



Assemblée générale

Distr. générale
16 juillet 2024
Français
Original : anglais

Soixante-dix-neuvième session

Point 71 b) de l'ordre du jour provisoire*

Promotion et protection des droits humains : questions relatives aux droits humains, y compris les divers moyens de mieux assurer l'exercice effectif des droits humains et des libertés fondamentales

Extrême pauvreté et droits humains

Note du Secrétaire général

Le Secrétaire général a l'honneur de transmettre à l'Assemblée générale le rapport du Rapporteur spécial sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté, Olivier De Schutter, conformément à la résolution [44/13](#) du Conseil des droits de l'homme.

* [A/79/150](#).



Rapport du Rapporteur spécial sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté, Olivier De Schutter

L'économie du burnout : pauvreté et santé mentale

Résumé

Dans le présent rapport, le Rapporteur spécial sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté, Olivier De Schutter, recense les circonstances qui exposent les personnes en situation de pauvreté à un risque accru de troubles mentaux et examine comment, malgré l'extraordinaire résilience dont font preuve nombre de ces personnes, les problèmes de santé mentale peuvent perpétuer la pauvreté. Il invite les États à passer d'une approche biomédicale, selon laquelle ces problèmes sont traités du point de vue de l'individu affecté, à une approche axée sur les déterminants sociaux. Pour lutter contre la vague mondiale de dépression et d'anxiété, davantage d'efforts doivent être déployés pour combattre la pauvreté et l'inégalité, ainsi que pour remédier à l'insécurité économique.

Outre le fait d'accroître l'investissement dans les soins de santé mentale, le Rapporteur spécial explique qu'il faut s'atteler en priorité à prévenir les risques psychosociaux causés par la précarisation de l'emploi, à renforcer la protection sociale, grâce à la mise en place d'un revenu minimum universel, à déstigmatiser les problèmes de santé mentale, et à faciliter l'accès aux espaces verts, à des fins de reconnexion avec la nature. Les cercles vicieux reliant pauvreté et problèmes de santé mentale sont le prix à payer pour l'accent que notre société, obsédée par l'augmentation de la production économique totale, met actuellement sur le renforcement de la concurrence et de la performance ; il est cependant possible de sortir de ces engrenages, à condition d'accorder une plus grande place au bien-être qu'à la quête sans fin de croissance économique.

I. Introduction

1. Dans le dernier rapport qu'il a présenté au Conseil des droits de l'homme, le Rapporteur spécial sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté a appelé à rechercher de nouveaux moyens de lutter contre la pauvreté, qui ne seraient plus autant axés sur l'augmentation de la production économique, mesurée par le produit intérieur brut (PIB). Il a fait remarquer que cette quête obsessionnelle de l'augmentation du PIB – qu'il a qualifiée de « croissancisme » – pouvait devenir contre-productive. Une fois un certain point atteint dans le processus de développement, ou lorsque la croissance économique est extractive et s'appuie sur l'exploitation, les effets négatifs l'emportent sur le positif : à mesure que les sociétés s'enrichissent, les pressions environnementales s'accroissent et les modes de consommation évoluent, ce qui entraîne de nouvelles formes d'exclusion sociale et d'inégalités (A/HRC/56/61).

2. L'une des raisons pour lesquelles la croissance peut devenir « antiéconomique » est que l'accent mis sur l'augmentation de la consommation matérielle et sur la concurrence menace la santé mentale¹. Dans le présent rapport, le Rapporteur spécial s'intéresse en détail aux cercles vicieux qui unissent pauvreté et problèmes de santé mentale. La pauvreté est source de problèmes de santé mentale ; or ces derniers entraînent eux-mêmes des difficultés à sortir de l'indigence. Afin de comprendre comment ces cycles peuvent être brisés, nous devons cerner leur fonctionnement.

3. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé mentale comme « un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté »². Elle rappelle en outre que la santé mentale est « un droit fondamental de tout être humain » et un « aspect essentiel du développement personnel, communautaire et socioéconomique »³. Aujourd'hui, cependant, 970 millions de personnes dans le monde (11 % de la population mondiale) souffrent d'un problème de santé mentale⁴, plus de 280 millions de personnes dans le monde souffrent de dépression et 301 millions de personnes sont sujettes à des troubles d'anxiété⁵. Chaque année, 700 000 personnes se suicident, ce fléau représentant ainsi la quatrième cause de décès chez les jeunes de 15 à 29 ans⁶. La prévalence de la dépression et de l'anxiété a par ailleurs augmenté de 25 % au cours de la première année de la pandémie de COVID-19, en raison d'un isolement social accru et de craintes économiques⁷. Les changements climatiques et les perturbations qu'ils entraînent, ainsi que la perte de biodiversité et la pollution sont d'autres facteurs susceptibles d'aggraver les problèmes de santé mentale⁸.

4. L'augmentation des problèmes de santé mentale a d'énormes retombées, tant pour les individus que pour les sociétés dans leur ensemble. Au niveau mondial, les troubles de la santé mentale entraînent des pertes de l'ordre de mille milliards de dollars par an, la dépression étant le principal facteur de mauvaise santé et d'invalidité. Les

retours sur investissement dans le traitement de la dépression et de l'anxiété seraient donc considérables⁹. Dans les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), entre un tiers et la moitié des nouvelles demandes de prestations d'invalidité sont motivées par des problèmes de santé mentale ; chez les jeunes adultes, cette proportion est estimée à plus de 70 %¹⁰.

5. Résultat des courses, les médicaments psychiatriques sont de plus en plus fréquemment prescrits, comme si le problème tenait uniquement à des déséquilibres chimiques dans le cerveau et était inhérent à un individu donné. Pouvant être utilisée pour rejeter sur autrui ses responsabilités, cette approche biomédicale, qui sert les intérêts des sociétés pharmaceutiques, détourne l'attention de solutions plus systémiques¹¹. Imputée à un dysfonctionnement de neurotransmetteurs tels que la sérotonine et la dopamine, la pandémie de santé mentale est en réalité plutôt due à d'intenses pressions en faveur d'une productivité accrue et à une volonté de posséder toujours plus¹².

II. Santé mentale et prise de décision face au manque

6. Le présent rapport traitant des liens entre la pauvreté et la santé mentale, l'accent n'y est pas autant mis sur le problème, distinct mais connexe, des difficultés auxquelles peuvent avoir à faire face les personnes en situation de pauvreté pour prendre des décisions.

7. Les personnes qui font face à l'une ou l'autre pénurie se trouvent dans une situation paradoxale¹³. D'une part, le manque de ressources les pousse à se concentrer sur ce dont elles ont le plus besoin pour satisfaire leurs besoins : elles font par exemple davantage attention aux prix et recherchent des moyens de réduire leurs dépenses évitables, tout en s'efforçant de faire des choix plus cohérents pour payer moins. Elles sont, en ce sens, « hyperrationnels » et douées pour comparer leurs options. Toutefois, ce manque peut d'autre part entraîner une lourde « charge mentale » et entraver la prise de décisions les plus opportunes, résultant parfois en une tendance à négliger un plus large éventail d'options, à trop se concentrer sur le court terme ou à faire preuve d'une aversion excessive pour le risque, une situation d'où peuvent découler des décisions différentes de celles que prendraient des personnes plus privilégiées.

8. Au sens strict, les effets du manque sur la largeur de bande cognitive et sur la capacité à faire des choix pleinement raisonnés, sans négliger outre mesure les retombées à long terme, sont distincts de ceux de la pauvreté sur la santé mentale. Ce que disent les auteurs ayant étudié la prise de décision en situation de pénurie n'est

⁹ Voir www.who.int/observatories/global-observatory-on-health-research-and-development/analyses-and-syntheses/mental-health/global-strategic-direction ; pour des estimations, voir Dan Chisholm et autres, « Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis », *The Lancet: Psychiatry*, vol. 3, No. 5 (mai 2016).

¹⁰ Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi* (Paris, 2012).

¹¹ Voir [A/HRC/44/48](#), par. 23 ; Brett Deacon et Grayson L. Baird, « The chemical imbalance explanation of depression: reducing blame at what cost? », *Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 28, n° 4 (avril 2009).

¹² Voir [A/HRC/41/34](#), par. 81 ; [A/HRC/44/48](#), par. 9 ; James Davies, *Sedated: How Modern Capitalism Created Our Mental Health Crisis* (Londres: Atlantic Books, 2021).

¹³ Sendhil Mullainathan et Eldar Shafir, *Scarcity: The New Science of Having Less and How It Defines Our Lives* (New York, Times Books, 2013). Voir également Anandi Mani et autres, « Poverty impedes cognitive function », *Science*, vol. 341, n° 6149 (août 2013) ; Ernst-Jan de Bruijn et Gerrit Antonides, « Poverty and economic decision-making: a review of scarcity theory », *Theory and Decision*, vol. 92 (2022).

pas que les pauvres sont moins aptes à réfléchir, mais que n'importe quelle personne qui se retrouverait dans une situation de pauvreté réfléchirait moins efficacement¹⁴. Cette distinction est importante. L'incapacité des personnes vivant dans la pauvreté à prendre des décisions opportunes ne peut pas toujours être attribuée aux effets de la pauvreté sur la santé mentale ; dans certains cas, elle tient directement à la pauvreté en elle-même, qui conduit la personne faisant face à un manque à envisager selon un angle particulier la situation dans laquelle elle se trouve.

9. Dans le même temps, l'incapacité à prendre des décisions peut alimenter les stéréotypes négatifs touchant les personnes en situation de pauvreté [un phénomène qualifié de « pauvrophobie » par le Rapporteur spécial dans un rapport précédent (A/77/157)], conduisant, au mieux, à du paternalisme ou, au pire, à de la discrimination. Les conséquences d'une mauvaise prise de décisions peuvent en outre être similaires, que la décision en question soit le fruit des capacités de réflexion plus restreintes des personnes en situation de manque ou qu'elle trouve son origine dans des problèmes de santé mentale, tels que la dépression ou l'anxiété. Enfin, certaines des recommandations figurant dans le présent rapport, qui visent à briser les cercles vicieux liant la pauvreté et la santé mentale, sont également pertinentes pour améliorer la capacité des personnes en situation de pauvreté à faire les bons choix, malgré la « charge mentale » que le manque leur impose.

III. La pauvreté et l'inégalité à l'origine de troubles de la santé mentale

10. En 2012, au moment d'approuver les Principes directeurs sur l'extrême pauvreté et les droits de l'homme dans sa résolution 21/11, le Conseil des droits de l'homme a cité comme exemple illustrant bien le cercle vicieux de la pauvreté les circonstances qui faisaient que les personnes en mauvaise santé risquaient davantage de devenir pauvres, tandis que les personnes vivant dans la pauvreté étaient plus vulnérables aux accidents, aux maladies et à l'invalidité¹⁵. Dans les paragraphes ci-après, le Rapporteur spécial décrit les liens de cause à effet entre ces phénomènes et envisage des solutions.

A. Corrélation établie

11. Le lien entre pauvreté et santé mentale a été amplement étudié. En 2011, une étude réalisée aux États-Unis d'Amérique sur environ 35 000 adultes a révélé que les troubles mentaux étaient plus fréquents chez les personnes qui gagnaient moins de 40 000 dollars par an que chez celles gagnant plus de 70 000 dollars¹⁶. Au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, le fait de tomber dans la pauvreté est à l'origine de plus de 6 % des troubles de santé mentale courants constatés chez la population en âge de travailler¹⁷. Ce phénomène est également particulièrement marqué dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire¹⁸.

¹⁴ Mullainathan et Shafir, *Scarcity* (2013), p. 66.

¹⁵ Principes directeurs sur l'extrême pauvreté et les droits de l'homme, par. 81.

¹⁶ Jitander Sareen, Tracie O. Afifi et Katherine A. McMillan, « Relationship between household income and mental disorders: findings from a population-based longitudinal study », *Archives in General Psychiatry*, vol. 68, n° 4 (avril 2011).

¹⁷ Rachel M. Thomson et autres, « Effects of poverty on mental health in the UK working-age population: causal analyses of the UK Household Longitudinal Study », *International Journal of Epidemiology*, vol. 52, n° 2 (avril 2023).

¹⁸ Crick Lund et autres, « Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: a systematic review », *Social Science and Medicine*, vol. 71, n° 3 (août 2010).

12. Les raisons à l'origine de cette situation sont évidentes. Les personnes à faibles revenus tardent généralement plus longtemps que les ménages qui disposent de plus de moyens à faire appel à des services psychiatriques, à la fois en raison de leur accès limité à ceux-ci et parce qu'il arrive qu'elles soient moins bien informées quant à leur disponibilité et à leur coût¹⁹. Pourtant, l'insécurité économique dans laquelle elles vivent est une source permanente de stress, qui nuit à leur bien-être mental. Dans son Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030, mis à jour en 2021, l'OMS classe ainsi les ménages vivant dans la pauvreté parmi les groupes vulnérables les plus susceptibles d'être confrontés à des problèmes de santé mentale²⁰. De plus, il existe une corrélation entre niveau d'éducation et revenus, et une éducation de plus grande qualité va généralement de pair avec une meilleure santé physique et mentale²¹.

13. Plus que la pauvreté *absolue* ou la privation matérielle en tant que telle, c'est la pauvreté *relative* ou l'inégalité, ainsi que l'insécurité économique, qui sont à l'origine des problèmes de santé mentale²². L'étude d'un échantillon de 43 824 personnes – originaires de 23 pays européens – interrogées dans le cadre de l'Enquête sociale européenne de 2006-2007 a ainsi révélé que les personnes vivant dans des pays où les inégalités de revenus étaient plus marquées présentaient davantage de symptômes de dépression, même si ceux-ci pouvaient être atténués par des mécanismes d'adaptation, ayant trait par exemple au soutien social, à l'estime de soi et à l'optimisme²³. En 2009, la dépression s'est avérée être la principale cause de perte d'années de vie en bonne santé au Mexique (touchant 6,4 % de la population), un phénomène attribué par les chercheurs à de grandes inégalités et aux sentiments de désespoir, de peur et d'impuissance résultant de l'insécurité économique²⁴. Au Brésil, à São Paulo, les personnes vivant dans des zones où les inégalités de revenus sont moyennes ou élevées sont plus sujettes au risque de dépression que celles qui résident dans des zones moins marquées par ce problème²⁵. De même, une étude réalisée entre 1975 et 2011, qui portait sur 26 pays, a montré une corrélation statistiquement significative entre les taux d'incidence de la schizophrénie et l'inégalité des revenus, ce qui a conduit les chercheurs à soupçonner que le stress chronique associé à la vie dans des sociétés très disparates augmentait le risque de schizophrénie du fait des conséquences de l'inégalité des revenus sur la cohésion sociale et sur l'érosion du capital social²⁶. Dans une autre étude internationale, portant sur 50 pays et 249 217 personnes, il a été découvert en contrôlant le revenu moyen par habitant que diverses

¹⁹ Vijaya Murali et Femi Oyeboode, « Poverty, social inequality and mental health », *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 10, n° 3 (2004).

²⁰ Voir le paragraphe 10 du Plan d'action.

²¹ Clive R. Belfield et Henry M. Levin, *The Price We Pay: Economic and Social Consequences of Inadequate Education* (Washington, Brookings Institute Press, 2007).

²² Richard G. Wilkinson et Kate Pickett, *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always do Better* (Londres, Penguin Books, 2009) ; Wagner Silva Ribeiro et autres, « Income inequality and mental illness-related morbidity and resilience: a systematic review and meta-analysis », *The Lancet: Psychiatry*, vol. 4, n° 7 (2017) ; A/HRC/41/34, par. 41.

²³ Ioana van Deurzen, Erik van Ingen et Wim J.H. van Oorschot, « Income inequality and depression: the role of social comparisons and coping resources », *European Sociological Review*, vol. 31, n° 4 (août 2015).

²⁴ Shoshana Berenzon, Hector Senties et Elena Medina-Mora, « Mental health services in Mexico », *International Psychiatry*, vol. 6, n° 4 (octobre 2009).

²⁵ Alexander Dias Porto Chiavegatto Filho et autres, « Does income inequality get under the skin? A multilevel analysis of depression, anxiety and mental disorders in Sao Paulo, Brazil », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 67, n° 11 (2013).

²⁶ Jonathan K. Burns, Andrew Tomita et Amy S. Kapadia, « Income inequality and schizophrenia: increased schizophrenia incidence in countries with high levels of income inequality », *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 60, n° 2 (mars 2014).

formes de psychoses (conduisant à des hallucinations, à des pensées désordonnées et à un état délirant) étaient corrélées à l'inégalité des revenus²⁷.

14. Diverses explications ont été proposées quant au lien existant entre l'inégalité des revenus et les troubles mentaux, plus particulièrement la dépression. S'appuyant sur des données issues de l'enquête européenne sur la qualité de vie, qui contient des informations récoltées auprès de plus de 35 000 personnes, dans 30 pays, les chercheurs ont conclu que celui-ci tenait principalement au fait que le capital social (ce qui lie les gens entre eux) est plus élevé dans les pays affichant une plus grande égalité²⁸. En effet, un capital social de qualité s'accompagne d'un environnement plus favorable aux personnes, d'où une meilleure gestion du stress. Cette dynamique permet aux communautés d'entreprendre des actions collectives pour obliger les gouvernements à rendre des comptes, ce qui se traduit par une amélioration de la fourniture de services de santé. Un bon capital social peut également contribuer à réduire les comportements à risque, tels que les addictions²⁹. Une autre explication au rapport existant entre troubles mentaux et inégalité est que cette dernière peut aggraver le sentiment d'anxiété ressenti par une personne quant à son statut, la peur d'être laissé pour compte et, partant, les niveaux de stress³⁰. Une enquête internationale menée en 2007 auprès de plus de 34 000 personnes, dans 31 pays d'Europe, a montré que l'anxiété liée au statut était particulièrement forte dans les pays les plus inégalitaires, quel que soit le point sur la courbe des revenus³¹.

15. En résumé, bien que la croissance du PIB par habitant soit le signe d'une amélioration de la qualité de vie dans les pays à faible revenu, au-delà d'un certain niveau de richesse moyenne, ce sont les inégalités de revenus qui comptent le plus. Ainsi, plus un pays est riche en moyenne, plus la répartition des revenus entre les groupes de population influe sur la santé mentale. L'inégalité de revenus se répand comme un « virus », affectant le bien-être de toute la population (du fait qu'il est associé à davantage de troubles mentaux et à une augmentation de la consommation de drogues), et pas seulement les groupes dont les revenus sont les plus faibles³².

16. Les effets respectifs de l'extrême privation (pauvreté absolue) et des grandes inégalités (pauvreté relative) sur la santé mentale varient d'un pays à l'autre, ce qui pourrait notamment tenir en grande partie à la façon dont les inégalités sont perçues et au fait qu'elles sont considérées comme un échec de l'individu ou plutôt comme un défi pour la société dans son ensemble³³. Ces effets peuvent en outre se combiner : si les inégalités augmentent les risques de troubles mentaux dans tous les groupes de

²⁷ Sheri L. Johnson, Erol Wibbels et Richard Wilkinson, « Economic inequality is related to cross-national prevalence of psychotic symptoms », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 50 (2015).

²⁸ Richard Layte, « The association between income inequality and mental health: testing status anxiety, social capital, and neo-materialist explanations », *European Sociological Review*, vol. 28, n° 4 (août 2012).

²⁹ Ichiro Kawachi et Lisa F. Berkman, « Social capital, social cohesion, and health », dans *Social Epidemiology*, Lisa F. Berkman, Ichiro Kawachi et M. Maria Glymour (dir. publ.) (Oxford, Oxford University Press, 2000).

³⁰ Richard G. Wilkinson, « Health, hierarchy, and social anxiety », *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 896, n° 1 (décembre 1999).

³¹ Richard Layte et Christopher T. Whelan, « Who feels inferior? A test of the status anxiety hypothesis of social inequalities in health », *European Sociological Review*, vol. 30, n° 4 (août 2014).

³² Leandre Bouffard et Micheline Dubé, « L'inégalité de revenus : un "virus" qui affecte la santé mentale et le bonheur », *Santé mentale au Québec*, vol. 38, n° 2 (automne 2013).

³³ En Afrique du Sud, les comparaisons entre districts n'ont pas montré de corrélation entre la dépression et les niveaux d'inégalité, bien que cela puisse s'expliquer par le fait que l'inégalité est plutôt élevée dans tous les districts. Voir Kafui Adjaye-Gbewonyo et autres, « Income inequality and depressive symptoms in South Africa: a longitudinal analysis of the National Income Dynamics Study », *Health and Place*, vol. 42 (novembre 2016).

la société, les personnes en situation de pauvreté sont par ailleurs susceptibles d'y être encore plus vulnérables, en raison de leur accès plus limité aux soins de santé et parce qu'il arrive qu'elles disposent de moins de réseaux de soutien sur lesquels compter, la pauvreté pouvant accroître leur isolement social.

B. Insécurité dans le secteur manufacturier : emploi et protection sociale

17. L'évolution du monde de l'emploi et les changements dans la façon dont est organisée la sécurité sociale contribuent largement à l'augmentation des problèmes de santé mentale, en particulier chez les personnes à faibles revenus.

18. Ces facteurs ont en commun d'être associés à une quête de compétitivité et, au nom de l'innovation, à une forme d'accélération de la vie conduisant à un environnement insécurisant³⁴. Le recrutement se fait dans des conditions effrayantes de compétition contre son prochain, et les personnes qui sont les plus démunies sur le plan politique et économique sont soumises à des « charges allostatiques », conséquences négatives du stress provoqué par le sentiment d'insécurité sur l'organisme, particulièrement lourdes³⁵.

19. L'incertitude, les conflits, la concurrence, le manque de contrôle et l'insuffisance d'informations sont source de stress et entraînent une véritable accélération du vieillissement de la population³⁶. Ces effets sont mesurables : pendant la crise financière de 2009-2011, les niveaux de dépression et d'anxiété chez les jeunes adultes étaient nettement plus élevés en Grèce qu'en Suède, à tel point que des échantillons de cheveux ont montré que le mécanisme de réponse du corps humain face au stress (la production de cortisol) était plus faible chez les jeunes grecs³⁷. Au Canada, les niveaux d'hormones liées au stress se sont révélés beaucoup plus élevés que la moyenne chez les enfants vivant dans des ménages à faible revenu, ce qui donne à penser que le stress des parents face à l'insécurité économique a des répercussions biologiques sur les enfants³⁸.

1. Un nouveau monde du travail

Insécurité économique

20. Les chocs économiques sont intrinsèquement liés aux taux de dépression et de suicide. En Inde, dans le contexte de températures supérieures à 20° C, une hausse de 1° C entraîne environ 70 suicides supplémentaires par jour, en particulier pendant la saison de croissance agricole, du fait de la perte de récoltes en résultant³⁹. En Indonésie, la baisse de la production agricole et des revenus, du fait de précipitations extrêmes, a entraîné une augmentation des taux de dépression et de suicide chez les

³⁴ David Stuckler et autres, « The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis », *The Lancet*, vol. 374, n° 9686 (juillet 2009).

³⁵ Gabor Maté et Daniel Maté, *The Myth of Normal: Illness, Health and Healing in a Toxic Culture* (Londres, Penguin Books, 2022), p. 276.

³⁶ E. Ronald De Kloet, « Corticosteroids, stress, and aging », *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 663, n° 1 (novembre 1992).

³⁷ Åshild Faresjö et autres, « Higher perceived stress but lower cortisol levels found among young Greek adults living in a stressful social environment in comparison with Swedish young adults », *PLoS One*, vol. 8, n° 9 (2013).

³⁸ Sonia J. Lupien et autres, « Child's stress hormone levels correlate with mother's socioeconomic status and depressive state », *Biological Psychiatry*, vol. 48, n° 10 (novembre 2000).

³⁹ Tamma A. Carleton, « Crop-damaging temperatures increase suicide rates in India », *Proceedings of the National Academy of Sciences*, vol. 114, n° 33 (2017).

agriculteurs, bien que les transferts d'argent en espèces aient permis d'atténuer ces effets⁴⁰.

21. Dans les économies plus avancées, l'insécurité économique qu'entraînent la mondialisation et la restructuration économique est une cause majeure de détresse psychologique, affectant de manière disproportionnée les personnes qui se trouvent en situation de pauvreté ou celles qui risquent le plus d'y tomber. Les personnes touchées par cette insécurité cherchent à se reconforter par la consommation de drogues ou d'alcool et courent un risque plus élevé de se suicider. Ces « morts de désespoir », tels que décrits par Anne Case et Angus Deaton, sont souvent des hommes blancs de la classe ouvrière ne possédant pas de diplôme d'études supérieures⁴¹. Une étude menée au sujet de la fermeture d'usines en Autriche entre 1999 et 2001 a montré que, pour les hommes, des sommes significativement plus élevées qu'auparavant avaient été consacrées à l'achat d'antidépresseurs et d'autres médicaments du genre, ainsi qu'au paiement de séjours hospitaliers dus à des problèmes de santé mentale⁴². Dans le même ordre d'idées, des chercheurs s'intéressant aux effets de l'intensification de la concurrence mondiale sur les comtés des États-Unis dans lesquels les risques de fermeture d'usines étaient plus élevés ont signalé des taux de suicide et de décès connexes particulièrement élevés, en particulier chez les hommes blancs, à la suite de ce changement⁴³.

Chômage et sous-emploi

22. Les problèmes de santé mentale sont également étroitement liés au chômage. Il y a 60 ans déjà, il a été démontré en Grande-Bretagne que le chômage augmentait de près de quatre fois le risque de tomber dans l'abus de substances ou la toxicodépendance (même une fois écartées d'autres variables sociodémographiques) et de plus de deux fois celui de souffrir de dépression, d'anxiété et de troubles obsessionnels compulsifs⁴⁴. Ce lien de cause à effet a de nouveau été constaté dans des études plus récentes⁴⁵, d'autant que le chômage entraîne souvent une réduction de la participation à la vie sociale⁴⁶. Une étude réalisée à New Haven, au Connecticut (États-Unis), avec la participation de 3 170 personnes, a en effet montré que les conséquences de la pauvreté étaient considérablement réduites lorsque l'on contrôlait le degré d'isolement par rapport aux amis et à la famille. Plutôt que la perte de revenus associée au chômage, il semblerait ainsi que c'est dans l'isolement social en résultant

⁴⁰ Cornelius Christian, Lukas Hensel et Christopher Roth, « Income shocks and suicides: causal evidence from Indonesia », *The Review of Economics and Statistics*, vol. 101, n° 5 (décembre 2019).

⁴¹ Anne Case et Angus Deaton, *Morts de désespoir – l'avenir du capitalisme* (Princeton University Press, 2020).

⁴² Andreas Kuhn, Rafael Lalive et Josef Zweimüller, « The public health costs of job loss », *Journal of Health Economics*, vol. 28, n° 6 (décembre 2009).

⁴³ Justin R. Pierce et Peter K. Schott, « Trade liberalization and mortality: evidence from US counties », *American Economic Review: Insights*, vol. 2, n° (1) (mars 2020). Plus précisément, les chercheurs ont évalué les effets de l'octroi à la Chine, en octobre 2000, du statut de relations commerciales normales permanentes (PNTR), lesquels variaient en fonction du comté des États-Unis concerné et du niveau de concurrence internationale atteint du fait de la structure de l'industrie.

⁴⁴ Howard Meltzer, Nicola Singleton et Alison Lee, *Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000: technical report*. Her Majesty's Stationery Office (2002).

⁴⁵ Paula Acevedo, Ana I. Mora-Urda et Pilar Montero, « Social inequalities in health: duration of unemployment unevenly affects the health of men and women », *European Journal of Public Health*, vol. 30, n° 2 (avril 2020).

⁴⁶ Lars Kunze et Nikolai Suppa, « Bowling alone or bowling at all? The effect of unemployment on social participation », *Journal of Economic Behavior and Organization*, vol. 133 (janvier 2017).

que se trouve l'explication de la relation entre les statuts sociaux et physiques et les troubles dépressifs majeurs⁴⁷.

23. Le fait que le chômage augmente ou non le risque de dépression de manière significative dépend toutefois de la nature de l'aide fournie. Ainsi, dans le cas où la personne sans emploi perçoit des allocations de chômage ou d'autres aides issues de l'assurance sociale (dont les montants sont calculés en fonction des revenus antérieurs et des antécédents professionnels), ce risque augmente peu ; il est toutefois beaucoup plus élevé chez les chômeurs et chômeuses qui bénéficient de prestations sociales ou qui ne reçoivent aucune aide⁴⁸. Une étude réalisée entre 2011 et 2014 en Allemagne, sur 4 842 personnes (âgées de 18 à 65 ans), a montré que le chômage représentait un facteur de risque pour la santé mentale lorsque les prestations sociales étaient octroyées sous condition de ressources, même en tenant compte des différences dans les facteurs sociodémographiques, le revenu personnel net et le risque d'isolement social⁴⁹. Une explication possible à ce phénomène tient à la stigmatisation de l'assistance sociale, que l'on associe à des images de paresse, de dépendance et de refus de travailler, alors que, dans le cas des prestations accordées au titre de programmes d'assurance sociale, l'aide fournie est considérée comme un droit « acquis »⁵⁰. Cela est alarmant. Les réformes sur l'État-providence adoptées récemment dans des pays développés prévoient ainsi le recours accru à des politiques de transition entre l'aide sociale et le travail, la réduction de la portée des allocations de chômage sur la population, le respect de critères d'admissibilité plus stricts et des obligations accrues pour l'obtention d'allocations.

24. Le sous-emploi, c'est-à-dire le fait d'être contraint de travailler à temps partiel en raison d'un manque d'emplois à temps plein, augmente également le risque de détresse psychologique. Une enquête britannique menée sur une période de 18 ans auprès d'un panel de ménages couvrant plus de 8 000 personnes a ainsi montré que le passage d'un emploi à temps plein à un sous-emploi entraînait une augmentation des niveaux de détresse, qui ne pouvait être expliquée qu'à 10 % par la baisse des revenus et de la confiance quant à la sécurité d'emploi ; en réalité, le mal-être constaté tenait plutôt au sentiment des personnes concernées que leur contribution à la société n'était pas suffisamment valorisée⁵¹.

Risques pour la santé mentale au travail

25. Le monde de l'emploi en lui-même comporte son lot de risques psychosociaux, encore amplifiés par l'organisation post-fordiste du travail. Charge de travail élevée, exigences de productivité accrue et manque de contrôle sur l'exécution des tâches sont autant de facteurs influant sur le stress et l'état de santé⁵². D'après certaines études, le fait d'avoir un emploi de mauvaise qualité (pour lequel les contrôles sont limités, qui s'accompagne d'exigences et d'une complexité élevées, dans lequel la

⁴⁷ M.L. Bruce et R. A. Hoff, « Social and physical health risk factors for first-onset major depressive disorder in a community sample », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 29, n° 4 (1994).

⁴⁸ E. Rodriguez, K. Lasch et J. P. Mead, « The potential role of unemployment benefits in shaping the mental health impact of unemployment », *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, vol. 27, n° 4 (1997).

⁴⁹ Andrea E. Zuelke et autres, « The association between unemployment and depression – results from the population-based LIFE-adult-study », *Journal of Affective Disorders*, vol. 235 (août 2018).

⁵⁰ Clare Bambra, « Yesterday once more? Unemployment and health in the 21st century », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 64, n° 3 (mars 2010).

⁵¹ Victoria Moustéri, Michael Daly et Liam Delaney, « Underemployment and psychological distress: propensity score and fixed effects estimates from two large UK samples », *Social Science and Medicine*, vol. 244, n° 112641 (janvier 2020).

⁵² Ted Schrecker et Clare Bambra, *How Politics Makes Us Sick: Neoliberal Epidemics* (Springer, 2015), p. 53.

sécurité d'emploi fait défaut et qui n'est pas rémunéré équitablement) entraîne des conséquences encore plus graves pour la santé mentale que celui d'être au chômage⁵³.

26. Dans ses Lignes directrices sur la santé mentale au travail, publiées en 2022, l'OMS recense les risques en question, qui peuvent avoir trait à la manière dont le travail est conçu (la fragmentation et l'inutilité du travail réalisé, de même que la sous-utilisation des compétences, sont des facteurs de risque), à la charge de travail et aux contraintes de temps, aux horaires de travail, au manque de contrôle dans l'organisation du travail, aux conditions d'emploi, à la culture institutionnelle, aux relations interpersonnelles entretenues sur le lieu de travail (risques d'isolement social ou physique, de brimades, de harcèlement ou de microagressions, par exemple), à la façon dont les rôles professionnels sont définis, au développement des carrières, ou encore à l'harmonie entre vie professionnelle et vie privée et à la possibilité de poursuivre deux carrières de front.

27. Bien que tous ces risques psychosociaux doivent être pris en compte, c'est surtout le problème de la planification du travail qui a été souligné lors des consultations menées par le Rapporteur spécial en préparation du présent rapport. Dans une économie de plus en plus tertiaire et qui ne s'arrête jamais, où la précarité de l'emploi et l'organisation en flux tendu du processus de production deviennent la norme, et où les horaires de travail sont déterminés par des algorithmes de gestion de la main-d'œuvre visant à aligner étroitement cette dernière sur la demande, les horaires sont de plus en plus instables et imprévisibles, avec des heures de travail variables, une communication tardive des calendriers hebdomadaires et de fréquents changements de dernière minute. En 2014, 54 % des travailleurs payés à l'heure aux États-Unis recevaient leur horaire de travail moins de deux semaines à l'avance, et 41 % moins d'une semaine à l'avance⁵⁴.

28. L'imprévisibilité de l'emploi accroît l'insécurité économique des ménages. Elle entraîne également davantage de problèmes d'harmonisation entre le travail et la vie privée, une diminution de la qualité du sommeil et une augmentation de la détresse psychologique⁵⁵. Aux États-Unis, une enquête menée entre 2016 et 2017 auprès de 27 792 travailleurs et travailleuses du commerce de détail et de la restauration employés dans 80 grandes entreprises a révélé un lien étroit entre la variabilité des horaires de travail ou le travail en rotation et la détresse psychologique. Les travailleurs qui étaient avertis de leur horaire moins de trois jours à l'avance et ceux qui en étaient informés entre trois et six jours à l'avance se sentaient nettement moins bien que ceux qui bénéficiaient d'un délai de plus de deux semaines, en particulier en l'absence de tout contrôle sur le calendrier. De même, les répondants à l'enquête qui travaillaient selon un horaire variable ont exprimé une satisfaction moindre par rapport à ceux qui occupaient un poste de jour, et les personnes qui n'étaient prévenues de leur horaire que quelques jours à l'avance ou qui ne recevaient absolument aucune information étaient nettement moins satisfaites que celles qui étaient averties au moins une semaine à l'avance. Fait remarquable, il a été constaté que la variabilité et l'imprévisibilité des horaires de travail avaient sur la détresse psychologique, la qualité du sommeil et le bonheur des retombées encore plus significatives que le manque de revenus. Bien que les effets de cette variabilité et de

⁵³ P. Butterworth et autres, « The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health: results from a longitudinal national household panel survey », *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 68, n° 11 (novembre 2011).

⁵⁴ Susan J. Lambert, Peter J. Fugiel et Julia R. Henly, « Precarious work schedules among early-career employees in the US: a national snapshot », note de recherche publiée par le Employment Instability, Family Well-being, and Social Policy Network de l'Université de Chicago, 27 août 2014.

⁵⁵ Julia R. Henly et Susan J. Lambert, « Unpredictable work timing in retail jobs: implications for employee work-life conflict », *ILR Review*, vol. 67, n° 3 (juillet 2014).

cette imprévisibilité sur la santé mentale soient en partie attribuables à une plus grande insécurité économique des ménages (les revenus hebdomadaires et mensuels variant en fonction du nombre d'heures travaillées), ils tiennent avant tout aux difficultés que ces pratiques font peser sur la capacité des travailleurs à combiner vie professionnelle et vie privée – c'est-à-dire à être présent pour leurs proches, à faire face de manière adéquate aux problèmes familiaux ou personnels, et à répondre aux besoins de leur famille⁵⁶.

29. Ces différents facteurs, à savoir le chômage, le sous-emploi et les risques psychosociaux au travail qu'entraîne la restructuration de l'emploi selon le modèle post-fordiste, touchent plus particulièrement les travailleurs à faible revenu⁵⁷. Il en résulte une double injustice : les travailleurs faiblement rémunérés ont non seulement des difficultés à payer leurs factures, mais ils sont également plus exposés aux problèmes de santé mentale.

2. Évolution de la protection sociale

30. Améliorer la sécurité des revenus est essentiel pour prévenir les problèmes de santé mentale. Certaines études donnent à penser que, plus encore que la pauvreté elle-même, l'évolution des conditions de vie, comme le diagnostic d'une maladie ou une séparation familiale, est susceptible d'entraîner des troubles de ce type. Or, il s'agit-là de facteurs contre lesquels les personnes ne sont pas protégées⁵⁸. Il existe également des preuves solides que les inquiétudes et l'incertitude résultant des chocs économiques, qui entraînent une volatilité accrue des revenus, ou même le simple fait d'anticiper ces chocs, sont une source majeure de dépression⁵⁹. Tout cela met en évidence l'importance de garantir le droit à la sécurité sociale et la protection sociale minimale pour prévenir les problèmes de santé mentale. Au Brésil, une étude portant sur 114 millions de personnes qui avaient reçu une aide du programme de transferts en espèces Bolsa Familia entre 2004 et 2012 a par exemple montré que ledit programme avait d'importantes retombées sur les taux de suicide⁶⁰.

31. Depuis les années 1990, cependant, les pressions exercées par la mondialisation, le vieillissement de la société, en particulier dans les pays riches, la déstandardisation des relations de travail et l'émergence de nouveaux risques sociaux (principalement imputables à l'accélération de la perte des compétences face à l'évolution technologique rapide) ont entraîné des transformations significatives des prestations sociales, même dans les économies les plus avancées⁶¹. La distinction entre aide sociale et allocations de chômage devient de plus en plus floue, la première étant de plus en plus subordonnée à la recherche active d'un emploi ou au suivi d'une formation professionnelle par le ou la bénéficiaire, et les niveaux et la durée des allocations de chômage ayant été drastiquement réduits. La relation entre les demandeurs et demandeuses d'emploi et les agences publiques pour l'emploi se « contractualise », l'objectif étant de « responsabiliser » les parties intéressées, et il est attendu que toute offre d'emploi « convenable », terme dont la définition a

⁵⁶ Daniel Schneider et Kristen Harknett, « Consequences of routine work-schedule instability for worker health and well-being », *American Sociological Review*, vol. 84, n° 1 (février 2019).

⁵⁷ Guy Standing, *The Politics of Time: Gaining Control in the Age of Uncertainty* (Pelican Books, 2023), p. 193.

⁵⁸ Jishnu Das et autres, « Mental health and poverty in developing countries: revisiting the relationship », *Social Science and Medicine*, vol. 65, n° 3 (août 2007).

⁵⁹ Matthew Ridley et autres, « Poverty, depression, and anxiety: causal evidence and mechanisms », *Science*, vol. 370, n° 6522 (décembre 2020).

⁶⁰ Daiane Borges Machado et autres, « Relationship between the Bolsa Familia national cash transfer programme and suicide incidence in Brazil: a quasi-experimental study », *PLoS Medicine*, vol. 19, n° 5 (2022).

⁶¹ Anton Hemerijck, *Changing Welfare States* (Oxford, Oxford University Press, 2013).

amplement été élargie, soit acceptée, l'idée étant que le demandeur d'emploi doit se montrer « flexible » et être encouragé à s'adapter aux exigences du marché. Cette situation est source d'insécurité quant à la fourniture d'une aide sociale en soi : en combinant protection sociale et surveillance du comportement des bénéficiaires, on prive ces derniers d'un filet de sécurité autrefois totalement fiable contre le dénuement.

32. Dans un précédent rapport, le Rapporteur spécial a noté qu'un ciblage excessif et l'imposition de conditions strictes pour l'octroi de prestations de sécurité sociale pouvaient entraîner des taux de non-recours plus élevés, nuisant ainsi à l'efficacité de la protection sociale en matière de réduction de la pauvreté (A/HRC/50/38). En outre, cette nouvelle façon de procéder crée davantage d'insécurité et, partant, accroît le risque de retombées sur la santé mentale des bénéficiaires. En atteste, par exemple, l'introduction progressive, au Royaume-Uni, entre 2013 et 2018, du crédit universel. Ce régime, qui regroupe six anciens programmes d'aide au logement et à la subsistance destinés aux personnes se trouvant dans une situation d'adversité (chômage, handicap ou encore emploi mal rémunéré), vise à rationaliser l'aide sociale. Sa mise en œuvre s'est accompagnée de conditions strictes, assorties de sanctions, censées inciter davantage les demandeurs d'emploi à trouver un travail et faire en sorte que ces personnes, du fait de l'aide reçue, se responsabilisent et gagnent en autosuffisance⁶². Après s'être rendu dans le pays, en novembre 2018, l'ancien rapporteur spécial avait exprimé son inquiétude que le système de crédit universel n'aggrave les résultats en matière de santé mentale pour les bénéficiaires (A/HRC/41/39/Add.1, par. 47). Cette crainte semble désormais corroborée par la recherche : une étude a en effet montré que l'introduction du crédit universel, bien que n'ayant aucun effet mesurable pour ce qui est de pousser les individus vers l'emploi, a conduit à une augmentation de 6,57 points de pourcentage du taux de détresse psychologique chez les chômeurs concernés⁶³.

C. Troubles liés au manque de contact avec la nature

33. Un autre facteur qui expose les personnes en situation de pauvreté à un risque plus élevé de problèmes de santé mentale sont les obstacles auxquels elles sont susceptibles d'avoir à faire face pour vivre en contact avec la nature (A/HRC/41/34, par. 81).

34. Dans les zones urbaines, les enfants issus de milieux défavorisés ont généralement peu accès à des espaces verts. Cela peut être dû au fait qu'ils vivent dans des environnements urbains pauvres, dépourvus de ce type d'espaces, ou dans lesquels ces espaces manquent d'équipements, tels que des toilettes, ne sont pas aussi esthétiques, sont dangereux ou ne comprennent pas d'aires boisées. Des obstacles financiers peuvent également entraver leur accès à ces endroits : les activités de loisirs organisées dans la nature sont parfois impayables pour les enfants des ménages à faible revenu.

35. Pourtant, la proximité de jardins et de parcs publics et le fait d'entretenir des contacts plus fréquents avec la nature améliorent le fonctionnement cognitif des adolescents, sur les plans notamment de l'attention, de la mémoire, des performances cognitives et du développement cognitif, tout en réduisant le stress, l'anxiété et les

⁶² Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Bureau national d'audit, *Rolling out Universal Credit* (Londres, 2018).

⁶³ Sophie Wickham et autres, « Effects on mental health of a UK welfare reform, universal credit: a longitudinal controlled study », *The Lancet: Public Health*, vol. 5, n° 3 (mars 2020).

symptômes de dépression⁶⁴, de même que divers problèmes comportementaux et sociaux, tels que le déficit d'attention et l'hyperactivité⁶⁵. Ainsi, l'amélioration de l'accès aux espaces verts – qui s'inscrit dans la création d'un environnement plus équitable – peut encourager l'adoption de comportements prosociaux par les enfants, avec des effets particulièrement importants chez les enfants de familles à faible revenu⁶⁶.

IV. Les problèmes de santé mentale comme cause de pauvreté

36. Dans certains cas, les raisons pour lesquelles les problèmes de santé mentale peuvent conduire à la pauvreté et la faire perdurer sont évidentes. La discrimination sur le lieu de travail et l'absence d'aménagements raisonnables exposent les personnes souffrant de ce type de troubles à un risque accru de chômage. Dans les pays de l'OCDE, les individus atteints de troubles mentaux graves courent 6 à 7 fois plus de risques d'être au chômage que les individus sans gros problème de santé mentale, contre 2 à 3 fois plus pour les personnes souffrant de troubles mentaux courants⁶⁷. En Finlande, une étude de cohorte organisée au niveau national, dans laquelle a été examiné le parcours de plus de deux millions de personnes entre 1988 et 2015, a montré que le fait d'avoir été diagnostiqué comme souffrant d'un problème de santé mentale entre les âges de 15 et 25 ans était un important facteur prédictif de l'absence d'emploi et de diplôme de l'enseignement secondaire ou supérieur entre les âges de 25 et 52 ans, ainsi qu'un facteur prédictif de revenus inférieurs⁶⁸. La dépression chez les chômeurs et les chômeuses est également associée à des taux de réemploi plus faibles, d'autant que ce type de trouble entraîne une perte de liens sociaux⁶⁹.

37. Les personnes souffrant de problèmes de santé mentale sont également régulièrement exclues du système d'enseignement général⁷⁰. Elles sont en outre exposées à un risque disproportionné de se retrouver sans abri ou d'être emprisonnées. Pour résumer, elles sont susceptibles de faire l'objet de toute une série de violations des droits humains, malgré la protection que leur offre la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

38. Les questions de santé mentale et de santé physique et le fait d'être apte, ou non, au travail sont également interconnectés dans un cycle autoentretenu. La dépression, par exemple, prédispose à l'infarctus du myocarde et au diabète, lesquels font eux-

⁶⁴ Michelle c. Kondo et autres, « A greening theory of change: how neighborhood greening impacts adolescent health disparities », *American Journal of Community Psychology*, vol. 73, n° 3-4 (juin 2024).

⁶⁵ Richard Louv, *Last Child in the Woods: Saving our Children from Nature-Deficit Disorder* (Algonquin Press, 2005) ; Katherine D. Arbuthnott, « Nature exposure and social health: prosocial behavior, social cohesion, and effect pathways », *Journal of Environmental Psychology*, vol. 90 (septembre 2023).

⁶⁶ Paul McCrorie et autres, « Neighborhood natural space and the narrowing of socioeconomic inequality in children's social, emotional, and behavioural well-being », *Well-Being, Space and Society*, vol. 2 (2021).

⁶⁷ OCDE, *Mal-être au travail*, p. 39.

⁶⁸ Christian Hakulinen et autres, « Mental disorders and long-term labour market outcomes: nationwide cohort study of 2 055 720 individuals », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 140, n° 4 (octobre 2019).

⁶⁹ Natalia Wege, Peter Angerer et Jian Li, « Effects of lifetime unemployment experience and job insecurity on two-year risk of physician-diagnosed incident depression in the German working population », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 14, n° 8 (2017).

⁷⁰ Pour de plus amples informations sur le droit à une éducation inclusive de qualité, voir le paragraphe 1 de l'article 24 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées ; pour plus de renseignements sur le droit à l'éducation inclusive, voir l'observation générale n° 4 (2016) du Comité des droits des personnes handicapées.

mêmes augmenter la probabilité de dépression, et, partant, compliquent la recherche d'emploi pour les personnes atteintes⁷¹, tout en les exposant à une détresse financière du fait du prix des traitements. Les personnes qui se trouvent en situation de pauvreté sont également plus susceptibles d'adopter des comportements à risque, notamment de développer des addictions, dans l'espoir de mieux gérer et de soulager leur stress⁷². Ces comportements peuvent, à leur tour, entraîner des problèmes de santé physique qui réduisent la productivité au travail et l'espérance de vie.

39. La stigmatisation accompagnant les troubles de santé mentale ne fait qu'aggraver les choses. Dans un rapport établi par la Lancet Commission, avec la participation de 50 experts et de personnes ayant une expérience concrète des problèmes de santé publique, quatre formes distinctes de stigmatisation ont été recensées : a) l'autostigmatisation, qui se produit lorsque les personnes atteintes de troubles mentaux sont conscientes des stéréotypes négatifs des autres et les retournent contre elles-mêmes ; b) la stigmatisation par association, qui fait référence à la discrimination dirigée contre les membres de la famille ou le personnel de santé ; c) la stigmatisation publique et interpersonnelle, à savoir le fait, pour des membres de la société, de perpétuer des stéréotypes négatifs et d'adopter des comportements néfastes envers les personnes atteintes de troubles mentaux ; d) la stigmatisation institutionnelle, qui fait référence aux politiques et pratiques qui fonctionnent au détriment des personnes souffrant de troubles mentaux⁷³.

40. Ces différentes formes de stigmatisation influent sur tous les aspects de la vie. Elles font baisser l'estime de soi et la capacité à développer des relations sociales, elles limitent l'accès à l'emploi et au logement, et elles dissuadent les personnes touchées de chercher de l'aide, par crainte de se voir attribuer l'étiquette de « malade mental »⁷⁴. En outre, les stéréotypes négatifs dont sont victimes les personnes souffrant de problèmes de santé mentale peuvent expliquer la réticence des décideurs publics à investir dans la santé mentale.

41. Les personnes en situation de pauvreté font donc face à une triple menace : elles sont économiquement désavantagées, le stress financier auquel elles sont soumises les expose de façon disproportionnée aux problèmes de santé mentale, en dépit d'un accès limité aux soins préventifs et curatifs, et elles sont stigmatisées pour ces problèmes.

V. Rupture des cercles vicieux

42. La mode est à la promotion de sociétés obsédées par la croissance, qui se caractérisent par un climat de compétition et de course à la performance, entraînant un sentiment d'anxiété liée au statut et poussant à la dépression les travailleurs et travailleuses qui ne parviennent pas à répondre aux attentes irréalistes de ce que signifie vivre une vie productive. Il serait plus judicieux de concevoir des sociétés obsédées par les soins, dans lesquelles la sécurité économique serait garantie et qui permettraient à tout un chacun d'améliorer son estime de soi et de se sentir valorisé. Le Rapporteur spécial met en évidence quatre actions prioritaires à cet égard.

⁷¹ Voir le paragraphe 12 du Plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013-2030.

⁷² Vijaya Murali et Femi Oyeboode, « Poverty, social inequality and mental health », *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 10, n° 3 (mai 2004).

⁷³ Graham Thornicroft et autres, « La Commission The Lancet pour mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination dans le domaine de la santé mentale », *The Lancet*, vol. 400, n° 10361 (octobre 2022).

⁷⁴ Matthias c. Angermeyer et H. Matschinger, « The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 108, n° 4 (octobre 2003) ; Patrick W. Corrigan, « How clinical diagnosis might exacerbate the stigma of mental illness », *Social Work*, vol. 52, n° 1 (janvier 2007).

A. Investir dans les soins de santé mentale

43. Il faudrait avant tout commencer par investir davantage dans les soins de santé mentale. Bien qu'ils ne puissent se substituer aux efforts d'atténuation de la pauvreté, ces investissements peuvent avoir des effets majeurs sur le traitement des maladies mentales et neurologiques et sur la toxicomanie et conduire à des résultats économiques nettement supérieurs⁷⁵. En d'autres termes, les soins de santé mentale constituent un facteur important de développement humain. Investir dans la santé mentale peut sembler coûteux, mais ne rien faire entraînerait des pertes financières bien plus élevées, en raison de la baisse de productivité au travail et de l'utilisation d'antidépresseurs.

44. Les crédits budgétaires alloués aux soins de santé mentale sont toujours loin d'être suffisants. En moyenne, les États ne consacrent que 2,1 % de leurs dépenses de santé à la santé mentale, ce pourcentage s'amenuisant encore plus dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire. Si, au niveau mondial, le nombre médian d'agents de santé mentale est de 13 pour 100 000 habitants, ce chiffre varie énormément, allant de moins de 2 soignants pour 100 000 habitants dans les pays à bas revenu à plus de 60 dans les pays à revenu élevé. De même, si les pays à faible revenu ne comptent que 0,11 établissement psychiatrique de proximité pour 100 000 habitants, dans les pays à revenu élevé, ce chiffre passe à 5,1⁷⁶. Selon l'OMS, 76 à 85 % des personnes atteintes de problèmes mentaux graves ne reçoivent aucun traitement dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire, alors que, dans les pays à revenu élevé, leur proportion est de l'ordre de 35 à 50 %. Les dépenses consacrées à la santé mentale sont non seulement trop faibles (la moyenne annuelle est inférieure à deux dollars par personne à l'échelle mondiale et elle tombe à moins de 0,25 dollar par personne dans les pays à faible revenu), mais elles sont également mal affectées : 67 % des ressources vont à des hôpitaux psychiatriques autonomes, bien qu'il soit largement admis que c'est là un moyen inefficace de traiter le problème⁷⁷.

45. Bien qu'un certain nombre d'objectifs aient été fixés à l'intention des pays dans le plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013-2030, ceux-ci ne seront pour la plupart pas atteints⁷⁸, et l'objectif visant à faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, tel qu'il est défini dans la cible 3.8 des objectifs de développement durable, reste un rêve lointain. Lors de l'adoption des objectifs de développement durable, seules une personne sur 5 dans les pays à revenu élevé et une personne sur 27 dans les pays à bas revenu et les pays à revenu intermédiaire inférieur recevaient au moins un traitement minimal adéquat pour lutter contre un état dépressif majeur⁷⁹. C'est dans ce contexte et afin de combler le fossé existant que l'OMS a lancé, en 2019, une initiative spéciale pour la santé mentale⁸⁰. Malgré tout, en dépit de ces engagements et des initiatives adoptées, telles que le Programme d'action de l'OMS « Comblent les lacunes en santé mentale », dans la

⁷⁵ Crick Lund et autres, « Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries », *The Lancet*, vol. 378, n° 9801 (octobre 2011).

⁷⁶ OMS, *Mental Health Atlas 2020* (Genève, 2021).

⁷⁷ Voir le paragraphe 14 du plan d'action ; voir également [A/HRC/41/34](#), par. 21.

⁷⁸ OMS, *Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous* (Genève, 2022).

⁷⁹ Graham Thornicroft et autres, « Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries », *British Journal of Psychiatry*, vol. 210, n° 2 (février 2017).

⁸⁰ OMS, « The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health », 2019.

plupart des pays à faible revenu, trois personnes sur quatre n'ont pas accès au traitement dont elles ont besoin⁸¹.

46. La faiblesse des dépenses en matière de santé mentale est en partie un effet collatéral du manque d'investissements dans les soins de santé en général. Alors que les dépenses globales de santé ont augmenté en 2021 en réaction à la pandémie de COVID-19, atteignant cette année-là 10,3 % du PIB, soit 9,8 billions de dollars, les contraintes budgétaires pesant sur les pays à faible revenu ont en réalité obligé ces derniers à réduire leurs dépenses consacrées aux services de santé publique, et les écarts entre pays se sont encore creusés. Ainsi, 11 % de la population mondiale vit dans des pays qui consacrent moins de 50 dollars par an et par personne aux soins de santé (contre une moyenne de 4 000 dollars dans les pays à revenu élevé), et les pays à faible revenu, où vivent 8 % de la population mondiale, ne sont responsables que de 0,24 % des dépenses mondiales de santé⁸². En outre, bien que le financement public des soins de santé par l'imposition ou le recours à des régimes publics de soins de santé soit plus rentable et plus équitable⁸³, 40 % des fonds consacrés à cette question proviennent encore de régimes d'assurance privés, ce qui signifie que les soins sont moins abordables pour les pauvres, qui n'ont souvent pas d'assurance ou doivent faire face à des dépenses de santé catastrophiques⁸⁴.

47. En outre, si les soins de santé en général sont sous-financés, la situation est encore pire en ce qui concerne les soins préventifs : en 2021, seuls 3 % du total des dépenses de santé dans les pays à revenu élevé et 13 % dans les pays à faible revenu étaient consacrés à la prévention⁸⁵.

48. Dans ce contexte général de sous-financement des soins de santé, les services de soins de santé mentale sont encore plus négligés, en raison de la stigmatisation attachée aux troubles mentaux, parce que les personnes sujettes à la détresse mentale ont du mal à faire valoir leurs droits et parce que les gouvernements ne reconnaissent pas l'importance d'investir dans le secteur.

B. Réduire l'insécurité

49. S'il est important d'investir davantage dans les services de santé mentale, qu'ils soient préventifs ou curatifs, ces efforts ne doivent pas être considérés comme un substitut à la lutte contre les facteurs de fond à l'origine de la dépression et de l'anxiété, à savoir la pauvreté, l'isolement social et les inégalités qui entraînent un sentiment d'anxiété liée au statut.

50. Le Rapporteur spécial réitère donc son appel à placer la lutte contre les inégalités de revenus et de richesses au cœur de la recherche d'un nouveau contrat écosocial, exigence qu'il a déjà qualifiée d'essentielle pour une transition juste, ainsi que sa demande de passer à un modèle de développement postcroissance qui donne la priorité au bien-être plutôt qu'au PIB (voir A/75/181, par. 44 à 48 et A/HRC/56/61, par. 32 à 37). La lutte contre les inégalités, mais aussi contre la tendance à la

⁸¹ Voir www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme.

⁸² OMS, *Global Spending on Health: Coping with the Pandemic* (Genève, 2023).

⁸³ Jomo Kwame Sundaram, « Finance healthcare, not insurance premia », Inter Press Service, 26 juin 2024.

⁸⁴ OMS et Banque mondiale, *Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report* (Genève, 2023).

⁸⁵ « Financing Universal Social Protection and Health Coverage », document d'information pour la préparation de la quatrième Conférence internationale sur le financement du développement (volet sur le financement de la protection sociale et des services de santé dans les pays en développement) (non publié, 20 juin 2024), p. 9.

précarisation du travail et à la contractualisation de la protection sociale (par l'introduction d'un caractère conditionnel de l'aide et la surveillance des bénéficiaires), devrait être au cœur du combat contre la pandémie mondiale de dépression et d'anxiété. Éradiquer la pauvreté, garantir la sécurité des revenus et assurer le respect du droit à la santé mentale sont des objectifs complémentaires et synergiques.

1. Prévention des risques psychosociaux au travail

51. Dans un rapport de 2012, l'OCDE a reconnu que les travailleurs de tous ses pays membres faisaient face à une évolution des conditions de travail sous l'effet des ajustements structurels opérés au cours des dernières décennies et que des emplois de qualité médiocre ou un environnement de travail malsain sur le plan psychologique pouvaient fragiliser la santé mentale et, partant, influencer la situation de chacun sur le marché du travail⁸⁶. Étonnamment, dans sa recommandation sur une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi, adoptée le 14 décembre 2015, le Conseil de l'OCDE fait à peine allusion à cette dimension structurelle, insistant simplement sur le fait que les États membres doivent « encourager et mettre en œuvre l'évaluation et la prévention des risques psychosociaux au travail »⁸⁷.

52. Nous devons nous départir de cette attitude de déni. Hausse des exigences professionnelles, manque de contrôle sur l'emploi (c'est-à-dire, capacité limitée à prendre des décisions sur le sujet) et imprécisions quant aux rôles à remplir sont autant de facteurs susceptibles d'exacerber le stress lié au travail et d'augmenter le risque d'épuisement, de burnout, d'anxiété et de dépression⁸⁸. Dans de précédents rapports, le Rapporteur spécial s'est intéressé à certaines retombées de la réorganisation post-fordiste du travail, concernant notamment la manière dont les salaires étaient fixés et les conditions de travail déterminées ([A/78/175](#) et [A/HRC/53/33](#)). Cette refonte entraîne par ailleurs une augmentation des risques psychosociaux au travail. En vertu de la Convention (n° 155) sur la sécurité et la santé des travailleurs, 1981, et de la Convention (n° 187) sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail, 2006, de l'Organisation internationale du Travail, toutes deux déclarées « conventions fondamentales » en 2022 (ce qui implique qu'elles doivent être respectées même par les États qui ne les ont pas ratifiées), les États sont censés remédier à ces risques. Pourtant, en 2019, seuls 35 % d'entre eux disposaient d'un programme national de lutte contre les problèmes de santé mentale liés au travail⁸⁹.

53. Un certain nombre de risques psychosociaux pour la santé mentale au travail sont signalés dans les Lignes directrices de l'OMS sur la santé mentale au travail, publiées en 2022, mais c'est peut-être dans le domaine des horaires de travail que le vide réglementaire est le plus évident. Des instructions relatives à cette question devraient être définies en vue de limiter l'imprévisibilité des horaires de travail et ses effets sur la santé mentale. Il pourrait par exemple être exigé que les horaires de travail soient communiqués à l'avance et que, lorsque ceux-ci sont modifiés sans préavis suffisant, les employés reçoivent une compensation, comme dans le cas des heures supplémentaires, qui s'accompagnent d'une rémunération additionnelle. Le travail de garde devrait être découragé, par exemple en garantissant une rémunération au moins partielle aux travailleurs auxquels il est demandé d'être disponibles. Une durée de repos minimale entre deux périodes de travail pourrait être imposée. Des règles d'« accès aux heures » pourraient également être introduites pour garantir aux

⁸⁶ OCDE, *Mal-être au travail*, p. 40.

⁸⁷ OCDE, OECD/LEGAL/0420.

⁸⁸ OMS et Organisation internationale du Travail (OIT), *Mental Health at Work: Policy Brief* (Genève, 2022), p. 4 ; Michael Quinlan, « The effects of non-standard forms of employment on worker health and safety », *Conditions of Work and Employment Series*, n° 67 (Genève, OIT, 2016).

⁸⁹ OMS, *Mental Health Atlas 2020*.

travailleurs à temps partiel qui sont de garde un nombre minimum d'heures de travail par semaine ou par mois et améliorer ainsi leur sécurité économique⁹⁰.

2. Fourniture d'un revenu de base inconditionnel

54. Les chocs économiques sont une cause majeure de dépression et l'insécurité économique représente un grand facteur d'anxiété. Afin de réduire ces deux problèmes, la protection sociale pourrait être renforcée et devenir plus globale, et l'on pourrait en supprimer le caractère conditionnel, source de pression permanente sur les bénéficiaires. En 2008, une étude a montré que la fourniture d'une assurance maladie subventionnée (d'une valeur de 550 à 750 dollars par an) à des personnes à faible revenu d'Oregon avait conduit à une réduction des taux de dépression d'environ un quart en l'espace de quelques mois. Menée de façon contrôlée et aléatoire, celle-ci a permis de découvrir que si la protection sociale contribuait à prévenir les problèmes de santé mentale, c'était avant tout grâce au sentiment de sécurité qu'elle procurait, l'augmentation des niveaux de revenus étant secondaire⁹¹. On peut en conclure que la mise en place de régimes fondés sur les droits et inconditionnels est susceptible de créer un sentiment de sécurité et de légitimité, ce qui a des répercussions positives importantes sur la santé mentale.

55. Compte tenu de ce qui précède, le Rapporteur spécial recommande de veiller à appliquer des régimes de protection sociale aussi larges que possible, sans ciblage excessif et sans que l'aide soit assortie de conditions susceptibles d'entraîner l'exclusion de bénéficiaires et de créer le climat d'insécurité même que ces régimes sont censés prévenir. Les régimes de revenu de base inconditionnel donnent à la population un sentiment de sécurité propice à éviter les problèmes de santé mentale liés à l'incertitude économique. Une expérience menée au Malawi en 2008 et en 2009, qui consistait à verser des allocations en espèces à des écolières, a montré que les écolières recevant des transferts sans condition étaient environ 38 % moins susceptibles de souffrir de détresse psychologique que celles du groupe de contrôle, alors que ce pourcentage tombait à 17 % si les versements étaient subordonnés à la fréquentation régulière de l'école. Les chercheurs qui ont analysé les résultats de cette étude ont constaté que lorsque les transferts devenaient une source importante de revenus pour toute la famille et que leur versement dépendait des actions de l'écolière bénéficiaire, ils pouvaient devenir un fardeau trop lourd à porter et nuire à la santé mentale de l'intéressée⁹². Au Canada, le programme Mincome, une expérience de terrain sur le revenu de base inconditionnel et annuel menée entre 1974 et 1979 dans la province de Manitoba, a montré une baisse de fréquentation des hôpitaux pour des motifs d'accidents, de blessures et de problème de santé mentale de 8,5 % dans le groupe de traitement, qui recevait un revenu de base, par rapport au groupe de contrôle, ainsi qu'une réduction de la dépendance vis-à-vis des médecins, en particulier en ce qui concerne la santé mentale. Les chercheurs ont conclu qu'un revenu garanti, même modeste, pouvait entraîner des économies importantes pour le système de santé⁹³. En Finlande, 2 000 chômeurs ont reçu un revenu de base inconditionnel de 560 euros par mois pendant deux ans (en 2017 et 2018). Les bénéficiaires de ce programme se sont dits plus satisfaits dans la vie, ont montré des signes de meilleure santé et se sont moins plaints de détresse mentale et de dépression que les personnes du groupe de contrôle, qui ne recevaient pas de revenu de base. Ils

⁹⁰ Schneider et Harknett, « Consequences of routine work-schedule instability ».

⁹¹ Amy Finkelstein et autres, « The Oregon health insurance experiment: evidence from the first year », *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 127, n° 3 (août 2012).

⁹² Sarah Baird, Jacobus de Hoop et Berk Özler, « Income shocks and adolescent mental health », *Policy Research Working Paper*, n° 5644 (Banque mondiale, 2011), p. 19.

⁹³ Evelyn L. Forget, « The town with no poverty: the health effects of a Canadian guaranteed annual income field experiment », *Canadian Public Policy*, vol. 37, n° 3 (septembre 2011).

ont en outre fait preuve de capacités cognitives accrues en matière de mémoire, d'apprentissage et de concentration⁹⁴.

56. Ces conclusions ont été confirmées par une métaétude reposant sur 27 études de 9 programmes d'octroi d'un revenu de base inconditionnel à des individus ou à des familles, dont beaucoup avaient été menées au moyen d'essais contrôlés randomisés ou de méthodes quasi-expérimentales robustes. Des effets positifs importants ont été constatés en matière de santé mentale⁹⁵. Ainsi, les programmes de transferts en espèces inconditionnels peuvent contribuer de manière significative à faire baisser la charge de morbidité élevée découlant de problèmes de santé mentale courants, tels que la dépression. Ces programmes (tels que le programme Child Support Grant, en Afrique du Sud) ont donc une fonction préventive importante, en ce qu'ils réduisent les coûts des soins de santé et les besoins en personnel de santé qualifié et en installations de traitement de la santé mentale⁹⁶.

57. Les programmes d'octroi d'un revenu de base inconditionnel peuvent également contribuer à remédier aux restrictions de la bande passante mentale associées au manque. Le fait de subordonner l'octroi de transferts en espèces à des conditions et le ciblage excessif fondé sur l'examen des ressources entraînent des règles d'éligibilité complexes auxquelles les bénéficiaires doivent se plier sous peine de sanctions. Il s'agit d'ailleurs là d'un facteur expliquant le taux élevé de rejet constaté dans certains régimes de protection sociale, dont des régimes de revenu minimum vitaux pour les personnes en situation de pauvreté (voir [A/HRC/50/38](#), par. 17 et 55). L'octroi d'un revenu minimum universel, en revanche, garantit une sécurité de revenu prévisible, dont la régularité de paiement peut contribuer à alléger les préoccupations quotidiennes des bénéficiaires, améliorant ainsi leurs capacités cognitives⁹⁷.

C. S'attaquer à la stigmatisation et à la discrimination

58. La stigmatisation associée aux troubles de la santé mentale aggrave les effets négatifs des problèmes de santé mentale sur la capacité des individus à sortir de la pauvreté⁹⁸. En 2012, l'OMS a lancé l'initiative QualityRights, afin d'améliorer la qualité des soins, de lutter contre la stigmatisation et la discrimination et de promouvoir les droits humains des personnes souffrant de problèmes de santé mentale⁹⁹. En vue de réduire la stigmatisation, des programmes spécifiques destinés à aider à la réinsertion dans le monde du travail pourraient être mis au point. Les personnes souffrant de troubles mentaux pourraient être habilitées à choisir les services qui répondent le mieux à leurs besoins. Les lois anti-discrimination pourraient en outre être mieux appliquées et les personnes mieux informées sur leurs droits¹⁰⁰. Tout cela va dans le sens de la Convention relative aux droits des personnes

handicapées et de l'objectif 3 du plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013-2030¹⁰¹.

59. Pour veiller à ce que les mesures de lutte contre la stigmatisation et la discrimination soient conçues en toute connaissance de cause et efficaces, il serait bénéfique de faire participer à l'élaboration des plans d'action nationaux sur la santé mentale des personnes ayant une expérience concrète des problèmes de santé mentale et des personnes s'étant déjà retrouvées dans la pauvreté.

D. Concevoir des environnements urbains équitables

60. L'ancien Rapporteur spécial sur le droit à la santé a recommandé aux États de prendre des mesures pour « restaurer et protéger les espaces verts existants afin de favoriser le lien des populations avec la nature, trouver des moyens créatifs d'utiliser l'environnement pour bâtir de nouvelles relations, y compris avec la nature, et faciliter la guérison des personnes et des communautés » (A/HRC/44/48, par. 75). Le paysage urbain peut être transformé pour améliorer l'accès aux espaces verts et aux parcs, ce qui est bénéfique non seulement pour la santé mentale, mais aussi pour la santé sociale, définie comme « la capacité à nouer et à entretenir des relations ainsi qu'à éprouver un sentiment de connexion, d'acceptation et d'appartenance ». Les comportements prosociaux et les liens sociaux sont encouragés en facilitant le contact avec la nature¹⁰².

61. Des initiatives en matière de soins de santé peuvent être prises afin d'encourager la population, en particulier les enfants, à passer plus de temps dans la nature¹⁰³. Alors que les professionnels de la santé recommandent désormais aux patients des interactions plus fréquentes avec la nature, une approche encore plus prometteuse consiste à organiser des activités de groupe pour motiver la population en ce sens, d'une manière qui permette une participation active plutôt que passive de cette dernière et lui donne donc la chance de construire des relations sociales¹⁰⁴.

VI. Conclusions et recommandations

62. **L'idéal que poursuit le Plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013-2030 est celui d'un monde qui reconnaît l'importance de la santé mentale et la nécessité de la promouvoir, de la protéger et de prévenir les troubles mentaux, un monde où les personnes souffrant de ces troubles peuvent exercer pleinement l'ensemble de leurs droits fondamentaux et accéder en temps utile à des soins et à un soutien social de qualité et culturellement adaptés qui facilitent leur guérison, afin qu'elles puissent jouir du meilleur état de santé possible et participer pleinement à la société et à la vie professionnelle, sans aucune stigmatisation ni discrimination**¹⁰⁵.

63. **Pour que cette vision se concrétise, nous devons passer d'une approche biomédicale à une approche biopsychosociale des problèmes de santé mentale, passant de la psychiatrisation de la pauvreté à la lutte contre les causes**

¹⁰¹ OMS, Plan d'action globale pour la santé mentale 2013-2030, p.27.

¹⁰² Arbuthnott, « Nature exposure and social health ».

¹⁰³ Jules Pretty et Jo Barton, « Nature-based interventions and mind-body interventions: saving public health costs whilst increasing life satisfaction and happiness », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, n° 21 (1^{er} novembre 2020).

¹⁰⁴ Wesley Tate et autres, « Nature prescribing or nature programming? Complementary practices to increase time in nature to support mental health, *Ecopsychology* (2024).

¹⁰⁵ OMS, Plan d'action globale pour la santé mentale 2013-2030, par. 20.

structurelles de la dépression et de l'anxiété. Il faut pour cela remettre en question la manière dont l'économie traite les femmes et les hommes (qui sont considérés comme des ressources à exploiter et à rendre aussi productives que possible), ainsi que la priorité accordée à l'économie productive par rapport à l'économie reproductive. Plutôt que l'augmentation du PIB, l'accent devrait être mis sur l'amélioration du bien-être.

64. Afin d'agir sur les déterminants sociaux de la dépression et de l'anxiété, les États devraient, d'une part, placer la lutte contre la pauvreté et les inégalités au cœur des stratégies nationales d'amélioration de la santé mentale, et, d'autre part, lutter contre l'augmentation des inégalités de revenus et de richesses, « l'informalisation et la déstandardisation » du travail, la contractualisation de l'aide sociale et la ségrégation par le logement dans les zones urbaines, laquelle entraîne un manque d'accès pour les enfants des quartiers défavorisés à des espaces verts.

65. Pour briser le cercle vicieux liant la pauvreté aux problèmes de santé mentale, il faut également déstigmatiser les troubles mentaux et investir davantage dans la prévention et le traitement de ceux-ci, comme souligné dans plusieurs résolutions de l'Assemblée générale et du Conseil des droits de l'homme¹⁰⁶.

66. Il est essentiel que les personnes en situation de pauvreté, y compris les enfants, prennent part à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des mesures visant à s'attaquer aux déterminants sociaux des problèmes de santé mentale qui les affectent¹⁰⁷. La participation significative de ces personnes garantira l'élaboration de politiques plus éclairées et donc plus efficaces, la prise en considération de leur vécu et de leurs expériences permettant de mieux cerner les obstacles auxquels les bénéficiaires font face et de trouver des moyens de les surmonter. Sans compter qu'il s'agit aussi d'une fin en soi. Le droit à la participation, droit humain mentionné à l'article 25 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques et au paragraphe 38 des Principes directeurs sur l'extrême pauvreté et les droits de l'homme, confère à la population un pouvoir d'action. Il permet aux personnes en situation de pauvreté de participer à l'élaboration des politiques, contribuant ainsi à la sensibilisation aux droits, ainsi qu'au renforcement de la confiance, du capital social et des connaissances de ces personnes¹⁰⁸. Ce n'est qu'en garantissant cette participation qu'il nous sera possible de trouver des moyens d'instaurer une économie qui soit centrée sur les droits humains.

¹⁰⁶ Voir la résolution 77/300 de l'Assemblée générale et les résolutions 32/18, 36/13 et 43/13 du Conseil des droits de l'homme.

¹⁰⁷ Pour un exemple prometteur, voir le projet « What do you think? » conduit par l'UNICEF en 2020-2022 pour recueillir l'avis de 150 enfants âgés de 6 à 17 ans sur leur expérience avec les soins de santé mentale.

¹⁰⁸ Voir A/HRC/23/36 et les directives sur le droit de participer aux affaires publiques (A/HRC/39/28). En coopération avec le Mouvement international ATD Quart Monde, le Rapporteur spécial a développé une méthodologie visant à assurer la participation effective des personnes en situation de pauvreté à travers la mise en place de processus délibératifs pour la conception et l'évaluation des politiques. L'outil pour l'élaboration et l'évaluation inclusive et délibérative des politiques (outil IDEEP, pour « Inclusive and Deliberative Elaboration and Evaluation of Policies ») a été présenté à Washington, le 15 février 2024, lors d'une conférence organisée par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international. Celui-ci pourrait être utilisé, par exemple, pour élaborer des plans d'action nationaux sur la santé mentale, afin de garantir qu'il soit pleinement tenu compte des préoccupations et des propositions des personnes en situation de pauvreté.