement en descendant le long de l'échelle des revenus et augmente pour tout le monde dans les pays inégalitaires comme l'atteste très clairement la figure 4.

### 1.1.3. Le narcissisme : une autre épidémie

Les disparités de revenus indiquent certes une disparité de consommation, mais également, des marqueurs de statuts plus prononcés et une hiérarchie sociale plus importante dans cette population. C'est à partir de ce constat que les théories liées au pouvoir expliquant les comportements de soumission et de domination sont convoquées dans les études de l'auteur. Autrement dit, inégalités et hiérarchies ou statuts sociaux et pouvoir vont ensemble.

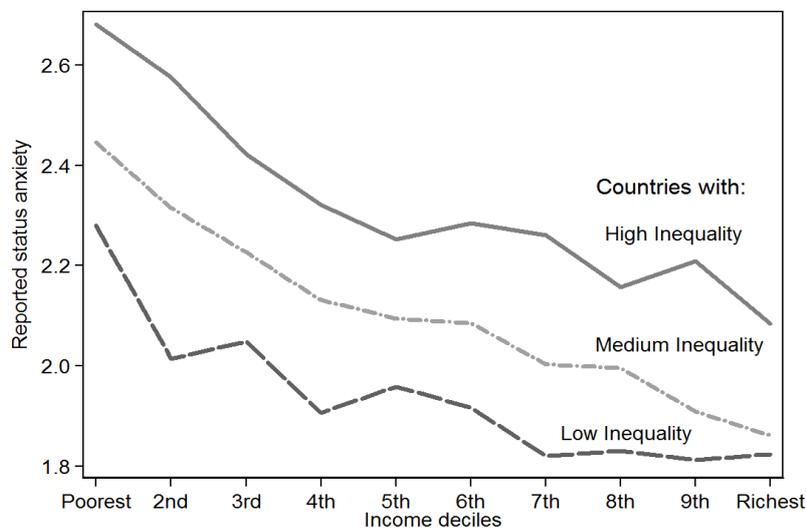
Dès lors que les menaces sociales (le regard des autres) sont plus importantes dans les univers inégalitaires, les

individus ont tendance à se comporter de manière plus autosuffisante et robuste, autrement dit, à se montrer meilleurs pour échapper à la pression sociale sociétale et réussir à évoluer dans un monde compétitif et inégal. Les différents groupes sociaux vont pareillement chercher à mieux se valoriser et la violence des relations sociales va s'accroître.

Les chercheurs Twenge et Campbell mettent en évidence une nette aggravation des « troubles de la personnalité narcissique » : il y a 30% de personnes en plus présentant des cas en 2006 qu'en 1982 aux États-Unis (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 109). Ce trouble caractéristique de la logique d'être seul contre tous se définit par des symptômes de comportement autocentré, de suffisance et d'absence d'empathie. Ces comportements sont problématiques dans le sens où le narcissisme et l'autovalorisation sont bâtis sur de l'insécurité et empêchent la création de relations humaines saines. Ils nuisent ainsi à la construction d'une société où la prise en compte de tous est importante. En résumé, ils favorisent la compétition plutôt que la coopération et trouvent un terrain favorable dans les sociétés capitalistes.

« L'inégalité en intensifiant la compétition sociale et l'individualisme semble donner naissance à une culture qui fait de la cupidité une vertu, glorifie la prise de risque et efface la frontière entre leadership et domination » (Wilkinson &

Figure 4 : Dans les pays inégalitaires, l'angoisse du statut social est plus élevée à tous les niveaux de revenus (Source : Layte & Whelan, 2014)



Pickett, 2020, p. 117). Ces valeurs créent le terreau d'avènement d'individus (et de dirigeants) avec des troubles de personnalité tels que le mensonge, la manipulation, l'insensibilité (et donc, outre l'insensibilité aux autres, également l'insensibilité à la nature), la tromperie et l'égoïsme. Ces comportements affectent tout autant la santé mentale des individus que leurs relations sociales qui, agrégées, forment la santé de la société entière.

## 1.2. Inégalités, relations sociales et société

Des univers plus inégaux espacent les écarts entre les premiers et les derniers rangs de la classe de notre exemple. Autrement dit, la distance entre les différents groupes sociaux rend plus complexe la construction d'une vision commune quant à la société à bâtir parce que les individus se distancient de ce même bateau dans lequel ils sont tous. Quand l'inégalité fait reculer l'empathie dans des sociétés entières, comme le montre la montée du narcissisme, la nécessité de protéger les plus vulnérables et la solidarité s'en trouvent malmenées (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 130). Que les habitant-es des pays plus inégalitaires soient, par exemple, moins disposé-es à venir en aide à leurs semblables est un fait largement rapporté par l'auteur.

Comme précédemment cité, là où le statut social est tellement important, les problèmes liés au « pouvoir » sont plus présents. Au contraire, plus d'égalité et de fraternité sont positivement liés à des comportements valorisant la réciprocité, la mutualité, les obligations sociales, le partage et la reconnaissance des besoins de chacun-e, qui sont des conditions sine qua none à la construction d'une société durable.

**« La force des hiérarchies et l'importance du statut dans une société nous renseignent sur la distance qui la sépare de l'égalité, plus elle s'éloigne de l'égalité et du partage, plus elle inculque à ses membres que chacun doit se débrouiller tout seul »** (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 346).

Wilkinson et Pickett ont longuement prouvé que l'augmentation des inégalités diminue la cohésion sociale, la participation citoyenne, l'implication dans la vie locale et communautaire et la mobilité sociale (moins de mariages interclasses par exemple). « L'égalité a été la norme pendant plus de 90% du temps de l'humanité » (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 47) impliquant aussi une plus large vie communautaire c'est-à-dire des relations sociales moins

changeantes, moins de temps consacré à redéfinir sa position dans l'échiquier social et à se sentir menacé par le jugement des autres. Dans des sociétés plus égalitaires, la vie sociale se détend parce qu'il y a moins d'anxiété, de narcissisme, de doute de soi, d'actes de consommation ostentatoires et plus de confiance. Parallèlement, les gains de productivité peuvent ainsi être utilisés pour des gains de temps plus que d'argent. Il y a moins d'efforts pour rester dans la course et donc probablement plus de temps pour les autres (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 347).

## 1.3. Inégalités et environnement

Plus d'égalité dans les fonctionnements sociaux serait aussi favorable à la construction d'une société soutenable écologiquement. Dans les sociétés plus inégales, on va retrouver des comportements consuméristes visant à protéger le statut social, c'est la problématique du « j'achète, donc je suis », fréquemment résumée les propos de la sociologue américaine Juliet B. Schor (Schor, 2004 ; Schor, 1997) exprimant qu'acheter une voiture chère permet de montrer sa richesse. Ces comportements sont par ailleurs nuisibles à l'environnement. Des environnements plus égaux seraient donc plus écologiquement souhaitables parce qu'ils impliqueraient moins d'achats destinés à montrer sa richesse aux autres ou d'achats destinés à cacher un statut social plus bas sur l'échelle des revenus. Déjà, l'économiste Thorstein Veblen au début du 20<sup>ème</sup> siècle énonçait la propension à se comparer à des personnes aux statuts socio-économiques supérieurs ce qui sied le système capitaliste encourageant à la consommation (Veblen, 2007). **Comme le constate Wilkinson, il est hautement questionnable que des troubles mentaux soient tant présents dans les sociétés les plus riches de l'histoire de la civilisation** (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 322). Si l'individualisme s'atténue au profit de la vie collective, toute une série d'actions seraient facilitées (réparer, échanger, partager, posséder collectivement, etc.) parce que « avoir » et « acheter » ne seraient plus des réponses à des anxiétés profondes.

## 1.4. Conclusion

Comme le dit Thomas Piketty, « les inégalités, et ce qu'elles provoquent, sont au cœur de notre destin et de notre possible autodestruction » (Piketty, 2019). La fracture socio-économique des populations reste encore et toujours une réalité à dénoncer face à l'ampleur des dé-

gâts et des dégâts psychologiques. Les inégalités coutent à la société parce qu'elles influencent négativement tous les problèmes dotés d'un gradient social (violence, moins bonne santé<sup>2</sup>, échec scolaire, bien-être infantile, dépression, anxiétés, etc.). Ceux-ci sont plus fréquents chez les plus pauvres, mais, dans une société commune, les inégalités affectent également le bien-être des personnes plus riches alors même qu'elles ont un emploi et un revenu confortables. Autrement dit, vivre dans un pays où les inégalités sont grandes implique une moins bonne situation tant pour les riches que pour les pauvres.

Les inégalités influencent en particulier la santé mentale et les racines de ces problèmes psychologiques se retrouvent au cœur des menaces d'évaluation sociale et de l'importance des questions de statuts, angoissantes. C'est donc bien les structures psychiques qui sont modifiées par une société qui tolère des écarts de revenus grandissants. Le cout des inégalités nuit à la cohésion sociale, à la mixité sociale et aux relations humaines. Enfin, une société inégalitaire n'est pas soutenable écologiquement parce que la consommation reste avant tout ostentatoire. Wilkinson conclut que porter un projet de société égalitaire, c'est porter une société basée sur la coopération et la réciprocité. Au contraire, des systèmes inégaux, où la rivalité et la compétition sont plébiscitées entraînant une kyrielle de problèmes sociaux et sanitaires.

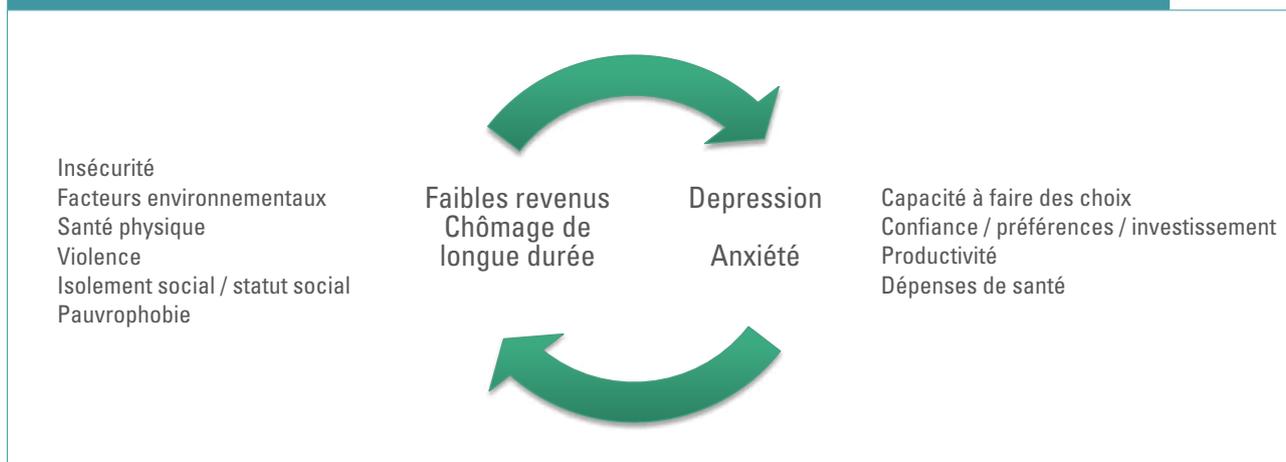
## 2. Olivier De Schutter : Le cercle vicieux de la pauvreté et des troubles de dépression et d'anxiété

Prof. Dr. Olivier De Schutter explique la relation étroite entre la pauvreté et les problèmes de santé mentale. Il s'agit de deux concepts d'une grande complexité, avec de nombreuses caractéristiques associées, et qui interagissent finalement dans des directions différentes. Olivier De Schutter explique donc qu'il est important de lutter contre la pauvreté si l'on veut renforcer la santé mentale en général, mais qu'il faut également déstigmatiser les troubles mentaux si l'on veut s'attaquer à la pauvreté de manière structurelle.

La présentation d'Olivier De Schutter démarre d'un constat, que les chercheur-euses ont mis en lumière depuis longtemps : la corrélation entre la pauvreté et la santé mentale. Dans les exemples notoires de recherches, Sareen et son équipe ont mené une étude longitudinale qui a permis d'établir une corrélation très nette entre le niveau de revenu et le risque de développer une dépression ou de l'anxiété (Sareen, Afifi, McMillan, & Asmundson, 2011). Crick Lund et les chercheur-euses de son équipe estiment que lorsqu'on est en pauvreté, on a 1,5 à 3 fois plus de chances de développer des syndromes de dépression ou d'anxiété (Lund, et al., 2010). Finalement, Khun et al. ont mené une étude qui montre qu'après une fermeture d'usine, le recours aux antidépresseurs, notamment par les hommes, et le taux de suicide augmentent de manière brutale dans la région concernée (Kuhn, Lalive, & Zweimüller, 2009). Il existe donc une corrélation qui est attestée par de nombreuses études. Cela ne nous renseigne toutefois pas immédiatement sur la question de savoir si la pauvreté cause la dépression et l'anxiété ou bien si la dépression et l'anxiété contribuent à la pauvreté. L'objet de la présentation est donc de tenter de montrer que ce rapport est en réalité bidirectionnel : il s'agit d'un cercle vicieux qui fait que les facteurs qui entourent la pauvreté causent des troubles psychiques, notamment dépression et anxiété, et que, en retour, la dépression et l'anxiété sont un handicap pour sortir de la pauvreté (voir Figure 5).

2 Voir l'étude de la MC sur les inégalités de santé (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022).

Figure 5 : Les facteurs à l'œuvre dans le cercle vicieux de la pauvreté et des troubles de dépression et d'anxiété (Source : De Schutter, présentation à la journée d'étude de la MC, 2023)



## 2.1. L'influence des facteurs qui entourent la pauvreté sur la santé mentale

Le premier facteur qui entoure la pauvreté qu'Olivier De Schutter identifie est **l'insécurité**. Différentes études démontrent que plus encore que le niveau de revenu et la privation matérielle sévère qui résulte du fait d'être pauvre, c'est l'insécurité et l'instabilité du contexte dans lequel on vit et les risques pour l'avenir qui causent les troubles psychiques.

Un article de Pierce et Schott examine le taux de suicide dans les comtés des États-Unis étant le plus affectés par l'entrée de la Chine dans l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) et la concurrence qui en résulte : intensification du travail, risque de fermeture d'usines, sentiment de redondance que l'on peut éprouver dans un contexte de mondialisation où l'on subit une concurrence à bas prix venue de l'étranger, créant la peur de perdre son emploi. Les auteurs démontrent ainsi que le taux de suicide augmente – et encore davantage chez les hommes – à partir de l'année 2000, correspondant à l'entrée de la Chine dans l'OMC et aux menaces sur l'emploi qui résulte de cette évolution (Pierce & Schott, 2020).

D'autres expériences vont également dans le même sens, telle qu'une expérience sur les bénéfices d'une assurance santé gratuite (Finkelstein, et al., 2012). Dès les premiers mois pendant lesquels l'échantillon de personnes a bénéficié de cette assurance – qui, autrement, leur aurait coûté entre 550 et 750 dollars américains par an – le taux de dépression a été réduit de 25%, ce qui est très significatif, et ce qui l'est plus encore que ce qui aurait résulté d'une augmentation du revenu de ces personnes.

Réduire l'insécurité en dotant les personnes de mécanismes qui leur permettent d'envisager l'avenir avec sérénité est donc une manière d'éviter que ces personnes ne développent des troubles psychiques de type dépression ou anxiété. Cela peut également être relié aux résultats d'une étude, qui a pu suivre un grand nombre de gens ayant gagné à la loterie en Suède : on observe que ces personnes expriment une satisfaction dans leur vie financière plus élevée qu'un groupe contrôle, mais qu'en revanche, la santé mentale n'a pas beaucoup évolué (Lindqvist, Ostling, & Cesarini, 2018). L'explication, c'est que la santé mentale dépend moins du niveau de richesse que de la sécurité que confère un État-providence développé. En d'autres mots, la santé mentale n'est pas tellement affectée par le fait que l'on gagne à la loterie parce qu'on bénéficie dans un pays comme la Suède de toute manière d'une certaine sécurité grâce aux dispositifs de l'État providence.

Le deuxième enseignement, c'est que la pauvreté est la source de vulnérabilités que l'on peut qualifier **d'environnementales**. Les personnes en pauvreté, très souvent, vivent dans les quartiers qui sont les plus pollués, qui sont les plus bruyants, où il est plus difficile de trouver le sommeil – le rapport entre la qualité du sommeil et le risque de développer des troubles psychiques est très étroit, où on a moins d'accès aux activités en plein air, moins d'espaces verts dans lesquels pratiquer une activité physique, on a moins de contacts avec la nature, etc. Il s'agit donc à nouveau d'un facteur de risque qui explique la corrélation entre faible niveau de revenu/chômage et dépression/anxiété.

Évidemment, quand on a une situation de pauvreté, on a aussi davantage de difficultés à accéder aux soins de san-

té, donc la **santé physique** peut s'en ressentir. Et quand on souffre, quand on subit une douleur permanente, quand on n'est pas bien soigné, on peut aussi être découragé et développer des syndromes de dépression et d'anxiété. Il y a donc un lien entre la santé physique et la santé mentale.

Par ailleurs, il y a un taux de **violence** intrafamiliale plus élevé dans les familles en pauvreté, notamment parce que la pauvreté crée un stress pour les parents qui affecte les rapports entre les parents et entre les parents et les enfants.

Plus important encore et davantage lié au mandat de rapporteur spécial de la pauvreté qu'Olivier De Schutter occupe aux Nations unies, il y a le fait que des faibles revenus, le chômage de longue durée, conduisent les individus à une forme **d'isolement social et d'anxiété liée à leur statut social** qui augmente les risques de dépression et d'anxiété.

Wilkinson et Pickett ont mis en lumière que ce n'est pas parce qu'une société est riche, plutôt que pauvre en moyenne, qu'elle résout les défis qui lui sont posés. En revanche, les pays dans lesquels les inégalités sont les plus fortes, comme le Portugal, le Royaume-Uni ou les États-Unis, sont ceux qui ont le plus de mal à répondre aux défis qui leur sont posés, parmi lesquels la santé mentale (Wilkinson & Pickett, 2009). Dans une autre étude focalisée sur la santé mentale, Wilkinson et Pickett ont également démontré que **les sociétés où les inégalités sont les plus fortes sont les sociétés qui font face à un taux plus élevé de maladies mentales**, notamment de dépression et d'anxiété (Pickett & Wilkinson, 2010). La priorité doit donc être non pas à la croissance économique et à la création de richesse monétaire en général, mais à la réduction des inégalités étant donné l'anxiété que crée le fait que l'on soit dans des sociétés fortement inégales, où on ne cesse de se comparer les uns aux autres, et on a peur de perdre le statut social qu'on a acquis dans cette concurrence généralisée. En d'autres mots, plus un pays est riche et plus il est confronté à l'augmentation du nombre de personnes qui font face à des problèmes de santé mentale car il s'agit de pays où l'intensification du travail et la pression à être compétitifs sont plus fortes.

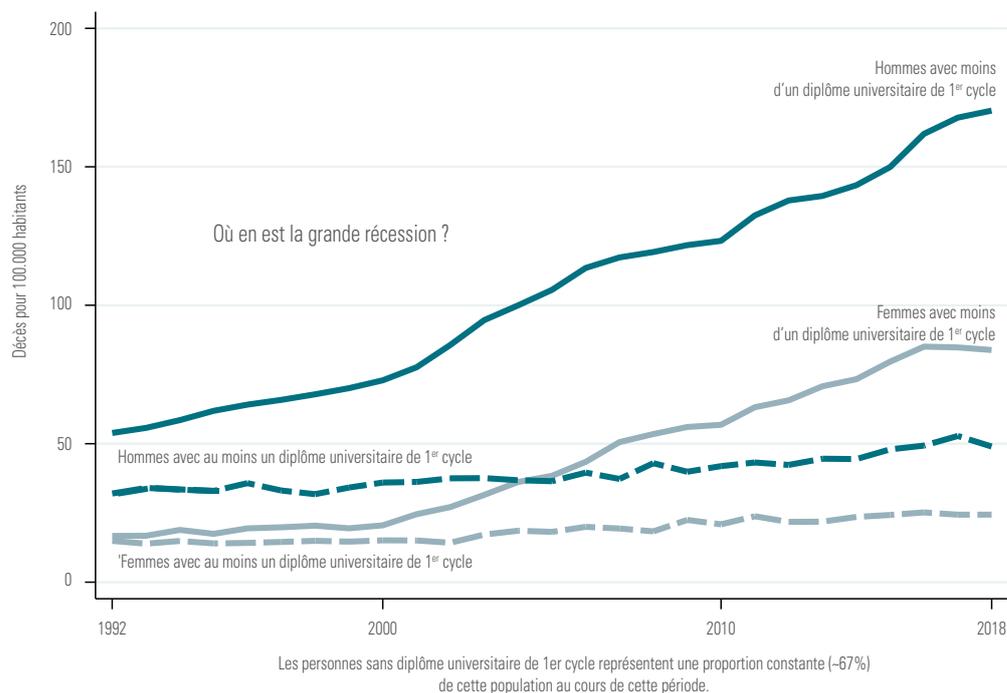
Olivier De Schutter relie également cela au contexte de nos économies à travers le travail de l'économiste Milanovic qui a examiné les inégalités comme si la population mondiale était un seul pays, pour analyser l'évolution des revenus des différents percentiles de la population mondiale entre 1988 et 2008, vingt années de mondialisation

très forte (Milanovic, 2016). En moyenne, les revenus ont augmenté de 24% sur cette période. Pourtant, dans les pays occidentaux, un grand nombre de personnes ont vu leur revenu stagner, alors même que les revenus de leurs concurrents à l'étranger ont augmenté et que les revenus du 1 à 2% des personnes les plus riches ont augmenté de manière dramatique. Ce que cela démontre, c'est la croissance des inégalités dans les pays riches, soumis à une concurrence devenue mondiale et opérant au détriment des travailleur-euses les moins qualifié-es, dont les emplois sont les plus menacés par le risque de délocalisation, affaiblissant aussi le pouvoir de négociation des syndicats défendant les droits des travailleurs et travailleuses. Cette étude de Milanovic illustre le **déclin de la classe moyenne des pays développés** et les menaces pesant sur l'emploi des travailleur-euses faiblement qualifié-es dans les pays riches, qui peuvent ainsi développer des troubles psychiques liés à cette incertitude qui pèse sur leur avenir.

Case et Deaton ont publié *Deaths of despair* en 2018, dans lequel ils expliquent le déclin de l'espérance de vie pour une catégorie de la population dans un pays riche (les 50-54 ans de la population blanche américaine qui sont peu diplômés), par le fait que ces personnes sont les premières victimes de l'épidémie d'usage d'opioïdes, de l'abus d'alcool et se suicident davantage (voir Figure 6) (Case & Deaton, 2020). Cela peut être relié au sentiment de redondance qu'éprouve cette population de travailleur-euses faiblement qualifié-es, dans un contexte où ils-elles sont remplacé-es peu à peu par des machines et subissent le risque de délocalisation au cours des années les plus récentes. Ces études montrent donc combien **la crainte du déclassement social, la croissance des inégalités, l'insécurité quant à l'avenir de l'emploi** peut conduire à une sorte de destruction de soi, soit directement par le suicide, soit par ce suicide lent qui consiste à abuser de drogues ou d'alcool.

La **pauvrophobie** peut également jouer un rôle en matière de santé mentale, c'est-à-dire les discriminations, les humiliations, la stigmatisation et l'expérience quotidienne de mépris que subissent les personnes en pauvreté. Cette pauvrophobie, aussi pernicieuse que le racisme ou le sexisme ou l'homophobie, qui peut aussi être une source de perte de confiance en soi, de dépression et d'anxiété.

Figure 6 : Mortalité due à la drogue, à l'alcool et au suicide, chez les personnes blanches non hispaniques âgées de 50 à 54 ans aux États-Unis (Source : Case & Deaton, 2020, notre traduction)



## 2.2. L'influence de la santé mentale sur la pauvreté

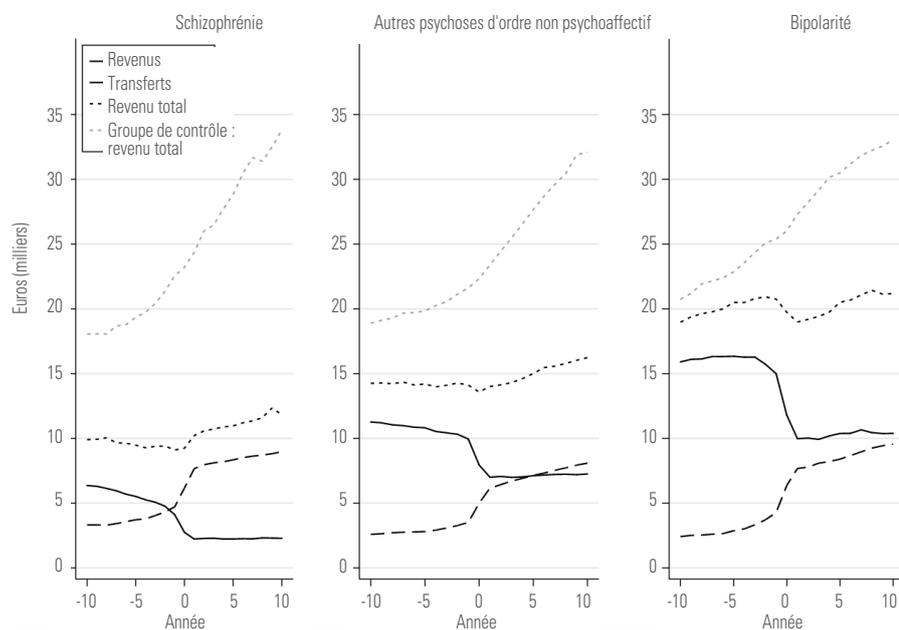
Tous les facteurs qu'Olivier De Schutter a exposés dans la première partie de sa présentation expliquent donc que l'insécurité économique, l'absence de revenus suffisants, les périodes de chômage, surtout de longue durée, peuvent causer ces syndromes dépressifs ou anxieux. Mais le rapport inverse vaut également.

Une étude a ainsi tenté d'évaluer les impacts de troubles psychiques (schizophrénie, bipolarité et autres formes de psychoses) sur la situation socio-économique d'une population de plus de 2.000.000 de personnes en Finlande sur une période allant de 1988 à 2015. Les résultats démontrent que **les personnes qui souffrent de ces affections ont un accès à l'emploi beaucoup plus difficile et cela se répercute sur leur capacité à obtenir des revenus suffisants**. À mesure qu'on développe ces affections, l'État providence, en Finlande, prend le relais, permettant aux revenus de ne pas chuter trop brutalement, mais néanmoins les revenus de ces personnes souffrant de ces troubles sont moins élevés que dans les groupes de contrôle qui ne sont pas affectés par ces troubles (voir Figure 7). Dans ces groupes

de contrôle, on voit les revenus augmenter avec l'âge et l'expérience professionnelle, et ce n'est pas du tout le cas pour des personnes qui développent ces affections (Hakulin, et al., 2019).

Pour expliquer la capacité des personnes souffrant de problèmes de santé mentale à s'insérer dans la vie professionnelle et à gagner des revenus, une première explication est avancée par Mullainathan et Shafir, mais elle pose néanmoins problème. Selon ces auteurs, quand on a trop peu de tout, on prend des décisions qui ne sont pas rationnelles, on prend des décisions sous l'influence du stress de manquer de tout et on ne conduit pas bien sa vie (Mullainathan & Shafir, 2013). Un extrait du livre *Scarcity* : « Des études montrent qu'il existe une corrélation entre la pauvreté et les comportements contre-productifs. Les personnes pauvres ont moins recours aux soins de santé préventifs, ne respectent pas les traitements médicamenteux, sont plus tardives et moins enclines à respecter les rendez-vous, sont des travailleurs moins productifs, des parents moins attentifs et de moins bons gestionnaires de leurs finances. Ces comportements sont inquiétants en soi, mais ils le sont d'autant plus qu'ils peuvent aggraver la pauvreté. Les préoccupations budgétaires urgentes

Figure 7 : Comparaison entre l'évolution du revenu des personnes souffrant de maladies mentales en Suède à un groupe de contrôle (Source : Hakulinen, et al., 2019, notre traduction)



laissent moins de ressources cognitives disponibles pour guider les choix et les actions » (Mullainathan & Shafir, 2013, notre traduction).

Selon Olivier De Schutter, les personnes en situation de pauvreté sont toutefois très rationnelles à bien des égards, par exemple en calculant au cent près leurs dépenses quotidiennes. Il y a cette hyper rationalité d'un côté, et puis d'un autre côté, des comportements qui ne sont pas toujours les plus raisonnables, à moyen et à long terme. Il faut se méfier de ces études et de l'idée qu'il faudrait décider en lieu et place de ces personnes plutôt que de reconnaître leur autonomie et leur autodétermination. En revanche, on peut les aider à faire de bons choix en les accompagnant et surtout en les rassurant quant à leur sécurité financière et économique. La première question qu'on peut se poser est donc la suivante : est-ce que le fait d'être en pauvreté, conduit à faire de mauvais choix, ce qui entraîne un cercle vicieux ?

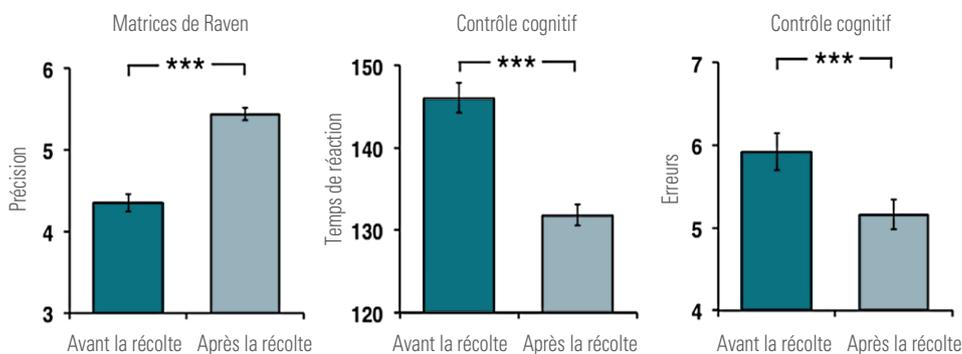
Dans une autre étude connue, Mani et al. ont suivi des producteurs de sucre de canne dans un État indien, avant et après la récolte. Ce qu'ils constatent, c'est qu'après la récolte, les agriculteurs réussissent mieux les tests de QI et les tests cognitifs, sont plus rapides à raisonner et font moins d'erreurs (voir Figure 8) (Mani, Mullainathan, Shafir, & Zhao, 2013). La conclusion serait donc qu'on décide

mieux après qu'avant la récolte. Cela conduit à dire que les personnes en situation de pauvreté ne sont pas bien placées pour faire les bons choix et c'est sans doute quelque chose qui doit nous alerter et qui explique en partie ce cercle vicieux : **la capacité à faire de bons choix est sans doute affectée par notre état mental.**

Selon Olivier De Schutter, quand on est en dépression, quand on vit dans l'anxiété du lendemain, on fait parfois des choix qui sont dictés par des considérations qui ne sont pas suffisamment réflexives et qui prennent insuffisamment en compte le long terme. Ce qu'on constate en effet, c'est **que les personnes en pauvreté n'osent pas prendre de risques** et préfèrent la décision qui est la moins risquée, même si elle est irrationnelle parce qu'il serait beaucoup plus opportun de courir un petit risque dans l'espoir de gains futurs plus élevés.

La **survalorisation de la stabilité** par rapport à la possibilité de gains à plus long terme explique également en partie le non-recours aux droits. Lorsqu'il faut traverser des obstacles administratifs, frapper aux portes des bureaucraties, réunir des documents pour avoir accès à certains avantages sociaux, à court terme, c'est un effort et on privilégie l'urgence. On a des préoccupations plus immédiates que d'aller rechercher telle allocation familiale ou telle prime pour favoriser l'accès au logement, on ne va pas affronter

Figure 8 : Producteurs de canne à sucre du Tamil Nadu, performance en matière de capacité à résoudre des problèmes logiques (Raven), de temps de réponse (RT) ou de taux d'erreur, avant et après la récolte (Source : Mullainathan & Shafir, 2013, notre traduction)



tous les obstacles que l'on rencontre dans la recherche d'un emploi, etc. On ne va pas recourir à ses droits parce qu'on privilégie le court terme sur le long terme, ce qui est une seconde raison pour laquelle la dépression et l'anxiété peuvent causer la pauvreté.

Quand on est déprimé ou anxieux, on peut être un-e travailleur-euse **moins productif-ve**, en partie parce qu'on subit une discrimination, qu'on est moins à l'aise dans les contextes sociaux et qu'on se sent stigmatisé, on est moins motivé à mettre de l'effort dans le travail et à déjouer ces stéréotypes négatifs dont on est victime, en partie aussi parce qu'on a moins de réseaux. Les personnes qui subissent une dépression, qui sont dans l'anxiété, ce sont des personnes généralement qui manquent de confiance en elles et qui n'ont pas autant de réseaux sur lesquels compter dans l'accès à l'emploi et la promotion professionnelle.

Par ailleurs, quand on a une dépression, une anxiété forte, on a des **dépenses en soins de santé** qui sont de nature aussi à renforcer la précarité économique. Voilà là les ingrédients qui expliquent ce cercle vicieux.

### 2.3. Conclusion

Le premier point de la conclusion de la présentation, c'est que quand on travaille sur la pauvreté, ce qu'Olivier De Schutter fait depuis quatre ans dans le cadre de son mandat aux Nations Unies, les solutions qui concernent le salaire minimum ou le salaire décent, les aides sociales, le renforcement de l'État-providence, la fiscalité juste, etc.,

sont envisagées en premier. Trop souvent, l'importance d'investir dans la prévention de troubles de santé mentale est sous-estimée. Selon Olivier De Schutter, le meilleur investissement qu'on puisse faire en termes de coût-bénéfice, c'est le **renforcement de la prévention des troubles mentaux** pour éviter que les personnes en difficulté économique subissent la dépression, l'anxiété qui peut créer ce cercle vicieux de renforcement de la pauvreté. L'investissement dans la santé mentale est d'un coût faible en comparaison aux gains en matière de réduction de la pauvreté. C'est la manière la plus efficace de lutter contre la pauvreté.

La deuxième conclusion, c'est que les personnes souffrant de dépression, d'anxiété, de psychose, de schizophrénie, de bipolarité sont des personnes qui subissent souvent la stigmatisation. C'est encore quelque chose de honteux et les gens n'osent pas dire qu'elles vont consulter et n'osent pas consulter. Il existe une nécessité d'aller vers une **déstigmatisation des troubles de santé mentale, sans laquelle les personnes ne seront pas encouragées à se faire traiter et leur isolement social ne va faire que se renforcer.**

Troisièmement, la mondialisation que l'on veut nous vendre comme source de progrès social et de croissance économique, l'introduction de nouvelles technologies dans le travail, la robotisation, l'intelligence artificielle, créent une **insécurité économique, une peur de perdre son emploi qui peut être de nature à fragiliser la santé mentale de celles et ceux que ces évolutions menacent.** La crise du pouvoir d'achat et les incertitudes amenées par une mondialisation mal maîtrisée et par de rapides évolutions technologiques créent donc des risques supplémentaires, auxquels il faut être attentif.

### 3. Piet Bracke : Inégalités sociales en matière de santé mentale

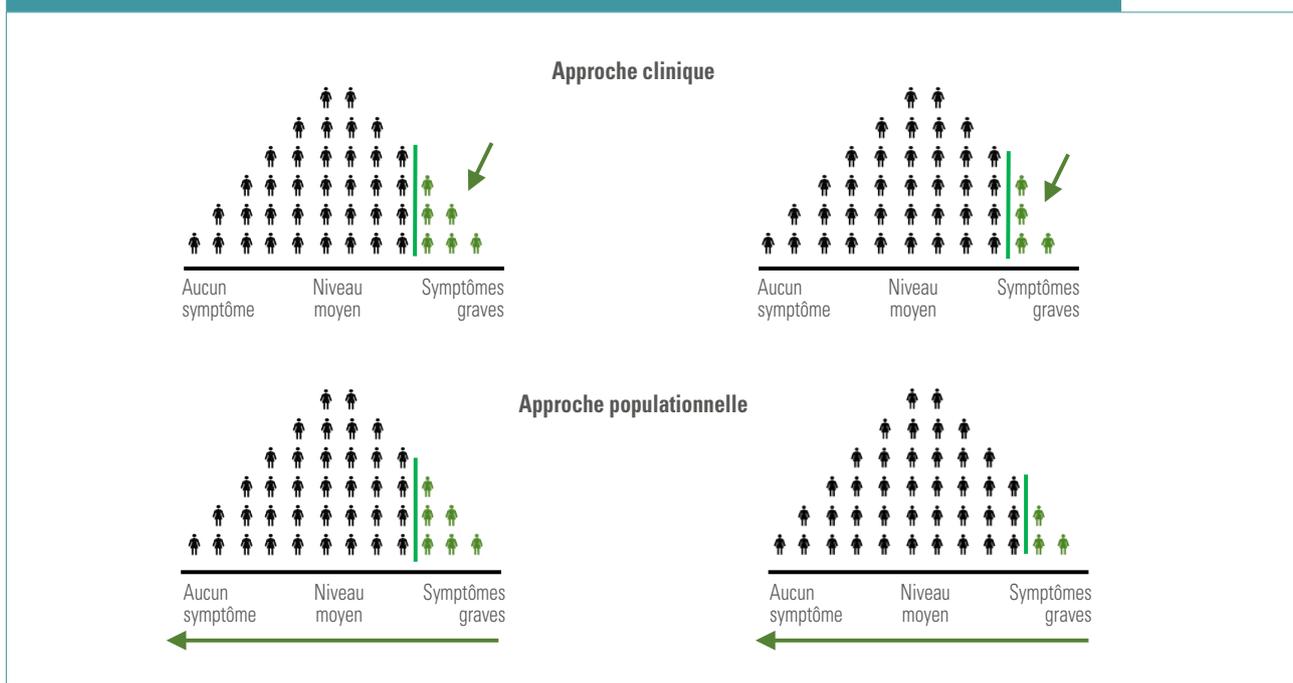
Dans sa présentation, le Prof. Dr. Piet Bracke souhaite poser les bases concernant la façon dont nous devons penser la *santé mentale en tant que problème de santé publique* (*public mental health*). Si nous voulons réduire les inégalités sociales et les problèmes de santé mentale, nous devons prendre davantage conscience des possibilités et des limites des interventions à différents niveaux, affirme-t-il. Les interventions préventives et curatives offrent toutes deux des avantages, mais présentent souvent des inconvénients. Pour procéder à une analyse pertinente, Bracke juxtapose plusieurs perspectives différentes.

#### 3.1. Une approche clinique versus une approche populationnelle de la santé publique

Selon Piet Bracke, on peut distinguer au premier abord deux approches possibles pour étudier la santé mentale, l'utilisation des soins de santé et les inégalités sociales dans le domaine de la santé publique. La première est l'**approche clinique** classique, qui se concentre sur les personnes présentant des symptômes graves, sur le groupe

à haut risque sanitaire défini par des critères cliniques (voir Figure 9). L'accent est mis ici sur les **interventions curatives** (à l'exclusion de la prévention tertiaire ou de la prévention de la détérioration d'un état de santé) qui, bien qu'elles puissent être efficaces, sont relativement peu pertinentes pour la santé publique globale et les inégalités en matière de santé. Elles ne contribuent pas non plus à réduire la taille totale du groupe cible des personnes souffrant de problèmes psychologiques, qu'ils soient graves ou plutôt légers. Une deuxième approche possible est **l'approche populationnelle**, qui examine la distribution des plaintes au sein de la population générale (voir Figure 9). Cela suppose une distribution normale, allant des personnes qui se sentent tout à fait bien à celles qui présentent des symptômes et problèmes psychologiques graves. Les sociologues qui étudient ce phénomène considèrent les symptômes psychologiques comme une façon normale de réagir aux certains événements et recherchent les déterminants sociaux de la santé et de sa distribution. Leurs **interventions** se concentrent **davantage sur** l'ensemble de la population et sur **une évolution de cette dernière vers une diminution du nombre de symptômes** (« *shifting the curve* »). Cette approche laisse également une **place à la réflexion en matière de prévention**. Une telle approche exerce un impact direct sur le groupe de personnes souffrant de symptômes graves, qui voit sa taille diminuer. Mais elle a en outre un impact très important sur les personnes présentant des symptômes plutôt légers. Ce dernier point

Figure 9 : Approche clinique versus approche populationnelle de la santé mentale (Source : Bracke, présentation à la journée d'étude de la MC, 2023)



constitue aussi directement l'une des faiblesses de l'approche populationnelle. Lorsque l'on se concentre sur l'amélioration générale de la santé mentale de la population, nombreuses sont les personnes qui n'en voient pas l'intérêt parce qu'elles se sentent déjà bien.

### 3.2. Les inégalités en matière de santé mentale, un phénomène de société

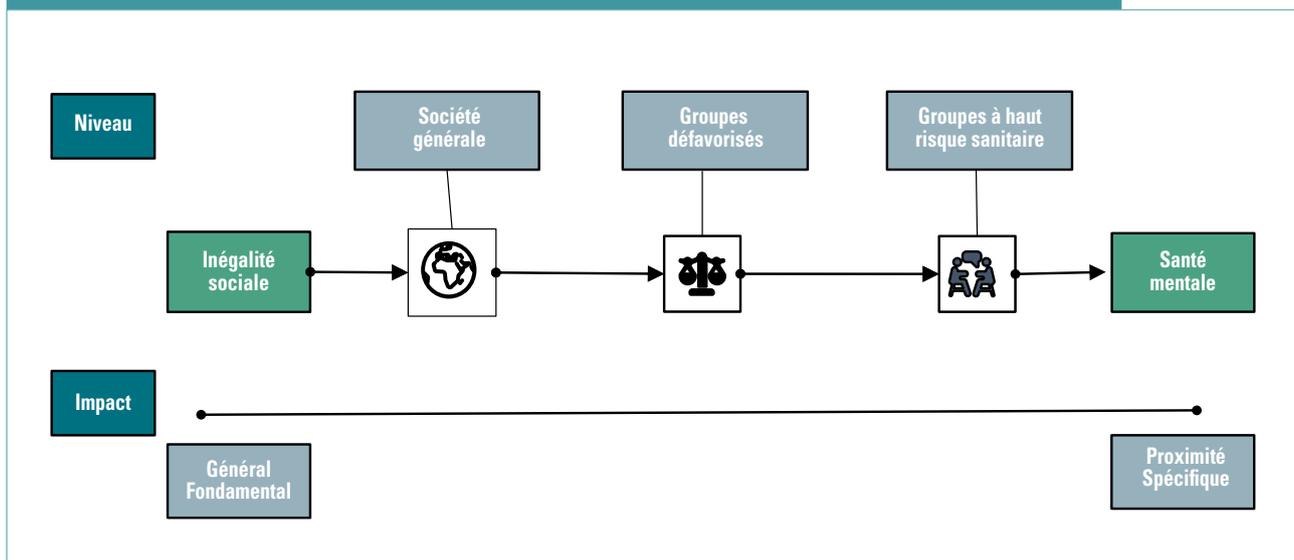
Pour l'exercice de réflexion concernant les facteurs sociétaux ayant un impact sur la santé mentale et les inégalités sociales en matière de santé mentale, Piet Bracke part du principe que les inégalités en matière de santé mentale sont un phénomène social et que les causes et les interventions doivent se situer au même niveau. Il distingue trois niveaux, chaque niveau ayant ses possibilités et ses limites : le niveau de la société en général, le niveau des groupes défavorisés et le niveau des groupes à haut risque pour la santé (voir Figure 10).

#### 3.2.1. Le niveau de la société en général

Le premier niveau porte sur la manière dont une société s'organise, sur les systèmes généraux de stratification et de l'État-providence, sur l'organisation sociale de l'économie ou de la parenté. La **stratification de genre** au sein de la société constitue un aspect très pertinent à cet égard. Le genre est un facteur important en matière de santé mentale. Pour certains, la différence en matière de santé mentale selon le sexe s'explique principalement par des facteurs biologiques, mais la recherche a démontré

que la différence entre les sexes n'est pas aussi prononcée partout. En effet, cette différence est également liée à la manière dont les **relations sociales sont générées**, c'est-à-dire au **degré d'inégalité ou d'équité de genre dans une société**. Une étude relative à la répartition des symptômes d'anxiété et de dépression au sein de différentes sociétés montre que les sociétés où l'inégalité de genre est importante présentent une différence marquée dans la prévalence des symptômes en fonction du sexe (Bracke, Delaruelle, Deruedde, & Van de Velde, 2020). En outre, les symptômes augmentent avec l'âge, tout comme l'écart entre les femmes et les hommes. En revanche, dans les sociétés où l'égalité de genre est élevée, comme en Norvège, il y a peu de différences de genre en matière de santé mentale, et le bien-être augmente avec l'âge. La différence entre les sexes en matière de dépression est donc fortement déterminée par les différences entre les hommes et les femmes dans les relations de pouvoir et de statut au sein des sociétés. La stratification de genre est un processus fondamental qui, en tant que phénomène social, a également un impact sur une série d'autres domaines indirectement liés au bien-être mental, tels que l'emploi précaire ou non, la santé reproductive, la mesure dans laquelle les personnes peuvent vivre la vie qu'elles souhaitent, etc. Il est important de noter que ces processus généraux sont **des processus fondamentaux difficiles à changer**, sur lesquels les personnes et les travailleur·ses sociaux ont très peu de contrôle et sur lesquels ils ont du mal à exercer une influence directe. Difficulté supplémentaire au niveau de la société dans son ensemble consiste dans le fait que la **plupart des actions entreprises ont pour effet de reproduire les inégalités** plutôt que d'y remédier.

Figure 10 : Trois niveaux de causes dans les inégalités en matière de santé mentale (Source : Bracke, présentation à la journée d'étude de la MC, 2023)



Cela a beaucoup à voir avec la manière dont on construit les interventions.

Toujours en ce qui concerne la différence genrée, on sait que les femmes présentent davantage de symptômes d'anxiété et de dépression. Or, l'écart entre les hommes et les femmes en matière de **recours à l'aide** n'est pas celui attendu. En effet, les femmes rencontrent un certain nombre d'obstacles qui les empêchent de rechercher une aide professionnelle. C'est également ce qui ressort des études portant sur les déterminants du comportement de recherche d'aide, dont les conclusions évoquent les raisons pour lesquelles les femmes sont parfois moins enclines à rechercher une aide professionnelle (Buffel, Van de Velde, & Bracke, 2014). Premièrement, les femmes subissent une tendance plus prononcée à vivre dans la pauvreté que les hommes, comme dans un ménage monoparental après un divorce, où les femmes et leurs enfants doivent vivre dans des conditions précaires. Deuxièmement, les femmes continuent d'assumer davantage que les hommes les responsabilités liées à la prise en charge de leurs enfants, de leurs pairs et de leurs parents. Cela les empêche parfois de prendre soin d'elles-mêmes et de rechercher une aide professionnelle.

Une autre étude met en évidence le phénomène de **stigmatisation des services**. On dit souvent que les hommes hésitent à consulter un professionnel de la santé parce que, lorsqu'ils ont des problèmes de santé mentale, ils sont plus enclins à se replier sur eux-mêmes et à se concentrer sur leur autonomisation. Cependant, les résultats de l'étude montrent que cette autonomisation n'est pas seulement attendue par les hommes à propos d'eux-mêmes, elle l'est également par les femmes qui les entourent (Pattyn, Verhaeghe, & Bracke, 2015). Ce stéréotype de genre est donc clairement un fait culturel qui empêche les hommes de chercher de l'aide à temps, ce qui signifie qu'ils souffrent déjà de symptômes très graves au moment où ils demandent de l'aide.

### 3.2.2. Le niveau des groupes défavorisés

Un deuxième niveau, celui des groupes défavorisés, concerne notamment les personnes en situation de pauvreté, les personnes peu qualifiées, les personnes issues de l'immigration, et surtout les personnes qui cumulent ces difficultés. Il s'agit également des quartiers dans lesquels ces groupes sont concentrés en raison des processus de ségrégation sociale. C'est le **niveau des causes des inégalités en matière de santé mentale** ainsi que le niveau **où des interventions peuvent être planifiées pour** y remédier.

Pour illustrer son propos, Piet Bracke se réfère à une étude relative à l'impact de la crise économique et des projets de rénovation des quartiers sur la santé mentale et à l'utilisation de médicaments psychotropes dans les régions espagnoles d'Andalousie (Zapata Moya & Navarro Yañez, 2021). Les analyses montrent clairement que la crise économique a eu un impact général sur la santé mentale et l'utilisation de psychotropes. Mais cet impact est beaucoup plus faible pour les ménages des quartiers ayant fait l'objet d'une rénovation urbaine que pour les ménages des quartiers n'en ayant pas fait l'objet (= groupe de contrôle). Par conséquent, miser sur la rénovation des quartiers constitue un déterminant très important en matière de santé mentale et, dans ce cas, d'utilisation de médicaments psychotropes.

Par ailleurs, d'autres recherches démontrent que même une intervention à ce niveau n'a qu'un très faible impact sur la santé publique en général et sur les inégalités globales en matière de santé mentale. En effet, il existe une multitude d'autres processus à des niveaux plus élevés qui peuvent partiellement annuler l'effet du niveau plus local. Nous pensons, par exemple, aux processus de distanciation des classes sociales dans notre société (processus de ségrégation des classes), la classe moyenne éduquée vivant dans les meilleurs quartiers, tandis que les classes à faibles revenus et peu qualifiées se déplacent vers les quartiers plus précaires. Ainsi, les interventions à ce niveau reproduisent en fait les inégalités en matière de santé. Les sociologues parlent dans ce cas de **ségrégation des classes comme une cause fondamentale de l'inégalité en matière de bien-être qui, de surcroît, continue à se reproduire**.

### 3.2.3. Le niveau des groupes à haut risque

Le dernier niveau est celui des groupes à haut risque, comprenant par exemple les personnes ayant des pensées suicidaires, des antécédents de troubles bipolaires, etc. Il s'agit du groupe principalement visé par la **psychiatrie résidentielle curative**. Si cette approche est perçue comme **efficace et pertinente**, tant par les professionnel·les que par les patient·es, le problème est qu'elle **n'a pas d'impact sur la santé publique**. En effet, aucune intervention purement clinique n'est connue pour améliorer la santé publique. Ces interventions **n'exercent pas** non plus **d'impact sur les inégalités en matière de santé mentale**. Au contraire, la manière dont certaines interventions sont organisées reproduit précisément cette inégalité. Il est possible d'intervenir de manière curative dans le domaine de la santé de la population. Cela revient à distribuer du sirop pour la toux lors d'une épidémie de grippe. Cela soulage la

toux d'un individu, mais n'a aucun impact sur le virus de la grippe qui sévit autour. La question qui se pose alors est bien sûr de savoir comment on peut exercer une influence sur la propagation du virus de la grippe. Le même exercice de réflexion devrait être fait pour la santé mentale : comment doit-on intervenir pour remédier aux inégalités en matière de santé mentale ?

À titre d'exemple, Piet Bracke se réfère à une étude basée sur les données des enquêtes santé de Sciensano concernant l'évolution de l'utilisation des médicaments psychotropes et du recours à la psychothérapie au sein de la population belge au cours des quinze dernières années (Colman, Delaruelle, & Bracke, 2023a ; Colman, Delaruelle, & Bracke, 2023b). Cette étude compare l'évolution de quatre groupes de personnes se déclarant dépressives : celles qui ont suivi uniquement un traitement pharmacologique, celles qui n'ont pas cherché ou reçu de traitement, celles qui ont seulement consulté un-e psychothérapeute ou un-e psychologue clinicien-ne et, enfin, celles qui ont à la fois pris des antidépresseurs et reçu un traitement psychothérapeutique. Ce dernier groupe, combinant médicaments et psychothérapie, est généralement considéré comme un modèle de traitement plus efficace. Les résultats montrent que les traitements purement médicamenteux font place, ces dernières années, aux traitements combinés psychothérapeutiques/médicamenteux. Mais les analyses par niveau d'éducation montrent que cette évolution vers une prestation de services plus efficace se produit principalement chez les personnes ayant un niveau de diplôme élevé (enseignement supérieur ou plus). Nous constatons donc que l'augmentation de l'offre en matière d'aide psychothérapeutique contribue à accroître l'écart d'accès à une aide efficace. Les théories sociologiques expliquent cela par la manière dont les soins sont organisés, tout en indiquant qu'il n'est pas nécessaire qu'il en soit ainsi.

### 3.3. Comment influencer sur la santé publique et sur les inégalités ?

Dans la dernière partie de sa présentation, Piet Bracke aborde les facteurs à prendre en compte pour organiser des interventions de manière qu'elles aient un impact sur la santé publique et les inégalités en matière de santé mentale. Il analyse également les facteurs qui contribuent à ce que la prestation de services reproduise l'inégalité. Il utilise, pour ce faire, trois dichotomies.

#### 3.3.1. Préventif et social *versus* curatif et clinique

Un premier facteur concerne la distinction entre le travail social préventif et le travail clinique curatif. **Tous les facteurs qui agissent sur les causes fondamentales de la santé mentale et des inégalités en la matière sont susceptibles de jouer un rôle important à cet égard et d'avoir ainsi un impact sur la santé publique et les inégalités en matière de santé mentale** (= approche préventive et sociale). Tous les facteurs qui nous éloignent du niveau de la population et nous amènent à concentrer les efforts purement curatifs sur les groupes considérés comme plus à risque ont très peu d'impact sur la santé publique et les inégalités en matière de santé mentale (= approche curative et clinique). Bien entendu, cela ne signifie pas que les interventions curatives destinées aux groupes à haut risque ne sont pas très pertinentes et utiles pour les personnes confrontées à ces problèmes. Dans ce contexte, cela signifie, par exemple, que les ressources utilisées pour rechercher de manière plus ciblée les facteurs de risque chez les personnes ayant des idées suicidaires pourraient être mieux utilisées pour la réorganisation de l'enseignement. Cette réorganisation pourrait faire en sorte que l'éducation reproduise les différences de classes sociales dans la société d'une génération à l'autre dans une bien moindre mesure qu'aujourd'hui.

#### 3.3.2. Complexe *versus* simple

Une deuxième distinction est faite entre complexe et simple. Des études ont montré que les **interventions complexes reproduisent les inégalités en matière de santé**, contrairement aux **interventions faciles à mettre en œuvre**. Cela s'applique non seulement au domaine de la santé mentale, mais aussi à tout ce qui relève des domaines de la santé, de la promotion de la santé et de la prévention sanitaire. Ainsi, traiter la dépression uniquement via le-la médecin généraliste et la prise de médicaments est un moyen très simple de traitement. Et une telle approche ne contribue pas à reproduire les inégalités. En revanche, suivre une thérapie familiale auprès d'un-e psychologue ou d'un-e sexologue spécialisé ayant son cabinet dans un hôpital en périphérie de la ville représente une intervention complexe qui contribue également à la reproduction de l'inégalité. Après tout, ces interventions complexes requièrent la motivation du-de la client-e. Faire appel à la motivation des client-es et à certaines compétences, c'est assurément attirer des personnes qui peuvent répondre à ces exigences, par exemple des personnes hautement qualifiées.

### 3.3.3. Structure versus agency

Enfin, on retrouve la dichotomie entre la structure et l'agence (*agency*), ou la différence entre l'action sur les conditions, d'une part, et sur la compétence et l'efficacité d'action des individus, d'autre part. Certaines interventions font appel à l'efficacité d'action des individus. Par exemple, si l'on veut agir sur l'activité physique des gens, les inciter à bouger davantage dans la ville, il est possible d'investir dans la construction d'un parc dans un quartier en particulier où il n'y a pas d'espace vert. On sait que le simple fait d'apporter de la verdure dans les quartiers incite les gens à pratiquer davantage d'activités physiques, à sortir plus souvent, ce qui a un effet très bénéfique sur leur qualité de vie et leur santé. En revanche, la construction d'une nouvelle piste cyclable qui permet aux gens d'utiliser davantage le vélo et donc d'améliorer leur condition physique accroît les inégalités. En effet, la piste cyclable en elle-même n'améliore pas la condition physique, car il faut l'utiliser en tant que cycliste.

Si nous étendons cela au domaine de la santé mentale, cela signifie qu'il faut **travailler au changement des conditions dans les quartiers**. Il convient donc de rechercher des soins de santé mentale primaires en collaboration avec les maisons médicales et d'assurer une présence dans les quartiers. Cela permettra de réduire l'écart entre les groupes vulnérables défavorisés dans les quartiers précaires et les prestataires de services.

## 3.4. Conclusion

En guise de conclusion, Piet Bracke a rappelé qu'une grande partie de ce qui est fait, ou surtout a été fait dans le cadre des soins de santé mentale n'est pas pertinente pour la santé publique et contribue à reproduire les inégalités sociales en matière de santé mentale. Mais tout ceci correspond, heureusement, de moins en moins à la réalité, et les évolutions récentes pourraient bien réussir à inverser la tendance.

## 4. Eva Kestens : Écoutons la sagesse des enfants

Dans sa présentation, le Dr. Eva Kestens, psychiatre pour enfants et adolescents, et membre de l'ASBL KIEM<sup>3</sup>, explique ce dont les enfants et les adolescent-es ont besoin pour se développer pleinement. Pour sa conférence, elle s'appuie en partie sur un certain nombre de déclarations d'enfants et de jeunes tirées d'un rapport de l'Unicef<sup>4</sup> et de la vidéo qui l'accompagne. Elle préconise d'écouter davantage les enfants et les jeunes, qui sont souvent bien plus sages qu'on ne le pense. Kestens examine les causes et facteurs protecteurs de la psychopathologie chez les enfants et les adolescent-es, puis nous emmène à travers l'histoire de leur cerveau en développement. Car, si nous voulons mieux comprendre et protéger la santé mentale des enfants et des adolescent-es, il est essentiel de les aborder comme un groupe doté de son propre contexte, avec ses propres besoins et expériences.

### 4.1. Psychopathologie chez l'enfant et l'adolescent-e

Mais que savons-nous de la **psychopathologie chez les enfants** ? Dans la plupart des études, nous observons une courbe de Gauss lorsqu'il s'agit de la distribution de la vulnérabilité mentale et du nombre d'enfants qui présentent une vulnérabilité mentale particulière. Cela signifie donc qu'il existe une répartition normale sur la population étudiée.

Si l'on examine les causes de ces vulnérabilités, on constate que les facteurs génétiques jouent un rôle (par exemple, des parents présentant une vulnérabilité mentale), de même que le tempérament d'une personne. Mais de nombreux **facteurs environnementaux influent** également sur **la probabilité de développer des problèmes psychologiques plus tard dans la vie**. Parmi ces facteurs environnementaux, les principaux sens négatifs sont : les **événements négatifs de la vie et le stress chronique**. Lors de la pandémie de COVID-19, il a été constaté que de nombreuses familles subissaient un stress important, ce qui a également affecté leur bien-être.

3 L'équipe Kiem a pour objectif d'inspirer la société et les soignants en partageant des idées et des expériences sur le traumatisme et le rétablissement des enfants et des adolescents.

4 Le rapport de l'Unicef est disponible sur : unicef.be.

Pour ce qui est de la résilience (qui peut être protectrice), le facteur génétique et le tempérament d'une personne sont déterminants. Mais là encore, les facteurs environnementaux jouent un rôle important. Dans quel type de foyer êtes-vous né ? Quel est le niveau de soutien dans votre environnement ? Il s'agit principalement des parents, mais aussi des personnes qui les entourent, du réseau auquel les personnes peuvent faire appel. La période de pandémie de COVID-19 a montré très clairement que, dans notre société, il existe de grandes différences entre les enfants, et que tous les enfants ne grandissent pas dans une famille qui peut s'appuyer sur un vaste réseau. Cela signifie également que nombreux ont été les enfants durant cette période à ne pas pouvoir compter sur des facteurs environnementaux protecteurs.

## 4.2. Recherche sur les expériences traumatiques précoces

Dans sa présentation, Kestens accorde beaucoup d'attention à l'impact des expériences traumatiques précoces, peut-être mieux connues sous le nom d'**Adverse childhood experiences (ACE's)**. Lorsque les enfants vivent une telle expérience ou sont exposés à un stress chronique, le risque de problèmes psychologiques augmente.

La **célèbre étude ACE** de Felitti (Felitti, 1998) a interrogé des adultes sur leur **exposition à certaines situations** durant l'enfance, telles que les violences physiques et verbales, la négligence émotionnelle, le fait de vivre avec un parent souffrant de problèmes de santé mentale, d'avoir un membre de la famille souffrant d'un problème d'alcool ou de drogue ou d'être séparé de ses parents. Concernant la première étude ACE, datant d'il y a plus de vingt ans et menée dans le contexte sociétal de l'époque, il est important de signaler qu'elle concernait principalement une classe moyenne blanche, des Américains « blancs ». Entre-temps, nous savons en effet que les brimades persistantes, le racisme et la discrimination sont des sources majeures de stress et devraient donc être considérés comme des expériences traumatiques précoces. Les personnes ayant une couleur de peau différente ou souffrant d'un handicap sont plus susceptibles d'en faire l'expérience, ce qui accroît leur risque de problèmes psychologiques.

L'étude ACE a également montré que le fait d'avoir vécu une ou plusieurs expériences traumatisantes précoces (exprimées par un score ACE) **augmente non seulement le risque de problèmes mentaux, mais aussi de symptômes physiques**, tels que les troubles auto-immuns, les mala-

dies cardiovasculaires et même le cancer. Pourtant, dans la pratique, ces expériences ne sont pas toujours reconnues à leur juste valeur ou traitées avec toute l'attention requise. Au cours de la période de pandémie de COVID-19, nous avons constaté une prévalence plus élevée de la violence domestique et des abus sexuels, et le réseau sur lequel s'appuyer était plus restreint. Le risque d'expériences traumatiques précoces a donc augmenté pour la plupart des enfants et adolescent-es.

L'étude de Felitti ne s'est pas contentée de vérifier si une personne avait vécu l'une de ces expériences, elle a également cherché à savoir de combien de relations de soutien cette personne avait bénéficié (Felitti, 1998). L'étude nous apprend que le nombre de **relations de soutien** qu'une personne entretient constitue **une protection importante contre les effets de ces expériences négatives précoces**. Malheureusement, l'inverse est également vrai. Le fait de grandir seul, sans réseau de soutien, augmente le risque d'expériences comorbides, même si l'enfant n'a pas vécu d'expérience traumatisante. Le **message clé** est donc de **bien entourer les enfants, mais aussi leurs parents, car si les parents sont bien entourés, les enfants le sont également**.

Il est important de comprendre que ces événements **ont des effets à différents niveaux** : au niveau biologique, au niveau du genre, sur la façon dont le cerveau se développe, sur les structures cérébrales qui se construisent, sur notre régulation au stress, etc. Les problèmes émotionnels et comportementaux que nous observons ne sont qu'une infime partie des effets possibles. **Nous parlons ici de santé, et pour le Dr. Kestens, il s'agit aussi bien de la santé mentale que de la santé physique. Elle espère que cette distinction est vouée à disparaître.**

Malheureusement, il existe peu de chiffres sur la prévalence de ces expériences chez les enfants et les adolescent-es. En Belgique, nous collectons très peu des données chiffrées sur ce sujet. Combien d'enfants ont vécu ce genre d'expérience ? Le Dr Kestens se réfère à un article du *Lancet* et à un tableau montrant la proportion d'enfants ayant subi un, deux ou plus de deux ACE (Hughes, et al., 2021). Au vu des chiffres présentés dans ce tableau, il semble que la situation ne soit pas trop mauvaise en Belgique. Plus de 70% n'ont rien vécu, 23,4% ont vécu un ACE, et seulement 6 ou 8% en ont vécu deux ou plus. Néanmoins, il est plus réaliste de dire que **30% des personnes ont subi deux ou plusieurs ACE**. Cette estimation se base sur des chiffres émanant de pays plus à même de suivre des statistiques.

### 4.3. Gardez à l'esprit le fait que le cerveau des enfants est en cours de développement

Parmi les témoignages recueillis pour le projet *What do you think ?* de l'UNICEF, on entend les enfants qui disent qu'il y a une différence entre un jeune de 12 ans et un jeune de 17 ans. Ils rappellent à juste titre que les enfants ne sont pas de petits adultes<sup>5</sup>. Si l'on se réfère à la pandémie de COVID-19, on constate que ce sont les adultes qui ont été écoutés en premier lieu et que le postulat de départ était : ce qui est bon pour les adultes l'est aussi pour les enfants. Le Dr Kestens trouve cela étrange. En effet, le cerveau de l'enfant et de l'adolescent-e est encore en développement, contrairement au cerveau de l'adulte qui est complètement formé. Ce n'est que vers l'âge de 25 ans que le cerveau est pleinement développé.

**Un cerveau en développement a beaucoup de choses à apprendre.** C'est aussi la raison pour laquelle certains développements se produisent à un moment donné : apprendre à parler, apprendre à marcher, entrer à l'école primaire à 6 ans. La période **de 0 à 3 ans** est une période d'apprentissage gigantesque, **il n'y a aucun autre moment de notre vie où nous apprenons autant.** Et même par la suite, les enfants continuent à apprendre plus que ce que nous apprenons en tant qu'adultes. L'accent a été mis sur l'apprentissage cognitif lors des fermetures d'écoles pendant la période COVID-19, mais l'apprentissage ne se limite pas uniquement à l'apprentissage cognitif. Il s'agit également de la manière dont nous gérons nos émotions (pouvons-nous contrôler nos émotions, comment puis-je comprendre ce que je ressens ?) et de l'apprentissage de compétences sociales. Autant de choses que les enfants et les jeunes doivent encore apprendre et qui ont été mises en *attente*.

**Les enfants ne peuvent donc pas être considérés comme de petits adultes. Nous devons par conséquent donner aux enfants ce dont ils ont besoin, au bon moment.** Il est important d'en tenir compte, notamment quand il s'agit de fournir une aide en temps utile. **Car lorsque nous ne le faisons pas, nous leur portons préjudice.** Cependant, lors de la pandémie de COVID-19, les problèmes signalés par les enfants et les adolescent-es ont été très peu pris en compte. Cela pourrait difficilement être pire, voilà ce que les enfants et jeunes ont entendu. Il s'agit toutefois d'un raisonnement erroné. En effet, leur cerveau étant encore en développement, la situation durant la pandémie

de COVID-19 a été beaucoup plus difficile pour les jeunes que pour les adultes.

### 4.4. N'attendez pas pour aider les enfants

Faire attendre longtemps les enfants et les adolescent-es pour obtenir une aide psychologique n'est pas une bonne chose, dans la mesure où le développement de leur cerveau n'est pas encore terminé. Nous laissons passer des moments importants, car c'est au moment de demander de l'aide qu'ils ont certains besoins. Les faire attendre pour obtenir de l'aide, comme c'est souvent le cas aujourd'hui malheureusement, est injuste.

**Ne pas les aider ou ne pas les aider à temps est très risqué, tant sur le plan humain que sur celui de leur développement.** Comme dit précédemment, les enfants apprennent beaucoup en peu de temps et leur cerveau est en constante évolution. Si aucune aide ne leur est apportée, cela signifie que ce processus est interrompu et qu'il en résulte un **retard**. En effet, après une longue attente, les enfants ne peuvent pas non plus renouer avec leurs anciens camarades de classe et reprendre facilement là où ils s'étaient arrêtés. Ils prennent donc du retard, non seulement à l'école, mais aussi dans leurs interactions avec leurs amis. Le Dr Kestens souligne qu'elle n'est absolument pas favorable à l'idée de faire attendre les adultes pour obtenir de l'aide, mais que les conséquences pour les enfants sont bien plus importantes, en raison du développement de leur cerveau. **L'impact est beaucoup plus important pour les enfants et nous devons également rattraper notre retard, le coût est donc double.**

Pour éviter les problèmes, il est important de s'engager en matière de **prévention**. La prévention primaire consiste à identifier les facteurs de risque, notamment les aspects sociaux, la pauvreté, le logement, les brimades, et à essayer de les éviter ou de les résoudre. Mais nous devons également veiller à ce que **les parents puissent consacrer du temps à leurs enfants. En effet, le fait d'être bien entouré a un effet protecteur important.** La prévention secondaire implique une détection précoce, mais aussi la mise en place d'un traitement à temps en cas d'identification d'un problème. La prévention tertiaire signifie que si nous identifions un problème, nous nous engageons pour un traitement de qualité et faisons le nécessaire pour éviter la rechute.

5 Vous pouvez visionner la vidéo à l'adresse suivante : « Écoutez-nous pour pouvoir nous aider » | UNICEF BELGIUM - YouTube <https://www.youtube.com/watch?v=6GA0e7KMKgU>

#### 4.5. Laissez les enfants jouer, entourés par la nature et les animaux

Les enfants du film de l'Unicef qui séjournent en psychiatrie ont demandé un plus grand terrain de football et des animaux. Cela peut paraître anodin, mais là encore, les enfants ont raison. Les enfants **se développent également en jouant**, non pas sur une *console de jeux* ou un ordinateur, mais en jouant dehors, au contact de la nature. Ils exercent ainsi leur motricité fine et globale, développent leur concentration et leurs compétences interpersonnelles. Tout cela contribue à renforcer la résilience. Nous devons donc veiller à ce que la **nature soit suffisamment présente** pour que les enfants puissent y jouer. Même pendant la pandémie, nous avons constaté que de nombreuses personnes sont allées au contact de la nature et en ont profité pour se détendre. Pour les enfants aussi, la nature est un lieu où ils peuvent apprendre et se détendre, retrouver le calme dans leur cerveau et ainsi développer leur résilience. Un cerveau au calme est également nécessaire à l'apprentissage. Après la pandémie, l'accent a été mis sur les difficultés d'apprentissage des enfants, même si elles étaient inhérentes à l'impossibilité de se rendre à l'école et qu'il n'y avait donc rien de surprenant à cela. Cette orientation a eu pour effet d'accroître la pression et de pénaliser les enfants pour les déficits d'apprentissage qu'ils ont subis. **Nous aurions peut-être dû nous poser la question suivante : comment aurions-nous pu faire en sorte qu'ils fréquentent suffisamment l'école ?** Et comment s'assurer que les enfants aient un cerveau au calme, ce qui est nécessaire à l'apprentissage ?

La nature et le jeu ont certes un effet bénéfique sur les enfants, mais c'est aussi le cas des **animaux**. Au contact des animaux, les enfants trouvent **soutien et paix**, et ils leur offrent des possibilités d'apprentissage relationnel. **La nature peut être un facteur qui contribue à leur bien-être mental.**

#### 4.6. Impliquez les parents et la famille de l'enfant

En disant « *so goes the child, so goes the family* », le Dr. Kestens veut dire que « qui dit enfant dit parent ». Ainsi, vous ne pouvez pas aider un enfant si vous n'aidez pas également ses parents. C'est pourquoi il est essentiel de **soutenir les parents**. Si les parents ont un niveau de stress élevé, ou s'ils ont eux-mêmes vécu des expériences trau-

matissantes qui définissent leur rôle de parent, nous devrions également pouvoir les aider.

Pour les enfants, un réseau plus étendu peut se traduire par un plus grand nombre de figures de soutien, ce qui peut avoir un impact positif et protecteur. Les enfants ont besoin de leurs parents et d'autres figures de soutien. Il est important que les enseignant·es perçoivent également les besoins des enfants ; ils peuvent aussi être des figures de soutien, tout comme un membre d'un mouvement de jeunesse ou d'un club sportif. Ces contacts sociaux ont, comme nous l'avons déjà mentionné, un effet protecteur. Voilà un aspect sur lequel nous devons absolument miser.

#### 4.7. Prenez les problèmes des enfants au sérieux

Un rapport de l'Unicef datant de 2021 montre que le **suicide** en Europe occidentale est la **deuxième cause de décès** chez les garçons et les filles âgés de 16 à 19 ans (UNICEF, 2021). Les décès dus aux accidents de la route arrivent en tête. Viennent ensuite les problèmes physiques, les affections dues à la consommation de drogues et la leucémie, respectivement en quatrième et cinquième position.

Eva Kestens a demandé de prendre le temps d'analyser ces chiffres. Le suicide est la deuxième cause de décès. Au regard des chiffres, et après les avoir intégrés, elle pose ensuite la question suivante : **pouvons-nous expliquer le fait que nous n'aidions pas ces jeunes immédiatement lorsqu'ils se présentent aux urgences et que nous soyons régulièrement obligés de les renvoyer chez eux parce qu'il n'y a pas de place, et de leur demander d'attendre jusqu'à ce qu'une place se libère ?** Si nous faisons cela à un enfant atteint d'un cancer (qui est une cause mineure de décès), nous serions poursuivis en justice, mais notre société détourne le regard lorsqu'il s'agit de suicide et de problèmes mentaux.

#### 4.8. L'absence de traitement coûte plus cher que la prévention

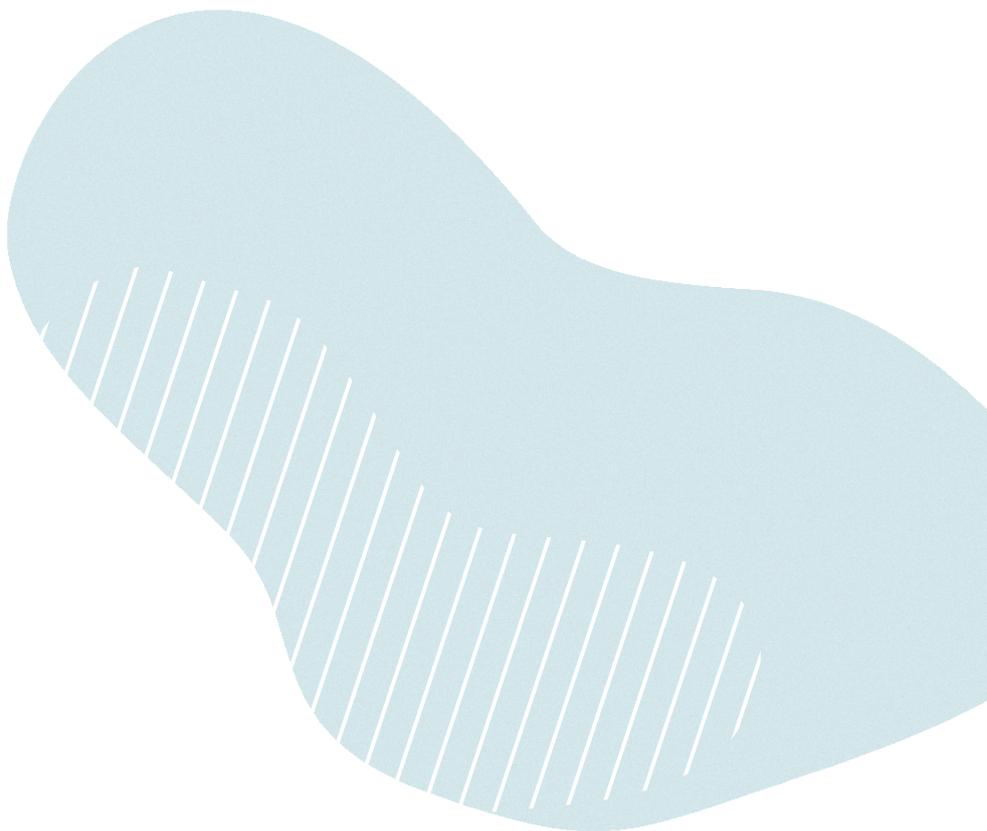
Le **coût** des soins de santé résultant des **expériences traumatiques précoces** est estimé à 580 milliards de dollars en Europe. Réduire de 10% le nombre d'enfants qui vivent de telles expériences, ce qui est peu, permettrait de gagner 3

millions d'années de vie en bonne santé et d'économiser 105 milliards de dollars (UNICEF, 2021).

Ces chiffres indiquent clairement qu'investir pour les enfants et leurs parents, pour leur soutien, peut générer d'énormes avantages en matière de santé, et ainsi réduire la pression sur le système de santé à l'avenir. Ceci serait bénéfique non seulement d'un point de vue humain, mais aussi d'un point de vue économique.

#### 4.9. Conclusion

Dans sa présentation, le Dr. Kestens appelle les décideur-ses politiques à écouter les enfants. Elle recommande également de **traiter plus rapidement les** enfants souffrant de problèmes psychologiques et de prendre leurs problèmes au sérieux. **Retarder** cette aide ne fait qu'augmenter les coûts et a des **conséquences négatives sur le développement des enfants**. En termes de prévention, il est important de **bien entourer les parents**, mais aussi d'offrir aux enfants suffisamment de possibilités de jeu et de développement allant au-delà du simple aspect cognitif. Il est clair que la **nature** et les **animaux de compagnie** ont un rôle à jouer à cet égard.



## Bibliographie

- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Inégaux face à la santé. *Santé et Société*, 4, 6-31.
- Barbalat, G., & Franck, N. (2020). Ecological study of the association between mental illness with human development, income inequalities and unemployment across OECD countries. *BMJ open*.
- Bracke, P., Delaruelle, K., Deruedde, R., & Van de Velde, S. (2020). Depression in woman and men, cumulative disadvantage and gender inequality in 29 European countries. *Social Science & Medecine*, 267, 113354.
- Buffel, V., Van de Velde, S., & Bracke, P. (2014). Professional care seeking for mental health problems among men and women in Europe: the role of socioeconomic, family-related and mental health status factors in explaining gender differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 1641-1653.
- Case, A., & Deaton, A. (2020). *Deaths of Despair and the Future of Capitalism*. Princeton : Princeton University Press.
- Colman, L., Delaruelle, K., & Bracke, P. (2023a). *The socialization power of education: approaching the social gradient in treatment for self-reported depression in Belgium between 2004 and 2008. Working paper*. Gent : UGent.
- Colman, L., Delaruelle, K., & Bracke, P. (2023b). The stratified medicalisation of mental health symptoms: educational inequalities in the use of psychotropic medication in Belgium. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 58, 833-842.
- Felitti, V. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 4, 245-258.
- Finkelstein, A., Taubman, S., Wright, B., Bernstein, M., Gruber, J., Newhouse, J. P., . . . Baicker, K. (2012). The Oregon health insurance experiment: Evidence from the first year. *The Quarterly Journal of Economics*, 127(3), 1057-1106.
- Hakulinen, C., Elovainio, M., Arffman, M., Lumme, S., Pirkola, S., Keskimäki, I., . . . Böckerman, P. (2019). Mental disorders and long-term labour market outcomes: nationwide cohort study of 2 055 720 individuals. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 140(4), 371-381.
- Hoff, K., & Pandey, P. (2004). WorldBankPolicyResearch.
- Hughes, K., Ford, K., Bellis, M. A., Glendinning, F., Harrison, E., & Passmore, J. (2021). Health and financial costs of adverse childhood experiences in 28 European countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public health*, 6(11), e848 - e857.
- Kuhn, A., Lalive, R., & Zweimüller, J. (2009). The public health costs of job loss. *Journal of Health Economics*, 28(6), 1099-1115.
- Layte, R., & Whelan, C. (2014). Who feels inferior ? A test of the status anxiety hypothesis of social inequalities in health. *European Sociological Review*, 30, 525-535.
- Lindqvist, E., Ostling, R., & Cesarini, D. (2018). Long-Run Effects of Lottery Wealth on Psychological Well-Being. *NBER Working Paper No. w24667*.
- Lund, C., Breen, A., Flisher, A. J., Kakuma, R., Corrigall, J., Joska, J. A., . . . Patel, V. (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 71(3), 517-528.
- Mani, A., Mullainathan, S., Shafir, E., & Zhao, J. (2013). Poverty Impedes Cognitive Function. *Science*, 341(6149), 976-980.
- Milanovic, B. (2016). *Global Inequality: A New Approach for the Age of Globalization*. Cambridge : Harvard University Press.
- Mullainathan, S., & Shafir, E. (2013). *Scarcity: Why Having Too Little Means So Much*. New York : Henry Holt and Company.
- Pattyn, E., Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2015). The gender gap in mental health service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(7), 1089-1095.
- Pickett, K., & Wilkinson, R. (2010). Inequality: An underacknowledged source of mental illness and distress. *The British Journal of Psychiatry*, 197(6), 426-428.
- Pierce, J. R., & Schott, P. K. (2020). Trade Liberalization and Mortality: Evidence from US Counties. *American Economic Review: Insights*, 2(1), 47-64.
- Piketty, T. (2019). « La fiscalité est le prolongement concret des idéologies ». *Richard Werly [entretien avec Thomas Piketty], Le temps*, n° 6515.
- Sareen, J., Afifi, T. O., McMillan, K. A., & Asmundson, G. J. (2011). Relationship Between Household Income and Mental Disorders: Findings From a Population-Based Longitudinal Study. *Archives Of General Psychiatry*, 68(4), 419-427.
- Schor, J. (1997). *A structural critique of Consumption : Inequality, Globalization and the Aspirational Gap*. Harvard University. Récupéré sur [schor-juliet-inequalitypdf.pdf](http://schor-juliet-inequalitypdf.pdf) (undp.org)
- Schor, J. (2004). *Born to Buy: The Commercialized Child and the New Consumer Culture*. New York, London, Toronto, Sydney: Scribner.
- UNICEF. (2021). *The State of the World's Children 2021, On My Mind – Promoting, protecting and caring for children*. New York: UNICEF.
- Veblen, T. (2007). *The Theory of the Leisure Class*. Oxford : Oxford University Press.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2009). *The Spirit Level. Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. London : Allen Lane.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2013). *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous*. Paris : Les petits matins.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2020). *Pour vivre heureux, vivons égaux*. Paris : Les liens qui libèrent.
- Zapata Moya, Á., & Navarro Yañez, C. (2021). Urban regeneration policies and mental health in a context of economic crisis in Andalusia (Spain). *Journal of Housing and Built Environment*, 36(2), 393-405.