

L'état des connaissances

Services de santé mentale et obstacles à leur mise en place

Julian Leff

Professeur de psychiatrie sociale et culturelle


Chef de la section de psychiatrie sociale

Institut de psychiatrie

Londres, Royaume-Uni

Sommaire

Transition vers des soins de santé mentale communautaires

 Les services psychiatriques des pays développés étaient fortement centralisés à la suite d'un programme massif de construction d'hôpitaux psychiatriques. Le processus de destruction et de fermeture de ces hôpitaux a provoqué une décentralisation accompagnée de la création de services communautaires. Dans beaucoup de pays en développement, la grande majorité des personnes présentant des conditions psychiatriques sont prises en charge dans la communauté, mais avec très peu de professionnels spécialisés. Souvent dans ces pays, le développement des services psychiatriques continue à ne se voir accorder qu'une faible priorité, en dépit du niveau élevé d'incapacités chroniques causées par les maladies psychiatriques.

Il faut que les personnes et leur famille aient accès à des services psychiatriques d'un coût abordable et à des agents de santé suffisamment formés pour pouvoir diagnostiquer et traiter correctement les pathologies. Il faut chercher à établir un équilibre optimal entre les services spécialisés et les services de soins de santé primaires. La législation sur la santé mentale doit aussi trouver un juste équilibre entre le droit à la liberté individuelle, le droit au traitement et la protection du public. Dans les pays qui n'ont pas de législation en matière de santé mentale, il est très urgent d'en promulguer une.

Nouvelles interventions

Au cours des deux dernières décennies, des progrès majeurs ont été accomplis pour un grand nombre de conditions psychiatriques en ce qui concerne à la fois les pharmacothérapies et les psychothérapies. De nouveaux types de médicaments antipsychotiques et d'antidépresseurs ont été introduits avec des réactions indésirables moins importantes que les anciens médicaments, mais pour un coût plus élevé. Les thérapies cognitivo-comportementales, qui visent à modifier les structures erronées de la pensée et à munir les patients de stratégies qui les aideront à combattre leurs symptômes, ont été introduites à la fois pour les névroses, et pour la schizophrénie et la maladie

maniaco-dépressive. Il a été démontré que faire participer les familles aux traitements a permis d'améliorer les résultats dans les cas d'alcoolisme, de troubles de l'alimentation, de la dépression, de la schizophrénie et des névroses de l'enfance, ainsi que dans le cas de problèmes du comportement. Ces innovations élargissent considérablement la gamme des interventions psychiatriques efficaces, mais ne sont disponibles que pour très peu de malades, même dans les pays développés.

Mettre la chimiothérapie et la psychosociothérapie à la disposition de tous ceux qui pourraient en bénéficier

La diffusion des traitements psychosociaux efficaces constitue un défi majeur dans tous les pays. Dans les pays en développement où les services psychiatriques doivent être établis dans les structures de soins de santé primaires, il faut prévoir dans le budget national le coût que représentent la formation psychiatrique adéquate du personnel et la garantie d'un approvisionnement continu des médicaments essentiels. Certains médicaments peuvent être achetés sous leur nom générique auprès d'organisations à but non lucratif. Il existe de bons exemples où il a été possible de former un personnel paramédical capable de prescrire une gamme limitée de psychotropes. De plus, après une formation minimale, ce personnel peut utiliser des diagrammes pour le diagnostic, l'évaluation, la prise en charge et l'orientation vers un spécialiste.

En l'absence de professionnels spécialisés, le personnel paramédical et les membres de la famille peuvent être formés de manière à aider d'autres familles à s'occuper d'un malade mental. Bien que, dans les pays en développement, la responsabilité des soins des personnes présentant des maladies psychiatriques repose presque entièrement sur la famille, il n'existe guère de collaboration véritable entre les professionnels et les membres de la famille.

Valeur thérapeutique du travail

Le travail est un élément essentiel de la réinsertion sociale des patients psychiatriques. Toutefois, dans les pays développés, il est très difficile de trouver un emploi si vous avez un passé de maladie mentale. La création récente d'entreprises ou de coopératives sociales a apporté une réponse au problè-

me. Afin d'améliorer la qualité de vie des malades mentaux vivant dans la communauté, il est essentiel de créer des liens solides entre les services de santé mentale et les ministères de l'emploi, de la protection sociale et du logement.

Développement des organisations d'utilisateurs et de leur famille

Des organisations non gouvernementales pour les utilisateurs et leur famille sont devenues maintenant des groupes de sensibilisation nationale ainsi que des prestataires de services dans de nombreux pays développés. Elles en sont encore à l'état embryonnaire dans les pays en développement. Le fait de reconnaître que les utilisateurs ont légitimement leur mot à dire les responsabilise et contribue à atténuer le sentiment d'exclusion.

Besoins des groupes spéciaux

Enfants et adolescents: Dans la plupart des pays du monde, le développement de services psychiatriques pour l'enfant est en retard par rapport à ceux de l'adulte. Les enfants et les adolescents sont plus exposés aux conséquences psychiatriques de la pauvreté, de la famine et de la perte des parents dans les pays en développement, précisément où les services psychiatriques infantiles ne sont guère accessibles. Avec l'extension de l'éducation universelle, les écoles deviennent le lieu le plus approprié pour les interventions liées à la santé en ce qui concerne les enfants. Les agents de soins de santé primaires ont besoin d'être basés dans les écoles et de posséder les compétences nécessaires pour détecter les problèmes psychologiques et comportementaux chez l'enfant, afin de pouvoir le traiter et le prendre en charge. Il existe également la possibilité de former les mères à prendre mieux soin des nourrissons, de manière à prévenir l'apparition ultérieure de problèmes psychologiques.

Utilisation abusive de psychotropes: L'ampleur de l'utilisation abusive des substances psychoactives, y compris leur utilisation multiple, a augmenté spectaculairement dans le monde entier au cours des trois dernières décennies. Une large gamme de traitements efficaces est disponible pour les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie, y compris des interventions psychosociales, médicales et éducatives. Le mieux est de les situer dans des services de santé primaires qui devraient collaborer avec les

structures communautaires, notamment les groupes d'assistance mutuelle. Une même attention devrait être accordée aux mesures qui visent à réduire la demande de substances psychoactives et celles qui visent la réduction de l'approvisionnement.

Troisième âge: Les personnes âgées présentent un haut risque de suicide (notamment les hommes), de dépression et de démence. On constate tous les ans une augmentation régulière des problèmes psychiatriques du troisième âge, à mesure que la proportion des personnes âgées s'accroît dans le monde. En même temps, la dissolution de la famille élargie sous la pression de l'urbanisation et de l'industrialisation fait disparaître lentement les réseaux de soutien naturels qui étaient utilisés pour aider les personnes âgées.

Par conséquent, il est urgent d'apporter un soutien et d'améliorer les soins déjà fournis aux personnes âgées par leur famille, notamment prévoir la possibilité d'un placement temporaire pour soulager les membres de la famille, et intégrer l'évaluation et la prise en charge de la santé mentale dans les services de santé généraux pour les personnes âgées.

Soins de santé mentale dans les pays développés et en développement

Introduction



L'évolution des services psychiatriques a suivi des voies très divergentes dans les pays développés et dans les pays en développement. Dans les pays développés, les services se sont centralisés fortement autour d'un programme massif de construction d'hôpitaux psychiatriques au cours du XIX^e siècle et du début du XX^e siècle. Habituellement situés à l'extérieur des villes, ces hôpitaux étaient des mondes fermés, isolés du reste de la société, et les malades, une fois admis, avaient de fortes chances d'y passer le restant de leur vie.

Dans les pays en développement, quelques rares hôpitaux psychiatriques ont été construits par les puissances coloniales, mais, en général, ils étaient destinés à leur propre personnel, à l'exclusion de la population locale. Avec la fin de l'ère coloniale, les hôpitaux psychiatriques ont été repris par les nouveaux Etats, mais ils n'ont jamais desservi qu'une partie infime de la population. En Inde, par exemple, il n'y a que 25 000 lits psychiatriques pour une population qui dépasse le milliard de personnes (Wig, 1997). Par conséquent, dans les pays en développement, ce sont les familles qui continuent à être la source principale de soins et de soutien pour les personnes présentant des troubles psychiatriques, y compris les plus graves.

Après la Seconde Guerre mondiale, dans les pays développés les soins se sont déplacés des hôpitaux psychiatriques vers les services offerts au sein de la communauté. Ce mouvement correspondait à l'évolution des attitudes du personnel, à une meilleure compréhension du public des pratiques abusives utilisées dans les hôpitaux et à l'introduction en 1955 de la chlorpromazine, médicament ayant un effet antipsychotique spécifique. En Amérique du Nord, en Europe et en Australie, le processus de désinstitutionnalisation (le transfert des services de l'hôpital psychiatrique à des structures communautaires) s'est déroulé progressivement pour aboutir à la fermeture d'une grande partie des hôpitaux psychiatriques. En Italie, la loi N° 180 promulguée en 1978 interdit l'admission des patients dans des

hôpitaux psychiatriques, bien que certains lits psychiatriques restent disponibles dans les hôpitaux généraux. En Angleterre et au pays de Galles, il n'y avait plus en 2000 que 14 hôpitaux psychiatriques toujours ouverts sur 130. A Valence (Espagne), le dernier des 8 hôpitaux psychiatriques a été fermé en 2001. Le désintérêt pour les hôpitaux psychiatriques continue à l'heure actuelle dans les pays développés et en développement.

Les anciens hôpitaux psychiatriques représentent un investissement considérable de capitaux pour les bâtiments et les terrains, et de ressources pour les frais de personnel. Le terrain sur lequel se trouvent ces hôpitaux est devenu très précieux, étant donné que les villes se sont agrandies et entourent actuellement des asiles jadis situés à l'écart. Dans de nombreux pays, le site même des hôpitaux psychiatriques a été vendu à des promoteurs et les fonds ainsi obtenus ont été investis dans les services communautaires. Le personnel des hôpitaux psychiatriques est redéployé dans la communauté. Dans de nombreux pays européens, le modèle principal de l'organisation de ces soins psychiatriques d'ensemble a été la création de zones géographiquement définies, connues sous le nom de secteurs ; ce concept a été mis au point en France au milieu du XX^e siècle. A partir des années 60, le principe d'organisation de la sectorisation a été largement appliqué dans de nombreux domaines et presque dans tous les pays de l'Europe occidentale, la dimension d'un secteur variant de 25 000 à 30 000 personnes.

Toutefois, la désinstitutionnalisation n'a pas été un succès total et les soins au sein de la communauté sont toujours confrontés à de nombreux problèmes de fonctionnement. Si de meilleurs résultats n'ont pas été obtenus, c'est en partie parce que certains gouvernements n'ont pas consacré les ressources économisées par la clôture des hôpitaux aux soins communautaires, et que les professionnels n'ont pas été préparés de manière satisfaisante afin de bien comprendre et d'accepter les changements intervenus au niveau des soins et du rôle des soignants. Ceux qui critiquent l'approche communautaire affirment qu'elle a augmenté considérablement le nombre des malades mentaux sans abri ou emprisonnés (Lamb, 1976). Toutefois, des études de suivi effectuées sur les cohortes de malades de long séjour sortis des hôpitaux psychiatriques ont montré qu'une bonne organisation et un financement

suffisant des services communautaires permettaient d'éviter ces résultats négatifs et d'améliorer la qualité de la vie des patients (Trieman et coll., 1999 ; Leff et coll., 2000 ; Rothbard et coll., 1999).

Dans de nombreux pays en développement, par contre, les programmes de soins pour les individus atteints de troubles mentaux ou comportementaux continuent à n'être que faiblement prioritaires. La majorité de la population ne reçoit aucun soin psychiatrique : ces soins sont toujours, la plupart du temps, limités à un petit nombre d'institutions, habituellement surpeuplées et ne disposant ni d'un personnel ni de ressources suffisants, et des services qui ne reflètent pas les besoins des malades ni la gamme des méthodes disponibles en matière de traitement et de soins. Le public ne vient chercher de l'aide dans ces centres qu'en dernier ressort. Beaucoup d'hôpitaux continuent à fonctionner dans le cadre d'une législation qui est plus d'ordre pénal que thérapeutique. Par exemple, dans 15 % des pays du monde (Projet ATLAS de l'OMS concernant l'analyse préliminaire des informations recueillies pendant une étude initiale d'octobre 2000 à mars 2001 dans 181 pays), les lois concernant l'admission et la sortie d'hôpital datent de plus de 60 ans ; leurs dispositions érigent des obstacles à l'admission et à la sortie d'hôpital. De même, étant donné la rareté des professionnels spécialisés, la communauté doit avoir recours aux guérisseurs traditionnels disponibles. La plupart de ces pays n'ont pas de programme de formation national suffisant pour former les psychiatres, les infirmières psychiatriques, les psychologues cliniques, les travailleurs sociaux psychiatriques et les ergothérapeutes.

Tous ces facteurs contribuent à créer une image institutionnelle négative du malade mental qui s'ajoute à la stigmatisation déjà ressentie. Même à l'heure actuelle, ces institutions continuent à ne pas être en harmonie avec l'évolution des mœurs et les droits humains des malades mentaux, comme on peut le voir dans les rapports sur les hôpitaux psychiatriques de plusieurs pays. Toutefois, stimulés par l'accumulation des faits prouvant les insuffisances et les échecs de l'hôpital psychiatrique, et par l'apparition d'«institutionnalisme», (troubles causés par l'isolement social et la prestation de soins institutionnels dans des asiles situés à l'écart), nombre de pays en développement ont entamé le processus de désinstitutionnalisation.

Soins de santé mentale communautaires



La désinstitutionnalisation peut se définir comme la condition préalable essentielle pour toute réforme authentique des soins de santé mentale. La désinstitutionnalisation n'est pas synonyme de déshospitalisation. Il faut y voir un processus complexe qui aboutit à la création d'un réseau solide d'alternatives communautaires. Fermer les hôpitaux psychiatriques sans offrir d'alternatives communautaires est aussi dangereux que de créer des alternatives communautaires sans fermer les hôpitaux psychiatriques. Les deux mesures doivent avoir lieu simultanément.

Pour prévenir et traiter les troubles mentaux, tout un ensemble de services est nécessaire, comme la promotion de la santé mentale, la prévention de la maladie, l'intervention précoce, le traitement et la réadaptation (Jenkins & Üstün, 1998 ; Rahman et coll., 1998). La complexité et la prestation de ces services destinés à répondre aux besoins de la communauté constituent un véritable défi. Par exemple, la promotion de la santé mentale au sein de la communauté, de l'école et du lieu de travail exige une collaboration entre différents ministères gouvernementaux et autres parties prenantes. Les troubles mentaux chroniques exigent un traitement intégré et des services de soutien afin de réduire les incapacités, augmenter la sociabilité et améliorer la qualité de vie (Katschnig et coll., 1997).

Pour d'autres pathologies plus courantes, il existe maintenant des traitements efficaces et peu coûteux pour faire disparaître les symptômes et les incapacités (Nathan & Gorman, 1998) et qui peuvent souvent être administrés par les prestataires de soins de santé primaires (Saraceno et coll., 1995 ; Abas et coll., 1995 ; Üstün & Sartorius, 1995). Pour cela, il faut que les individus et/ou leur famille ou d'autres membres de la communauté reconnaissent le problème, aient accès à des services professionnels peu coûteux et à des agents de santé suffisamment formés pour pouvoir diagnostiquer et traiter correctement les troubles. Il est nécessaire d'instaurer un bon équilibre et une collaboration efficace entre les spécialistes et les services de soins de santé primaires, et entre l'hôpital et la communauté. La législation concernant

la santé mentale exige également de trouver un juste équilibre entre les droits à la liberté individuelle, le droit à être soigné et la protection légitime de la sécurité de la communauté.

Dans de nombreux pays où la désinstitutionnalisation a eu lieu, le processus a commencé par des initiatives locales et a été entériné officiellement plus tard par une politique gouvernementale. Sauf dans certains pays d'Europe et d'Amérique latine où la législation a été modifiée pour déclencher le processus de changement. Pour réussir la transition vers les soins communautaires, il est essentiel d'avoir le soutien total du gouvernement, de sorte qu'il y ait une égalité de services au niveau national et que la législation concernant la santé mentale soit modifiée pour répondre aux nouvelles exigences de soins des patients. Le processus qui consiste à formuler de nouvelles lois doit être effectué en collaboration avec les représentants de la justice pénale. Dans les pays où il n'existe pas de législation en matière de santé mentale, sa promulgation doit être hautement prioritaire.

Dans certains pays, même lorsque les décisions ont été prises pour que la gamme des services soit équilibrée dans tout le pays, les résultats n'ont pas toujours correspondu aux possibilités parce que les questions structurelles, fonctionnelles et financières, principaux obstacles à la réussite de la mise en œuvre d'une telle politique, n'ont pas reçu l'attention suffisante. L'importance de ces questions est soulignée par les exemples suivants :

- La désinstitutionnalisation des patients souffrant de troubles mentaux graves doit être liée à une modernisation du système de soins de santé au sein de la communauté qui doit accueillir les malades (Lamb, 1992).
- Si l'on souhaite utiliser les services de soins de santé primaires et les services sociaux pour fournir des soins aux personnes souffrant de maladie mentale, il faut que ces services soient suffisamment bien formés et aient des liens structurels avec les prestataires de services de santé mentale spécialisés (Strathdee & Jenkins, 1996).
- La formation des professionnels de la santé mentale en tant que moyen d'élargir l'accès aux soins exige qu'une attention suffisante soit apportée aux questions de répartition et de compétences basées sur les rôles grâce à l'établissement de certificats et autres moyens (Jenkins, 1999).
- La dépendance vis-à-vis des familles et des systèmes de soutien communautaires, y compris des groupes d'entraide, les logements sociaux, etc., exige que des liens structurels et financiers suffisants soient créés avec les services de santé mentale (Whiteford, 1994).

Les soins de bonne qualité dans la communauté ne sont pas moins coûteux que les soins dispensés dans des hôpitaux psychiatriques (Hallam et coll., 1994), et certains coûts de transition devront être financés avant que le nouveau service soit complètement installé, ce dont les budgets de santé mentale devront tenir compte. De plus, dans les pays en développement où des services de psychiatrie doivent être créés dans les structures de soins de santé primaires, il faut prévoir dans le budget national le coût que représentent la formation psychiatrique adéquate des agents de santé et l'approvisionnement continu des médicaments essentiels. Les budgets de la santé sont soumis à des pressions constantes de la part de toutes les spécialités médicales et chirurgicales. Etant donné le lourd fardeau que représentent les incapacités résultant des troubles mentaux, les budgets de santé mentale doivent être protégés (OMS, 1997).

En conclusion, les soins de santé mentale communautaires donnent les moyens d'agir aux personnes atteintes de troubles mentaux et comportementaux, et visent principalement la mise au point d'une large gamme de services au sein de structures locales. Dans ce processus, qui n'a pas encore commencé dans nombre de régions et de pays, l'objectif est de veiller à ce que certaines des fonctions de protection de l'asile sont totalement assurées et que les aspects négatifs des institutions ne soient pas perpétués. L'approche communautaire vise à assurer des soins au moyen de services comportant les caractéristiques suivantes :

- proximité du domicile grâce aux soins de santé primaires, notamment des soins d'hôpital général pour les admissions en cas de crise aiguë, et des structures résidentielles à long terme au sein de la communauté ;
- interventions liées aux incapacités ainsi qu'aux symptômes ;

- traitement et soins spécifiques au diagnostic et adaptés aux besoins de chaque individu ;
- large gamme de services qui répondent aux besoins des utilisateurs eux-mêmes et de toute autre personne malade ;
- services coordonnés entre les professionnels de la santé mentale et les structures communautaires ;
- services mobiles plutôt que statiques, notamment ceux qui peuvent offrir un traitement à domicile ;
- partenariat avec le personnel soignant et prise en compte de leurs besoins ;
- législation visant à soutenir tous les aspects des soins ci-dessus.

Arrivée de nouveaux traitements pour les pathologies psychiatriques



Au cours des deux dernières décennies, des progrès majeurs ont été accomplis à la fois en pharmacothérapie et en psychothérapie pour une large gamme de pathologies psychiatriques :

Pharmacothérapie

De nouveaux types de médicaments ont été présentés pour le traitement des symptômes de la psychose. A la suite de l'introduction de la chlorpromazine en 1955, plusieurs médicaments antipsychotiques apparentés sont arrivés sur le marché. Tous avaient l'inconvénient de causer des réactions indésirables neuromusculaires graves à des doses thérapeutiques, ce qui empêchait nombre de malades de les prendre régulièrement. La clozapine, médicament qui ne présente pas ces effets secondaires, est devenue disponible, mais avec une propension dangereuse à supprimer les leucocytes chez 1 à 2 % des patients. Depuis 1973, quatre ou cinq nouveaux médicaments antipsychotiques ont été introduits sur le marché dépourvus de réactions indésirables neuromusculaires des anciens médicaments et sans effet sur les leucocytes. Ils sont donc beaucoup plus facilement acceptés par les malades. Toutefois, ils sont beaucoup plus coûteux : par exemple, au Royaume-Uni

le coût mensuel de l'halopéridol est de £5, alors que la clozapine coûte £241.

De nouveaux types d'antidépresseurs ont été mis au point qui sont beaucoup plus sûrs que les anciennes formules lorsqu'on les prend en surdose, mais ils sont également plus coûteux.

Thérapies psychosociales

Les thérapies cognitivo-comportementales, qui visent à modifier les structures erronées de la pensée et à fournir aux malades des stratégies pour les aider à combattre leurs symptômes, ont été introduites pour la dépression (Beck et coll., 1979), les états anxieux, les phobies (Marks, 1987) et les psychonévroses obsessionnelles (Marks et coll., 1975). Pour chacune de ces pathologies, le traitement psychologique est aussi efficace que la pharmacothérapie, sinon plus. Les patients hésitent généralement à prendre des médicaments pendant de longues périodes et préfèrent de beaucoup les traitements ne comprenant pas de médicaments. Récemment, une approche cognitivo-comportementale des symptômes psychotiques (délires et hallucinations) s'est avérée utile, notamment chez des patients qui ne répondaient pas bien aux médicaments antipsychotiques (Kuipers et coll., 1998 ; Tarrier et coll., 1999).

La thérapie familiale améliore les résultats pour ce qui est des adultes souffrant d'alcoolisme, de troubles de la nutrition et de dépression, ainsi que pour les enfants atteints de névroses et de problèmes comportementaux. Travailler avec les familles des schizophrènes constitue un avantage significatif s'agissant de l'observance de la pharmacothérapie, en ce sens que cela réduit le taux de rechute (Leff, 2001), ce qui a été reconnu par une étude Cochrane comme étant fondé sur des données factuelles (Pharoah et coll., 1999).

Tous ces éléments nouveaux augmentent considérablement la gamme des traitements psychiatriques efficaces, mais ne sont disponibles que pour très peu de patients, même dans les pays développés où les services nationaux de santé ne manquent pas de ressources. La difficulté que l'on rencontre pour diffuser ces traitements est due en partie au manque de cours de formation pour les compétences nécessaires et en partie à l'absence d'organisation commerciale s'intéressant à la promotion du produit.

Intégration des soins psychiatriques dans les soins de santé primaire



En dépit des grandes différences existant s'agissant des soins de santé mentale entre pays en développement et pays développés, le même problème se pose partout, celui de la mauvaise utilisation des services psychiatriques disponibles. Même dans les pays où les services sont bien installés, moins de la moitié de ceux qui en ont besoin les utilisent. Ceci est lié à la stigmatisation qui s'attache aux personnes souffrant de troubles mentaux ou comportementaux et à l'insuffisance des services fournis.

Cette question de la stigmatisation a été soulignée dans le rapport de décembre 1999 du Ministre américain de la Santé. Ce rapport précisait qu'en dépit de l'efficacité des options thérapeutiques et des nombreuses possibilités d'obtention d'un traitement de choix, près de la moitié de tous les Américains souffrant d'une maladie mentale grave ne cherchaient pas à être soignés. Trop souvent, la répugnance à rechercher des soins était le résultat malheureux d'obstacles très réels. L'un des principaux était la stigmatisation que nombre de personnes dans notre société attachaient à la maladie mentale et aux personnes qui souffrent de troubles mentaux.

L'intégration des soins psychiatriques au sein des soins de santé généraux, ce qui comprend l'ouverture de services d'admission de malades psychiatriques au sein des hôpitaux généraux, a l'avantage supplémentaire de réduire le sentiment de rejet que l'on peut ressentir lorsqu'on est admis à l'hôpital pour un trouble psychiatrique. Dans les pays développés, il est rare aujourd'hui que des malades souffrant de troubles non psychotiques soient hospitalisés, et les services hospitaliers sont presque exclusivement occupés par les psychotiques. La grande majorité des patients non psychotiques sont traités par des médecins de santé primaire, seulement 5 % d'entre eux étant orientés vers des soins secondaires (Goldberg & Huxley, 1980). Toutefois, près de la moitié des patients consultant des médecins de soins de santé primaires pour des troubles psychologiques sont incorrectement perçus comme souffrant de maladies physiques (Docherty, 1997 ; Goldberg & Huxley,

1992), ce qui conduit à un gaspillage d'argent dans des analyses physiques et retarde ou empêche l'administration d'un traitement approprié. Ceci est partiellement dû au fait que nombre de malades consultent leur médecin pour des symptômes physiques plutôt que psychiatriques (Üstün & Sartorius, 1995). Ce problème est très grave, car en 1990 on a calculé que dans le monde entier la dépression représentait plus de 10 % des années de vie vécues avec une incapacité. Beaucoup d'épisodes de dépression deviennent chroniques, notamment s'ils ne sont pas traités : des symptômes persistants ont été observés 12 à 15 mois après la guérison chez 32 % des 60 patients (Paykel et coll., 1995). Les améliorations de la formation des prestataires de soins de santé primaires en vue de l'évaluation et de la gestion des troubles mentaux est une priorité pour les pays en développement comme pour les pays développés.

L'organisation des services psychiatriques comme partie intégrante des soins de santé primaires est une option généralement adoptée dans les pays en développement. D'un côté, on peut les considérer comme une nécessité, étant donné l'absence de professionnels formés et de ressources aptes à fournir des services spécialisés. De l'autre, cela montre qu'il est possible d'organiser des services de santé mentale de telle sorte qu'il n'y ait ni isolement, ni stigmatisation, ni discrimination. L'utilisation de toutes les ressources disponibles de la communauté est une méthode qui présente l'intérêt de donner aux individus, à leur famille et aux communautés les moyens d'agir pour que la santé mentale soit une question qui relève de la population en général plutôt que des professionnels. Toutefois, les soins de santé mentale actuels ne reçoivent pas l'attention qu'ils méritent. Même dans les pays où des programmes pilotes ont prouvé la valeur de l'intégration des soins de santé mentale au sein des soins de santé primaires (par exemple, au Brésil, en Colombie, en Inde et au Soudan), cette politique n'a pas été appliquée à l'ensemble du pays.

Interventions thérapeutiques au sein des soins de santé primaires

Pharmacothérapies

La pharmacothérapie psychiatrique peut être administrée par des médecins de soins primaires

dans les pays développés, bien qu'ils ne l'utilisent pas toujours avec autant de compétence que les psychiatres. C'est en particulier le cas avec les antidépresseurs, qui tendent à être prescrits à une dose trop faible. Dans les pays en développement, même les médicaments les moins chers et les plus essentiels peuvent n'être disponibles que de manière sporadique, ou parfois pas du tout. Ce problème résulte de l'insuffisance à la fois de fonds publics et de l'infrastructure nécessaire à leur distribution. Une solution a été trouvée dans la province du Sichuan (Chine) en formant les auxiliaires médicaux du village pour qu'ils puissent utiliser trois médicaments psychiatriques peu coûteux : un antidépresseur, un antipsychotique et la carbamazépine, qui est efficace aussi bien pour stabiliser les troubles de l'humeur que pour maîtriser l'épilepsie. Dans une initiative semblable à Belize (Amérique centrale), des infirmiers psychiatriques correctement formés prescrivent des médicaments psychotropes depuis plusieurs années, service qui est évalué de manière positive (Kohn et coll., 2000). Ceci est une bonne illustration de l'approche recommandée par le Comité d'experts sur l'utilisation des médicaments essentiels (OMS, 1988).

Un traitement d'entretien continu est souvent requis pour les psychoses (schizophrénie et maladies maniaco-dépressives) et, parfois, pour les états dépressifs. L'interruption de l'approvisionnement en médicaments peut conduire à une rechute de ces pathologies. Dans certaines circonstances, les médicaments peuvent être achetés en tant que produits génériques auprès d'organisations à but non lucratif comme ECHO (Equipment for Charitable Hospitals Overseas) et l'UNIPAC (UNICEF Procurement and Assembly Centre), qui fournit des médicaments de bonne qualité à des prix économiques (Organisation mondiale de la Santé, 1990).

Même s'il ne dispose que d'une gamme très limitée de psychotropes, l'agent de santé devra décider de prescrire ceux qui sont indiqués pour certains clients particuliers. Des diagrammes ont été mis au point pour les pathologies psychiatriques qui intègrent des décisions concernant le diagnostic, l'évaluation, la gestion et l'orientation des malades. Ces instruments présentent l'avantage de pouvoir être utilisés avec un minimum de formation (Organisation mondiale de la Santé, 1990).

Thérapies psychosociales

Dans les pays développés, il existe habituellement une équipe psychiatrique basée dans la communauté qui peut administrer ces nouveaux traitements efficaces. Toutefois, il est difficile du point de vue logistique de former une équipe suffisamment nombreuse pour l'acquisition des compétences requises. La formation aux interventions psychosociales qui se sont avérées efficaces prend un temps considérable et, pendant la formation, le membre de l'équipe ne peut pas exercer et doit être remplacé. Il faut donc trouver des fonds à la fois pour la formation et pour le personnel de remplacement. Les gestionnaires hésitent très souvent à engager des fonds pour un investissement à court terme, même s'ils peuvent envisager à long terme des gains économiques, sous forme de réduction des taux d'hospitalisation (Cardin et coll., 1985 ; Zhang et coll., 1994). Même lorsque les personnels sont formés, ils ne sont pas toujours capables d'utiliser leurs compétences d'une manière efficace. Ceci est dû en partie au fait qu'ils ont beaucoup de dossiers à traiter et également parce qu'il n'y a pas d'encadrement ni de soutien suffisant pour un travail qui demande beaucoup de résistance psychologique. Afin d'intégrer les interventions psychosociales au service clinique, il est nécessaire de provoquer un changement culturel dans tout le service en faisant l'éducation de tous les membres du personnel, y compris des gestionnaires, pour qu'ils comprennent mieux la valeur des interventions, et que l'on forme un noyau de travailleurs qui puissent se soutenir mutuellement (Fadden, 1998).

Un modèle en cascade de formation portant sur le travail avec la famille, les approches cognitivo-comportementales pour la schizophrénie et le traitement visant l'affirmation personnelle au sein de la communauté a été établi en Grande-Bretagne pour le personnel psychiatrique (l'initiative Thorn) (Lancashire et coll., 1997). Deux centres de formation nationaux acceptent des stagiaires provenant de toute la Grande-Bretagne et offrent une formation aussi bien pour les compétences nécessaires que, s'agissant de certains individus, pour la possibilité de devenir eux-mêmes des formateurs. Six centres de formation par satellite fonctionnent actuellement et six autres sont en cours de création. Toutefois, même après plusieurs années de fonctionnement du programme, seulement une

petite proportion des familles qui pourraient bénéficier de cette intervention en profitent réellement. Cette innovation technologique n'est pas disponible dans la plupart des pays du monde, bien que la formation concernant le travail avec la famille devienne de plus en plus courante dans certains centres d'Europe et des États-Unis.

Un modèle de cette sorte ne convient pas pour un pays en développement, étant donné la rareté du personnel formé en psychiatrie capable de travailler au niveau communautaire. De plus, même lorsque ces prestataires de service existent, ils sont souvent mal répartis en raison de leur engagement vis-à-vis des patients privés et de leur répugnance à pratiquer dans les communautés rurales. La stratégie qui consiste à former des agents de santé pour qu'ils puissent utiliser une gamme limitée de médicaments ne peut pas être appliquée aux traitements psychosociaux, étant donné que les composants efficaces dans ces interventions complexes n'ont pas encore été identifiés. Une approche différente a été tentée en Grande-Bretagne qui pourrait être applicable aux pays en développement. Une organisation de bénévoles pour les schizophrènes et leur famille (la National Schizophrenia Fellowship) a mis en route un programme tout nouveau qui utilise les membres de la famille comme formateurs pour d'autres familles (Carers Education and Support Project). Ce programme de formation est dispensé à dix à douze soignants au cours de dix sessions de trois heures. Il vise à mieux expliquer la maladie mentale grave au personnel soignant, à réduire le stress et alléger le fardeau des soins, ainsi qu'à améliorer les capacités de communication (Shore & Holmshaw, 1998). Bien qu'elle n'ait pas encore été totalement évaluée, cette stratégie est prometteuse. Toutefois, l'approche qui consiste à travailler avec les familles devrait être modifiée pour tenir compte des cultures locales, comme ceci a été réalisé avec succès en Malaisie (Razali et coll., 2000) et en Chine (Xiang et coll., 1994 ; Zhang et coll., 1994). Dans toutes ces tentatives, il faut reconnaître avant tout que la famille n'est pas la cible du traitement, mais un partenaire dans le processus thérapeutique. Pour que les relations entre les familles et le personnel de santé mentale soient harmonieuses, il faut veiller à ce que soient présents les éléments suivants : consultation, collaboration, respect mutuel, égalité, partage des res-

sources et compétences complémentaires, et clarté des attentes (Comité de liaison communautaire du Collège royal australien et néo-zélandais de psychiatres, 2000).

Bien que dans les pays en développement la responsabilité des soins des personnes atteintes de maladies psychiatriques incombe presque entièrement à la famille, une collaboration authentique entre les professionnels et les familles en est encore à un stade très élémentaire. Par exemple, en Inde, les interventions de la famille ont pu être réalisées à quelques rares endroits (Shankar & Menon, 1993 ; Verghese et coll., 1991), mais il s'agit de structures spécialisées, et ces approches ne sont pas disponibles dans les structures de services ordinaires. On n'insistera jamais trop sur l'importance de l'engagement de la famille vis-à-vis des soins, notamment puisque les faits montrent que les meilleurs résultats obtenus pour des malades schizophrènes dans les pays en développement (Jablensky, 1992) sont dus en partie à une plus grande tolérance manifestée par la famille devant les symptômes et les comportements perturbés (Wig et coll., 1987 ; Whyte, 1991).

Lutter contre l'exclusion sociale

Le travail, activité thérapeutique



Les soins à long terme dispensés dans un hôpital psychiatrique excluaient le malade de toute participation à la vie sociale. Comme ces institutions fournissaient un environnement total (Goffman, 1961), y compris le logement, le travail et les loisirs, il n'y avait aucune raison pour que le patient franchisse les grilles, même s'il en avait l'autorisation. Le transfert des patients vers des foyers dans la communauté n'assure pas automatiquement la réinsertion dans la société. Il existe toujours plusieurs obstacles à l'intégration sociale, notamment les attitudes stigmatisantes du public, l'absence de compétences sociales du patient et la difficulté à obtenir un emploi dans un marché ouvert. Le travail est un élément essentiel à la réinsertion des patients psychiatriques, car il leur fournit des contacts sociaux avec les citoyens ordinaires, il peut leur donner un sens de leur propre valeur puisqu'ils contribuent ainsi à la vie sociale, il peut alléger la pauvreté dont souffrent nombre de malades (voir Santé mentale et facteurs

socio-économiques) et il peut aider à réduire les périodes de délires et d'hallucinations. Les patients sortant d'un hôpital psychiatrique qui ont un emploi ont beaucoup moins de chances d'être hospitalisés à nouveau que ceux au chômage, quel que soit le niveau de leurs symptômes (Jacobs et coll., 1992). Les ateliers protégés au sein de la communauté maintiennent les patients dans une situation d'isolement par rapport au reste de la société et, habituellement, ils doivent y effectuer des tâches répétitives et peu satisfaisantes comme l'emballage ou le montage. Une solution bien préférable est le développement récent d'entreprises ou de coopératives sociales (Saraceno, 1997), qui sont une caractéristique particulière du mouvement psychiatrique communautaire en Italie. Une comparaison réalisée entre les patients schizophrènes de Bologne (Italie) et de Boulder (Colorado, Etats-Unis) a montré que 30 % des patients italiens travaillaient plus de 30 heures par semaine contre 8 % des patients américains, et que les patients italiens gagnaient deux fois et demie autant et profitaient d'une meilleure qualité de vie (Warner et coll., 1998). Ces entreprises sociales pour les personnes présentant des incapacités psychiatriques sont maintenant relativement bien établies en Europe, le plus grand nombre se trouvant de loin en Allemagne (Grove et coll., 1997).

Dans les pays en développement, où les familles fournissent virtuellement tous les soins nécessaires à ceux qui souffrent de maladies psychotiques, les patients peuvent souvent trouver au sein d'une entreprise familiale des tâches qui correspondent à leurs possibilités. Dans ce cas, les malades mentaux faisant partie de la famille peuvent avoir le sentiment qu'ils contribuent au bien-être de la famille et qu'ils font partie d'une unité sociale. Toutefois, la généralisation de l'urbanisation et de l'industrialisation limite inévitablement ces possibilités d'emploi. Par conséquent, les entreprises sociales représentent la voie de l'avenir tant dans les pays développés que dans les pays en développement. Leur développement devrait être encouragé par des incitations fiscales accordées par le gouvernement et par la participation des entrepreneurs locaux en qualité de conseillers.

Afin d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec des maladies mentales au sein de la communauté, il est essentiel de créer des liens solides entre les services de santé mentale et les

ministères de l'emploi, de la protection sociale et du logement.

Le mouvement des utilisateurs

Augmentation des organisations d'utilisateurs et de parents



Au cours de ces deux dernières décennies, le mouvement des utilisateurs a pris de l'expansion. Les organisations non gouvernementales rassemblant les utilisateurs et leurs familles sont devenues des groupes nationaux de défense des citoyens dans de nombreux pays développés, par exemple, aux Etats-Unis, la National Alliance for the Mentally Ill (Alliance nationale pour les Malades mentaux), ENOSH en Israël, MIND en Grande-Bretagne. Parce qu'elles fournissent des informations sur la maladie mentale et qu'elles font mieux comprendre au public les questions qui se posent, ces organisations jouent un rôle vital pour lutter contre l'exclusion (*voir Stigmatisation et violations des droits de la personne*). Ces organisations participent également maintenant de manière très active à l'élaboration des politiques.

En Grande-Bretagne, MIND reçoit une importante subvention gouvernementale. Grâce à ce genre de mécanismes, les utilisateurs sont en mesure d'exprimer leurs opinions sur la catégorie de services qu'ils souhaitent recevoir et agir en tant que groupes de pression auprès des prestataires de services de santé mentale, et aussi du gouvernement. Dans les pays développés, les utilisateurs prennent de plus en plus part aux travaux des organismes qui prennent des décisions concernant le développement des services psychiatriques. Le fait de reconnaître que les utilisateurs ont légitimement leur mot à dire les responsabilise et contribue à atténuer le sentiment d'exclusion.

Dans les pays en développement, ces organisations n'ont que très peu de membres ou n'existent pas, bien qu'elles commencent à s'installer en Amérique latine dans des pays comme l'Argentine et le Brésil. Toutefois, n'ayant souvent qu'une base locale, elles ne possèdent pas d'identité nationale et ne peuvent agir en tant que groupes de pression pour l'amélioration des services ou pour fournir un soutien suffisant à tous les utilisateurs et aux familles qui en ont besoin.

Dans certains pays, il existe de plus en plus un mouvement d'entraide mutuelle organisé par et pour les utilisateurs.

Services spécifiques à certains groupes

Problèmes psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent



Dans la plupart des pays du monde, le développement des services psychiatriques pour l'enfant est resté loin derrière celui des adultes, les plus grandes différences existant dans les pays à faible revenu. Entre 10 et 20 % des enfants et des adolescents souffrent tous les ans de ce genre de maladies, leur morbidité psychiatrique étant responsable de cinq des dix principales causes d'incapacité observées chez les enfants âgés au moins de cinq ans (Murray & Lopez, 1996). En Amérique latine et aux Caraïbes, 17 millions d'enfants souffrent de troubles psychiatriques modérés à graves ayant besoin de soins (Présentation, Conseil de direction OPS/OMS, 1997). Dans nombre de pays en développement, il y a très peu de professionnels de la santé mentale formés de manière satisfaisante pour les soins à l'enfant et à l'adolescent. Les adolescents constituent un groupe à haut risque en termes de troubles psychiatriques et doivent souvent être traités dans des structures pour adultes. La toxicomanie chez l'enfant et l'adolescent est également un problème mondial (Belfer & Heggenhougen, 1995) et a de graves conséquences en termes de morbidité et de mortalité.

Les enfants et les adolescents sont plus exposés aux conséquences psychiatriques de la pauvreté, de la famine et de la perte des parents dans les pays en développement, où les services psychiatriques pour enfants sont moins faciles d'accès. En l'absence d'une équipe de professionnels de santé mentale formés spécifiquement pour les soins à l'enfant et à l'adolescent, il n'est guère réaliste de prévoir la création de ces services dans les pays en développement dans un avenir proche. Il faut plutôt s'orienter vers la formation d'agents de santé mentale, de sorte qu'ils aient les compétences de base nécessaires à la détection et au traitement des troubles psychiatriques infantiles, comme à Alexandrie (Égypte) où des conseillers pour l'en-

fant ont été préparés au travail dans les écoles (El-Din, 1993). Avec la généralisation de l'éducation universelle, les écoles deviennent le lieu le plus approprié pour les interventions liées à la santé de l'enfant. Étant donné que les symptômes des troubles mentaux infantiles ne diffèrent pas significativement selon les cultures, il est possible d'utiliser les connaissances spécialisées des services de psychiatrie infantile des pays développés pour construire des programmes de formation pour les agents de soins de santé primaires des pays en développement (Nikapota, 1993), (Thabet & Vostanis, 1998). Les matériaux de formation devront être adaptés pour tenir compte de la culture locale. Ces agents de santé doivent être basés dans les écoles et posséder les compétences qui leur permettront d'identifier les problèmes émotifs et comportementaux de l'enfant, et de les traiter et de les prendre en charge. Ils devraient également être capables de repérer les enfants vulnérables et de mettre en œuvre des stratégies préventives. D'autres formes de prestations destinées à des franges de population éloignées sont nécessaires pour travailler avec les enfants et les adolescents qui ne veulent pas venir dans des structures conventionnelles pour recevoir des soins. Des polycliniques, des programmes périscolaires ou des programmes d'activités peuvent être le lieu d'activités de conseil.

Il est également possible de former les mères à mieux soigner les nourrissons afin de tenter de prévenir l'apparition ultérieure de problèmes psychologiques. Un projet pilote réalisé dans l'une des townships défavorisées du Cap a prouvé la faisabilité de cette approche (Cooper et coll., en cours d'impression). Des mères d'enfants plus âgés ont été formées pour établir des liens d'amitié avec des mères souffrant de dépression postnatale en Irlande, en vue d'améliorer l'interaction mère-enfant.

Les enfants et les adolescents présentant des maladies mentales graves diagnosticables ont besoin de traitements analogues à ceux des adultes. Toutefois, il faut être prudent lorsqu'on envisage d'avoir recours aux agents psychopharmacologiques dont l'utilisation n'est pas approuvée pour les enfants et les adolescents. Bien que la plupart des soins puissent actuellement être donnés dans des dispensaires, pour les enfants et les adolescents présentant des problèmes des plus graves et n'ayant qu'un

soutien marginal de la part de leur famille, il est indiqué de procéder à une hospitalisation appropriée. Les soins en hospitalisation devraient toujours être considérés en cas de tentative de suicide ou d'états psychotiques.

Les enfants continuent à être traumatisés en grands nombres par les conflits armés, les épidémies comme celle du VIH/SIDA et par les catastrophes naturelles. Les guerres touchent directement les enfants du fait de la violence qu'ils subissent ainsi que leurs familles, et indirectement, du fait des traumatismes psychologiques causés à ceux qui prennent soin d'eux. Quatre-vingts pour cent des victimes de guerre sont des enfants et des femmes (Lee, 1991). En 1999, les déplacements dus à la guerre ont fait environ 21,5 millions de réfugiés. Le SIDA est maintenant une pandémie en Afrique subsaharienne, en Russie et dans certaines parties d'Asie. Plus d'un quart de la jeunesse de l'Afrique subsaharienne est touchée par le virus. Les conséquences en matière de santé mentale sont à la fois directes, notamment la démence et la dépression, et indirectes du fait de la perte des parents et de la stigmatisation. Pour ce que concerne les enfants qui ne sont pas élevés dans des situations de conflit armé ou de catastrophe, on constate la prévalence élevée de cas de violences physiques et sexuelles, d'abandon et de carence parentale, ainsi que les conséquences graves et durables de ces expériences sur la santé mentale.

Utilisation abusive des psychotropes

L'ampleur de l'utilisation abusive des substances psychoactives s'est accrue spectaculairement dans le monde au cours des trois dernières décennies. Dans de nombreux pays, on a constaté une prévalence croissante d'utilisation abusive multiple. Les personnes en situation de haut risque comprennent les indigènes, les détenus, les jeunes et les réfugiés. Un groupe particulièrement vulnérable est constitué de ceux qui souffrent de maladie psychiatrique grave, dont le traitement et la prise en charge sont gravement compromis du fait de l'utilisation abusive simultanée de certains produits. Ces problèmes se rencontrent le plus souvent dans les pays occidentaux, mais ils existent partout.

Une large gamme de traitements efficaces est disponible pour les problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme, notamment des interventions

psychosociales, médicales et éducatives. Il vaut mieux situer ces interventions dans les services de soins de santé primaires, notamment dans les pays en développement, où les services spécialisés peuvent manquer. Toutes les structures communautaires disponibles, y compris les groupes d'entraide mutuelle, devraient être mobilisées pour aider au rétablissement et à la réinsertion des utilisateurs de ces substances.

Une même attention devrait être accordée aux mesures qui visent à réduire la demande de substances psychoactives et celles qui visent la réduction de l'approvisionnement. Pour cela, il faut bien évidemment établir une collaboration entre le ministère de la santé et les autres ministères. Etant donné que l'élimination de l'utilisation abusive de substances est improbable pour le futur proche, il faut s'orienter vers des stratégies qui visent à réduire le risque (Organisation mondiale de la Santé, 1998). Ceci consiste notamment à fournir des opioïdes oraux, comme la méthadone, à titre de traitement d'entretien pour les consommateurs d'opioïdes injectables, et la création de structures d'échange de seringues ou la mise à disposition légale de seringues pour les consommateurs de drogues injectables (CDI) qui ne sont pas prêts à s'abstenir de consommer ces drogues injectables. Ces stratégies non seulement réduisent la mortalité et la morbidité des CDI, mais réduisent également la dissémination des maladies infectieuses comme l'hépatite et l'infection à VIH.

Il faut aussi envisager les besoins de services destinés aux consommateurs de substances multiples et aux personnes souffrant de psychoses qui utilisent abusivement les drogues. Ce dernier groupe a besoin de soins dispensés par des services psychiatriques et par des services pour toxicomanes, de sorte qu'il faudra coordonner les deux actions.

Troisième âge

A l'autre extrémité de la vie, les personnes du troisième âge constituent un groupe à haut risque s'agissant du suicide (en particulier les hommes), de la dépression et de la démence. Les taux de suicide sont proportionnellement plus élevés chez les personnes âgées dans presque tous les pays où l'on a pu réaliser des mesures fiables. Les hommes âgés de plus de 75 ans sont le groupe où l'on observe l'incidence la plus forte (De Leo, 1997). Environ

70 % des victimes de suicide âgées sont considérées comme ayant souffert d'une maladie mentale, le plus fréquemment un trouble de dépression majeur (Conwell, 1977). Au Royaume-Uni, la dépression suffisamment grave pour justifier un traitement est observée dans 11 à 16 % des personnes âgées qui vivent chez elles (Copeland et coll., 1987). Ce taux élevé est dû à l'existence de problèmes de santé physiques (Robert et coll., 1997). La présence d'une dépression est un facteur invalidant supplémentaire chez ces personnes. Les troubles dépressifs de la personne âgée passent inaperçus encore plus souvent que chez l'adulte plus jeune, parce qu'ils sont souvent considérés par erreur comme faisant partie du processus du vieillissement.

Les principales causes de démence sont la maladie d'Alzheimer et les accidents cérébrovasculaires, leur importance relative variant d'un pays à l'autre (Jorm, 1991). L'incidence augmente presque exponentiellement avec l'âge, mais elle est plus faible dans les pays asiatiques qu'en Europe ou en Amérique du Nord (Jorm & Jolley, 1998). La prévalence de la démence atteint près de 40 % chez les personnes âgées de 90 ans.

Tous les ans, on constate dans le monde une augmentation régulière des problèmes psychiatriques du troisième âge, à mesure que la proportion des personnes âgées s'accroît. En même temps, la dissolution de la famille élargie sous la pression de l'urbanisation et de l'industrialisation fait disparaître lentement les réseaux de soutien naturels qui étaient utilisés pour aider les personnes âgées.

Par conséquent, parmi les mesures spéciales et les services spécifiques destinés aux personnes du troisième âge, il faut inclure la nécessité d'un soutien et d'une amélioration des soins déjà fournis aux personnes âgées par leur famille, intégrer l'évaluation et la prise en charge de la santé mentale dans les services de santé généraux pour les personnes âgées, et prévoir la possibilité d'un placement temporaire pour soulager les membres de la famille qui sont encore très souvent les personnes chargées des soins.

Références

- Abas M, Broadhead J, Blue I et al. (1995) Health service and community based responses to mental ill-health in urban areas. In *Urbanization and Mental Health in Developing Countries*. (Harpham, T and Blue I, eds). pp 227-248 Ashgate Publishing, Vermont.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF & Emery G. (1979) *Cognitive therapy of depression*. New York : Guilford Press.
- Belfer ML & Heggenhougen K. (1995) Substance abuse. In (eds. R. Desjarlais, L. Eisenberg, B. Good, A. Kleinman) *World mental health : Problems and priorities in low-income countries*. Oxford : Oxford University Press. Pp. 87-115.
- Cardin VA, McGill CW & Falloon IRH. (1985) An economic analysis : Costs, benefits and effectiveness. In (eds. IRH. Falloon, JL Boyd, CW McGill) *Family management of schizophrenia*. Baltimore : Johns Hopkins University Press.
- Community Liaison Committee of the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. (2000) Guidelines for involving families and whānau of mental health consumers/tāngata whai ora in care assessment, and treatment processes.
- Conwell Y. (1997) Management of suicidal behaviour in the elderly. *Psychiatric Clinics of North America*, 20 :667-683.
- Cooper PJ, Landman M, Tomlinson M, Molteno C, Swartz L & Murray L. (In press) The impact of a mother-infant intervention in an indigent peri-urban context. *British Journal of Psychiatry*.
- Copeland JRM, Dewey ME, Wood N, Searle R, Davidson IA & McWilliam C. (1987) Range of mental illness among the elderly in the community : prevalence in Liverpool using the GMS-AGECAT package. *British Journal of Psychiatry*, 150 :815-823.
- Docherty JP. (1997) Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(suppl 1) :5-10.

- El-Din AS, Moustafa AT, Mohit, AS et al. (1993) A multisectoral approach to school mental health, Alexandria, Egypt, Part II. *Health Services Journal of the Eastern Mediterranean Region*, WHO, 7:34-40.
- Expert Committee on the Use of Essential Drugs. (1988) *WHO Technical Report Series*, No. 770.
- Fadden G. (1998) Research update : psychoeducational family interventions. *Journal of Family Therapy*, 20 :293-309.
- Gatere SG. (1980) Patterns of psychiatric morbidity in rural Kenya. M. Phil. Thesis, Institute of Psychiatry, London.
- Goffman E. (1961) *Asylums*. Harmondsworth : Penguin.
- Goldberg D & Huxley P. (1980) *Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care*. London : Tavistock.
- Goldberg, D & Huxley P. (1992) *Common mental disorders: a biopsychosocial approach*. London : Routledge.
- Grove B, Freudenberg M, Harding A & O Flynn D. (1997) *The social firm handbook*. Brighton : Pavilion Publishing.
- Hallam A, Beecham J, Knapp M & Fenyo A. (1994) The TAPS Project. 23 : The costs of accommodation and care. Community provision for former long-stay psychiatric hospital patients. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 243 :301-310.
- Harvey YK. (1976) The Korean *Mudang* as a household therapist. In (ed. W.P. Lebra). *Culture-bound syndromes, ethnopsychiatry, and alternate therapies*. Honolulu : University Press of Hawaii
- Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G et al. (1992) Schizophrenia : manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization study. *Psychological Medicine Monograph*, Suppl. 20.
- Jacobs HE, Wissusik D, Collier R, Stackman D & Burkeman D. (1992) Correlations between psychiatric disabilities and vocational outcome. *Hospital and Community Psychiatry*, 43 :365-369.
- Jenkins R and Üstün TB. (1998) *Preventing mental illness: Mental health promotion in primary care*. Chichester : Wiley
- Jenkins R. (1999) Public Policy and Environment, In Gelder M, *Textbook of Psychiatry* – 3rd edition, Oxford University Press
- Jorm AF. (1991) Cross-national comparisons of the occurrence of Alzheimer s and vascular dementias. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 240 ;218-222.
- Jorm AF & Jolley D. (1998) The incidence of dementia : a meta-analysis. *Neurology*, 51 :728-733.
- Katschnig H, Freeman H and Sartorius N (eds). (1997) *Quality of Life in Mental Disorders*. Wiley. New York.
- Kuipers E, Fowler D, Garety P, Chisholm D, Freeman D, Dunn D, Bebbington P & Hadley C. (1998) London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis III. Follow-up and economic evaluation at 18 months. *British Journal of Psychiatry*, 173 :61-68.
- Lamb RH. (1992) Is it time for a moratorium on deinstitutionalization? *Hospital and Community Psychiatry*, 43 : 669
- Lamb HR. (1976) *Community survival for long-term patients*. San Francisco : Jossey Bass.
- Lancashire S, Haddock J & Tarrier N. (1997) Effects of training in psychological interventions for community psychiatric nurses in England. *Psychiatric Services*, 48 :39-41.
- Lee I. (1991) Second international conference on wartime medical services. *Medicine and War*, 7 :120-128.
- Leff J. (2001) Family therapy in psychiatry. In : *World Health Report 2001*. Geneva : World Health Organization.
- Marks IM. (1987) *Fears, phobias and rituals*. Oxford : Oxford Medical.
- Marks I. (1999) Computer aids to mental health care. *Canadian Journal of Psychiatry*, 44 :48-55.

- Marks, I.M., Hodgson, R. & Rachman, S. (1975) Treatment of chronic obsessive compulsive neurosis by in vivo exposure: a two year follow-up and issues in treatment. *British Journal of Psychiatry*, 127:349-364.
- Murray CJL & Lopez AD (eds). *The global burden of disease*. Geneva: World Health Organization.
- Nathan PE and Gorman JM (eds). (1998) *A guide to treatments that work*. Oxford University Press, New York.
- Nikapota AD. (1993) *Recognition and management of children with functional complaints – A training package for the primary care physician*. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia.
- Paykel ES, Ramana R, Cooper Z, Hayhurst H, Kerr J & Barocka A. (1995) Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychological Medicine*, 25:1171-1180.
- Pharoah FM, Mari JJ & Streiner D. (1999) Family interventions for schizophrenia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3 Oxford: Update Software.
- Prince R. (1960) The use of Rauwolfia for the treatment of psychoses by Nigerian native doctors. *American Journal of Psychiatry*, 117, 147-149.
- Rahman A, Mubbashar MH, Gater R et al. (1998) Randomized trial of impact of school mental-health programme in rural Rawalpindi, Pakistan. *Lancet*;352(9133):1022-5
- Razali SM, Hasanah CI, Khan UA & Subramaniam M. (2000) Psychosocial interventions for schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 3:283-289.
- Robert RE, Kaplan GA, Shema SJ & Strawbridge WJ. (1997) Does growing old increase the risk for depression? *American Journal of Psychiatry*, 154:1384-1390.
- Rothbard AB, Kuno E, Schinnar AP, Hadley TR & Turk R. (1999) Service utilization and cost of community care for discharged state hospital patients: A 3-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 156:920-927.
- Saraceno B, Terzian E, Barquero FM, Tognoni G. (1995) Mental health care in the primary health care setting: a collaborative study in six countries of Central America. *Health Policy and Planning* 10(2):133-43
- Saraceno B. (1997) Psychosocial rehabilitation as a public health strategy. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20:10-15.
- Shankar R & Menon MS. (1993) Development of a framework of interventions with families in the management of schizophrenia. *Psychosocial Rehabilitation-Journal*
- Shore L & Holmshaw J. (1998) What can carers do? *Mental Health Care*, 2:67-69.
- Strathdee G and Jenkins R. (1996) Purchasing Mental Health Care for Primary Care, In (eds) G Thornicroft and G Strathdee, *Commissioning Mental Health Services*, London, The Stationery Office.
- Tarrier N, Wittkowski A, Kinney C, McCarthy E, Morris J & Humphreys L. (1999) The durability of the effects of cognitive-behavioural therapy in the treatment of chronic schizophrenia: Twelve months follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 174:500-504.
- Thabet AAM, Vostanis P. (1998) Social Adversities and anxiety disorders in the Gaza Strip. *Arch Dis Child*, 78:439-442.
- Üstün B & Sartorius N. (1995) *Mental illness in general health care: an international study*. London: Wiley.
- Vergheze M. (1991) Working with families of people with schizophrenia: Experiences at the family psychiatry centre at the National Institute of Mental Health Bangalore. In: *Family and schizophrenia – developing strategies for intervention*. Madras: Schizophrenia Research Foundation.
- Warner R, de Girolamo G, Beelli G, Bologna C, Fioritti A & Rosinin G. (1998) The quality of life of people with schizophrenia in boulder, Colorado, and Bologna, Italy. *Schizophrenia Bulletin*, 24:559-568.

Whiteford HA. (1994) Intersectoral Policy Reform is Critical to the National Mental Health Strategy. *Australian Journal of Public Health*, 18:342-344.

Whyte SR. (1991) Family experiences with mental health problems in Tanzania. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83: Suppl. 364, 77-111.

Wig NN. (1997) Schizophrenia: the Indian Scene – keynote address. In (eds. P. Kulhara, A. Avsthi, S. K. Verma) *Schizophrenia: the Indian Scene*. Postgraduate Institute of Medical Education and Research, Chandigarh, India. Pp.5-16.

Wig NN, Menon DK, Bedi H, Leff J, Kuipers L, Ghosh A, Day R, Korten A, Ernberg G, Sartorius N & Jablensky A. (1987) Expressed Emotion and schizophrenia in North India. II. Distribution of Expressed Emotion components among relatives of schizophrenic patients in Aarhus and Chandigarh. *British Journal of Psychiatry*, 151:160-165.

World Health Organization. (1990) *The introduction of a mental health component into primary health care*.

World Health Organization. (1998) WHO Expert Committee on Drug Dependence. Thirtieth Report. *WHO Technical Report Series*, No. 873.

World Health Organization. (1997) *Supporting governments and policy-makers*. Nations for Mental Health. WHO/MSA/NAM/97.5.

Xiong W, Phillips MR, Hu X, Wang R, Dai Q, Kleinman J & Kleinman A. (1994) Family-based intervention for schizophrenic patients in China. A randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 165:239-247.

Zhang M, Wang M, Li J & Phillips M. (1994) Randomized controlled trial of family intervention for 78 first episode male schizophrenic patients: an 18 month study in Suzhou, Jiangsu. (1994) *British Journal of Psychiatry*, 165 (Suppl 24):96-102.

L'état des connaissances

Santé mentale et facteurs socio-économiques

Vikram Patel,

Professeur à la Faculté d'hygiène et de médecine tropicale de Londres et Société Sangath, Goa (Inde)

Ricardo Araya,

Professeur de psychiatrie, Faculté de médecine de l'Université du Pays de Galles, anciennement professeur associé de psychiatrie épidémiologique, Université du Chili (Chili)

Glyn Lewis,

Professeur de psychiatrie épidémiologique, Faculté de médecine de l'Université du Pays de Galles (Royaume-Uni)

Leslie Swartz,

Professeur de psychologie, Université de Stellenbosch (Afrique du Sud)

Sommaire



Ce document présente certaines données factuelles qui montrent actuellement quels sont les liens entre les facteurs socio-économiques et les troubles mentaux. Les auteurs ont choisi d'aborder principalement des troubles dépressifs et anxieux pour plusieurs raisons. Tout d'abord, ce sont les troubles mentaux les plus courants. Ensuite, ces troubles représentent la proportion la plus forte de la charge totale attribuée aux troubles mentaux, principalement à cause de leur fréquence élevée. De plus, ces troubles sont habituellement observés dans les structures de santé généralistes, et peuvent être pris en charge efficacement par les agents de santé généralistes ayant des compétences et une formation de base. Enfin, des données factuelles prouvent qu'il existe une réciprocity mutuelle entre les facteurs socio-économiques et les troubles dépressifs et anxieux.

Toutefois, il faut reconnaître que les troubles mentaux graves, mais beaucoup moins courants, comme la schizophrénie causent également un lourd fardeau pour la société, par exemple, parce qu'ils absorbent la plus grande partie des ressources consacrées aux services de santé mentale spécialisés. Il apparaît aussi que les facteurs socio-économiques jouent un rôle fondamental s'agissant d'autres troubles mentaux, notamment l'alcoolisme et la toxicomanie. Ainsi, les politiques visant à réduire l'impact des facteurs socio-économiques sur les troubles dépressifs et anxieux auront-elles vraisemblablement aussi un effet bénéfique sur le risque et sur l'issue des autres troubles mentaux.

Le présent document de travail utilise des données factuelles provenant de travaux de recherche et de programmes issus du monde entier pour démontrer les questions suivantes :

Le fardeau de la dépression et de l'anxiété

- Les taux de prévalence des troubles dépressifs et anxieux varient selon les structures. Un trouble significatif du point de vue clinique se produit chez environ 20 % des adultes vivant dans la communauté. Le taux de prévalence est plus élevé dans les structures sanitaires, soit entre 15 % et 40 % des adultes recherchant des soins de santé primaires et se présentant dans des cliniques de médecine

générale. La dépression et l'anxiété se produisent habituellement ensemble, et le terme de dépression est utilisé dans le document pour désigner les deux types de troubles psychologiques.

- Les troubles dépressifs et anxieux ne sont pas des troubles passagers, près de la moitié des personnes atteintes le sont de manière chronique ou récurrente.
- Les femmes sont significativement plus vulnérables que les hommes. Certains facteurs de ce risque accru peuvent trouver leur origine dans la condition d'inégalité de la femme dans la plupart des sociétés de la planète.

Facteurs socio-économiques et dépression

- Les désavantages socio-économiques sont fortement associés à la présence de troubles dépressifs et anxieux. Ils peuvent prendre diverses formes, depuis le dénuement matériel jusqu'à des situations plus subtiles, comme l'inégalité des chances due à une éducation insuffisante, le risque accru d'événements pénibles pendant la vie, ou toute autre forme de discrimination sociale cachée ou manifeste.
- Quel que soit le revenu moyen par personne dans une société, ceux qui sont au bas de l'échelle sociale risquent de souffrir plus souvent de ces troubles que ceux qui sont en haut, cet effet étant plus prononcé dans les sociétés les plus inégales et les plus pauvres. C'est pourquoi vaincre la pauvreté pourrait contribuer à améliorer la santé mentale, mais vraisemblablement ne suffira pas car la distribution plus équitable des ressources reste importante.
- Plusieurs phénomènes sociaux associés à l'urbanisation rapide due à la mondialisation pourraient contribuer à la dégradation de la santé mentale parce qu'ils augmentent le stress ou font diminuer les facteurs de protection naturelle. Par exemple, les conditions de vie sordides dans les zones urbaines réservées aux migrants, et l'éclatement de la famille, source de soutien social.
- Les troubles dépressifs et anxieux sont invalidants et peuvent empêcher les malades d'effectuer leurs tâches chez eux ou au travail. Les troubles dépressifs et anxieux ont des conséquences économiques néfastes sur l'individu, sa famille et la société.


Interventions et politiques

- La grande majorité des personnes souffrant de troubles dépressifs et anxieux ne reçoivent jamais de traitement. Un petit nombre consulte des professionnels de la santé mentale. Si ces personnes cherchent à se faire soigner, elles s'adressent aux professionnels généralistes et aux tradipraticiens médicaux.
- Les données factuelles recueillies principalement dans les pays développés montrent que certaines formes de traitement sont efficaces et d'un coût abordable pour des conditions courantes comme la dépression et l'anxiété. Ces interventions peuvent être facilement effectuées par les agents de santé généralistes. L'amélioration des traitements est une priorité, même si cela seul ne pourra pas conduire à une réduction de la prévalence dans la société.
- Les politiques sociales et économiques peuvent imposer un fardeau ignoré sur la société par leur influence sur la prévalence des troubles dépressifs et anxieux. Les politiques visant à réduire la pauvreté et à améliorer l'équité économique sont susceptibles d'avoir pour effet inattendu une amélioration de la santé mentale et une diminution du fardeau de la dépression.
- Certains programmes d'intervention pourraient aider à diminuer l'impact de la pauvreté sur la santé mentale. Les politiques visant la réduction de la pauvreté et l'augmentation du nombre d'emplois devraient contribuer à réduire la prévalence. Faciliter le micro-crédit afin de réduire la dépendance vis-à-vis des usuriers peut aussi réduire le poids des contraintes financières. Consacrer des investissements à l'enseignement général et à l'achèvement de la scolarisation devrait améliorer à long terme les chances de l'individu et avoir un effet positif sur la santé mentale, notamment dans le monde en développement.
- Il faut que les médecins généralistes et les agents de santé communautaires participent à l'élaboration des politiques et des programmes de santé. Les politiques sanitaires doivent insister sur l'acquisition des compétences adaptées au diagnostic et au traitement des troubles dépressifs et anxieux dans les structures de soins de santé généralistes. Il faudrait que les traitements prescrivant des antidépresseurs et des interventions

psychosociales peu coûteuses soient disponibles partout. Ces programmes peuvent être mis en œuvre pour un coût supplémentaire minime parce qu'elles utilisent des ressources humaines et infrastructurelles existantes.

- Il est absolument nécessaire d'entamer des travaux de recherche, notamment dans le monde moins développé, pour étayer les données factuelles dont on dispose déjà. Il faut engager des travaux de recherche longitudinale portant sur les causes des troubles dépressifs et anxieux et sur l'identification des liens entre les inégalités socio-économiques et les troubles dépressifs et anxieux. Cette recherche devrait être conçue de manière à contribuer à l'élaboration et à l'évaluation des changements à apporter aux politiques sociales et économiques.

Introduction


 Comme les nations du monde se rapprochent les unes des autres poussées par la mondialisation, il est important d'étudier la nature des liens qui unissent les facteurs socio-économiques et la santé mentale à l'intérieur d'un pays et d'un pays à l'autre. Il est juste de dire que, jusqu'à récemment, les liens entre pauvreté et santé mentale étaient un sujet rarement pris au sérieux lors de la formulation des politiques sanitaires, sociales et économiques. Parmi les diverses priorités sanitaires et les préoccupations suscitées par l'inégalité économique et la pauvreté, où peut s'insérer la santé mentale? Pouvons nous être bien mentalement lorsque nos corps sont malades et nos estomacs vides? Les services de santé déjà à court de ressources peuvent-ils en consacrer une partie aux maladies mentales, avec ses frontières vagues et indécises et ses connotations d'asiles, d'électrochocs et de folie? La maladie mentale n'est-elle pas en grande partie due au consumérisme et au matérialisme plutôt qu'au manque des biens essentiels? La maladie mentale est-elle une conséquence des privations d'ordre matériel subies par certaines catégories de population parmi les plus défavorisées de notre village planétaire? Tels sont quelques-uns des clichés et des enjeux qui surgissent devant nous lorsque nous parlons d'appauvrissement et de santé mentale. Le présent document apporte des données factuelles démontrant que, loin d'être un objet de luxe ou une question qui préoccupe seulement les pays riches, la maladie mentale est étroitement associée à la pauvreté et à l'inégalité, et peut paralyser certains aspects du développement économique. La corrélation entre condition socio-économique et troubles mentaux est lourde de conséquences dans tous les pays du monde.

Dans sa présentation des données factuelles et des conséquences relatives aux facteurs socio-économiques qui déterminent la santé mentale, ce document portera principalement sur les troubles dépressifs et anxieux : en effet, la dépression est le trouble mental le plus courant et, peut-être même celui qui constitue le fardeau le plus lourd pour la santé publique. Toutefois, d'autres problèmes de santé mentale comme la schizophrénie, l'alcoolisme et la toxicomanie constituent aussi de graves handicaps. Pour les services de santé mentale spé-

cialisés, les dépenses de soins de santé et les soins sociaux nécessaires à la schizophrénie et à d'autres psychoses fonctionnelles constituent la charge la plus lourde. La démence prendra une place croissante dans le monde des pays développés comme dans les pays en développement à mesure que les populations vieilliront. L'alcoolisme est souvent à l'origine de périodes d'absentéisme dans tous les pays du monde. Néanmoins, il est devenu évident que la dépression est en général beaucoup plus invalidante que les autres troubles de santé mentale et qu'elle constitue une charge particulièrement lourde pour les services de soins de santé primaires. Ce document traite de la question en trois parties. Tout d'abord, il présente les faits rassemblés dans le monde entier et qui permettent d'affirmer que la dépression est une question grave de santé publique mondiale. Ensuite, il présente des faits qui permettent de démontrer qu'il existe un lien entre la pauvreté, l'inégalité socio-économique et la dépression. Enfin, il examine les politiques et les programmes susceptibles de faire diminuer le fardeau que représente la dépression pour la santé publique comme pour l'individu.

Dépression et anxiété

Qu'est-ce que la dépression et l'anxiété ?

 Les symptômes de la dépression et de l'anxiété sont courants et mentionnés dans toutes les populations du monde¹. Il est nécessaire d'établir une distinction entre les hauts et les bas de la vie psychologique, qui se produisent dans la vie de tout individu, et les dépressions et troubles de l'anxiété plus graves soignés en pratique psychiatrique. Les troubles dépressifs et anxieux importants du point de vue clinique dépendent largement du jugement porté par le clinicien et le malade, et la définition précise des cas utilisée dans une étude peut par conséquent influencer de manière considérable le taux de prévalence. Au cours des 30 dernières années, les moyens permettant de mesurer de manière fiable les symptômes de la dépression et de l'anxiété se sont considérablement affinés. Il existe des questionnaires relativement brefs et standardisés qui peuvent être utilisés dans tous les pays du monde. Et même s'il reste quelques questions d'ordre méthodologique, elles sont relativement mineures.

Symptômes de la dépression et de l'anxiété

La profession est maintenant parvenue à un consensus à propos des symptômes majeurs de dépression et d'anxiété. Par exemple, la dépression se caractérise par un certain nombre de symptômes, en plus de la dysthymie : perte de l'intérêt, mauvaise concentration et étourderie, absence de motivation, fatigue, irritabilité, insomnie et altération de l'appétit. Les attitudes négatives qui caractérisent les individus déprimés constituent peut-être le handicap le plus important de la maladie. L'anxiété est associée à un sentiment de crainte, à des pensées préoccupantes et à des symptômes physiques comme palpitations, sensations de fourmillement, céphalées et douleurs thoraciques. Les symptômes de la dépression et de l'anxiété sont universels et sont observés dans toutes les sociétés étudiées². Dans les structures de soins de santé primaires ou généraux, la dépression et l'anxiété apparaissent habituellement ensemble. Dans le présent document, le terme de « dépression » est utilisé pour indiquer à la fois la dépression et l'anxiété du point de vue clinique. Toutefois, les symptômes qui amènent les personnes à consulter semblent toutefois varier selon les pays. Dans nombre de pays en développement, les patients atteints de dépression se plaignent aux médecins principalement de symptômes physiques (comme la fatigue). Les symptômes psychologiques ne sont mentionnés que si la question est directement posée^{3,4}. De plus, il existe une certaine variation dans la façon dont ces symptômes sont étiquetés dans le monde. Au Zimbabwe, par exemple, le terme de *kufungisa* ou « trop réfléchir » est utilisé pour décrire les symptômes psychologiques⁵.

Le fardeau de la dépression

Les données factuelles démontrant la forte prévalence de la dépression se sont accumulées depuis une vingtaine d'années au sein d'un ensemble de structures situées dans des pays à haut revenu, à revenu moyen et à faible revenu disséminés dans le monde entier⁶⁻¹². Ces études montrent des chiffres de prévalence communautaire qui varient selon les pays, mais peuvent parfois atteindre 20 %. Par exemple, dans une enquête de morbidité psychiatrique au Royaume-Uni, la prévalence était d'environ 14 %. La définition des cas utilisée dans cette étude traduisait une gravité correspondant à un

traitement au niveau des soins de santé primaires. Un peu plus de 2 % de la population britannique souffre de dépressions plus graves qui sont soignées par les psychiatres. Les estimations de prévalence chez ceux qui se font soigner au niveau des soins de santé primaires, c'est-à-dire le secteur qui traite les membres les plus pauvres de certaines sociétés, montrent des taux qui peuvent atteindre 40 %^{13,15}. La dépression est souvent une affection chronique ou récurrente, près de la moitié des patients institutionnalisés restant malades pendant 12 mois ou plus^{16,17}.

Nombre de données factuelles démontrent maintenant que la dépression a des effets invalidants considérables dans la communauté aussi bien que dans le secteur de santé primaire (voir ci-dessous)^{13,18,19}. De plus, les faits observés montrent que la dépression peut aussi conduire à une augmentation de la mortalité. Le risque de mort par suicide chez les personnes atteintes de dépression ou de toxicomanie est bien connu²⁰. Dans nombre de pays en développement, le taux croissant de suicides est très préoccupant, notamment chez les adolescents et les jeunes adultes, chez qui le suicide est l'une des trois principales causes de décès. En Inde, par exemple, le taux de suicide a augmenté de 6,2 % par an entre 1980 et 1990, période pendant laquelle l'accroissement démographique n'était que de 2,1 % ; l'augmentation la plus forte du nombre de suicides a été observée chez les jeunes adultes²¹. L'automutilation délibérée (c'est-à-dire une automutilation qui ne conduit pas à la mort) est beaucoup plus courante que le suicide réussi et devient rapidement la raison la plus courante de traitement médical d'urgence dans certains pays en développement, comme le Sri Lanka²².

La dépression est également associée à une mauvaise santé physique. Même après avoir exclu le suicide, les études de cohorte récentes réalisées au Royaume-Uni et aux États-Unis ont mis en évidence un taux de mortalité plus élevé chez les malades souffrant de dépression^{20,23}. Il existe également un risque accru de maladie cardiaque ischémique chez les personnes atteintes de dépression²³. Il est possible selon certains auteurs que les répercussions des inégalités socio-économiques sur la santé physique soient la conséquence de leur effet sur la santé psychologique²⁴.

Les soins primaires sont considérés comme la pierre angulaire des soins de santé tant dans les pays développés que dans les pays en développement. La plupart des traitements de la dépression sont dispensés dans les structures de soins de santé primaires plutôt que dans des services spécialisés. Toutefois, en dépit des données factuelles nombreuses prouvant l'efficacité de la chimiothérapie et de la psychothérapie sur la dépression, même si elles proviennent en grande partie du monde développé²⁵, la grande majorité des patients des pays en développement ne bénéficient pas de ces traitements. Au lieu de cela, on leur prescrit un cocktail de médicaments visant à traiter des symptômes variés, comme des analgésiques, des vitamines ou des somnifères^{13, 26}. Par conséquent, pour alléger le fardeau de la maladie chez les personnes touchées par la dépression, il faudra prendre des mesures qui renforcent les services de traitement au niveau des soins primaires et améliorent l'accès aux antidépresseurs et à des interventions brèves et efficaces au niveau psychologique.

Dépression et incapacité

La dépression et l'anxiété provoquent des incapacités considérables chez les malades, lesquelles ne sont souvent pas reconnues, en particulier en raison de la stigmatisation qui est associée à ces maladies. Dans l'étude sur les résultats médicaux réalisés aux États-Unis, on a comparé les incapacités associées à une large variété de troubles chroniques, comme le diabète, l'arthrose et la dépression. La dépression a été la condition la plus invalidante de toutes celles qui ont été étudiées²⁷. La dépression est invalidante pour une grande variété de raisons. Les symptômes de la dépression, comme la mauvaise concentration et l'absence de motivation, diminuent la possibilité d'effectuer les tâches journalières. L'irritabilité associée à ces symptômes peut nuire aux rapports avec d'autres membres de la famille et les collègues au travail. Les attitudes « négatives » de la dépression peuvent altérer la faculté de jugement et réduire l'aptitude à résoudre les problèmes. C'est peut-être ce dernier aspect de la dépression qui est particulièrement préoccupant en ce qui concerne les inégalités socio-économiques. Il est probable que la dépression réduit considérablement la capacité des plus démunis à faire face aux circonstances difficiles dans lesquelles ils se trouvent. Il est possible que,

pour les couches les plus défavorisées du monde, la capacité de résoudre les problèmes soit indispensable pour affronter les circonstances. On peut citer, par exemple, les répercussions de la dépression d'une mère sur ses enfants. La dépression postnatale est courante et peut avoir des effets négatifs sur le développement intellectuel et psychologique de l'enfant^{28, 29}, ce qui peut à son tour créer des situations invalidantes pour les enfants.

Le lien entre la gravité du trouble mental et l'incapacité est une préoccupation importante du point de vue de la santé publique. La gravité de la dépression peut être envisagée comme suivant une ligne continue, et l'incapacité résultante augmente parallèlement. Dans l'ensemble, les conditions dépressives moyennes peuvent conduire à une incapacité plus grande que celles qui sont consécutives à des troubles moins courants mais plus graves³⁰. Cette situation paradoxale, dans laquelle les cas moins graves d'un trouble ont des conséquences plus lourdes, se retrouve souvent dans le domaine de la santé publique. Elle a un impact considérable, néanmoins, en ce qui concerne les politiques publiques et la recherche, comme indiqué ci-après.

Santé publique et dépression

Les évaluations de la charge mondiale de morbidité (CMM) mises au point par l'OMS, la Banque mondiale et l'École de Santé publique de Harvard^{31a} ont révélé qu'en 1999 les troubles mentaux et neurologiques représentaient 11 % du nombre d'années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) perdues en raison de maladies ou de traumatismes^{31b}. Les projections fondées sur l'analyse des tendances indiquent que la charge de morbidité due aux troubles mentaux et neurologiques atteindra 15 % d'ici l'an 2020.

L'étude CMM a classé la dépression au quatrième rang des causes de toutes les maladies, ce qui représente 4,1 % de la charge totale. D'ici 2020, elle passera du quatrième au deuxième rang en tant que principale cause d'AVCI. Elle arrivera alors juste derrière l'insuffisance coronarienne en ce qui concerne les AVCI pour les deux sexes. Il faut remarquer que, dans les pays en développement, elle constituera la cause de charge de morbidité la plus élevée. Ces estimations ont prouvé que la dépression entraîne une charge énorme pour la société.

Si l'on prend l'exemple de l'insuffisance corona-rienne, les facteurs de risque comme le tabagisme et l'hypertension ont été identifiés, et les interventions de santé publique ciblent ces facteurs de risque pour tenter de réduire leur fréquence dans la population. Nous avons besoin de même d'une recherche sur la dépression considérée sous l'angle de la santé publique, qui conduira ensuite à l'élaboration des programmes de prévention primaire et à une amélioration de l'accès des personnes touchées par la dépression à un traitement efficace.

Résumé

- Les troubles dus à la dépression et à l'anxiété ne sont pas les seuls problèmes de santé mentale, mais étant les plus courants ils deviennent les plus importants pour la santé publique.
- Dans les structures de soins de santé primaires ou généraux, la dépression et l'anxiété apparaissent habituellement ensemble, et le terme dépression est utilisé dans le présent document pour traduire les deux catégories d'états psychologiques.
- La dépression existe dans tous les pays du monde, même si elle varie dans la manière dont les patients présentent leur condition aux agents de santé.
- La dépression est l'une des conditions les plus invalidantes rencontrées dans le cabinet du médecin. Une source importante d'incapacité est l'altération de l'aptitude à résoudre les problèmes.
- Le traitement de la dépression s'effectue habituellement au niveau des soins de santé primaires, et non pas comme soins spécialisés. Même si des traitements pharmacologiques et psychologiques courts et efficaces ont été mis au point, la plupart des patients ne recherchent ni ne reçoivent le traitement approprié.
- La dépression conduit à une charge de morbidité équivalente à celle de l'insuffisance corona-rienne ; il est nécessaire que cette maladie soit considérée sous l'angle de la santé publique.

Inégalités socio-économiques et dépression



Les définitions et l'utilisation des termes dans le domaine des inégalités socio-économiques prêtent particulièrement à confusion. Si l'on se place dans une perspective épidémiologique, il est utile de penser à tout un ensemble d'indicateurs mesurables des inégalités socio-économiques. L'activité professionnelle est utilisée par de nombreux Etats comme un indicateur reflétant la condition ou le niveau des compétences au sein d'une population active. Les chômeurs, ceux qui sont sans travail et recherchent activement un emploi, peuvent également être inclus sous cette rubrique. Les Etats peuvent faire relativement peu de choses pour changer la répartition des situations professionnelles dans un pays, mais les politiques économiques gouvernementales sont susceptibles d'avoir une action plus notable sur le chômage. Les faibles revenus et la pauvreté sont d'autres indicateurs importants de la condition socio-économique sur lesquels il est également possible d'exercer une action. Il y a deux méthodes générales pour définir la pauvreté – l'une fondée sur le revenu, l'autre sur les ressources disponibles au sein d'un ménage (dénuement). Bien que ces mesures soient associées les unes aux autres, il est étonnant de constater que la situation professionnelle, le faible revenu et la privation ont peu d'éléments qui se superposent. Par conséquent, on peut les étudier séparément et mettre en évidence leur importance relative. Enfin, le niveau d'instruction est aussi utilisé habituellement pour mesurer la condition socio-économique.

Association entre pauvreté et dépression : les faits

Pauvreté



Un grand nombre de faits démontrent actuellement qu'il existe des liens entre la pauvreté et les inégalités sociales, et la dépression. Au Royaume-Uni, les données factuelles montrent une forte association entre un faible niveau de vie (ne pas posséder de voiture et/ou de maison) et la prévalence de la dépression^{32, 33}. Les données britanniques suggèrent également que les facteurs socio-économiques semblent retarder le rétablissement plutôt qu'augmenter l'apparition de

nouveaux épisodes³³. Toutefois, il est également possible qu'une santé mentale déficiente réduise l'aptitude à gagner sa vie, et ceci peut expliquer certains sinon tous les échelons socio-économiques observés. Cette explication a été nommée sélection sociale. Il existe des preuves de cette sélection sociale³⁴⁻³⁶, mais il ne semble pas qu'elle puisse expliquer l'ensemble des échelons socio-économiques. Une étude longitudinale effectuée aux États-Unis a montré que les revenus faibles étaient associés à des états dépressifs³⁷.

Les données factuelles commencent à s'accumuler et à démontrer qu'il existe une même association entre une situation économique défavorisée et la dépression dans des pays en développement. Par exemple, une étude réalisée au sein d'une communauté d'Indonésie a mis en évidence de fortes associations entre la dépression et la présence d'équipements au sein du foyer, comme l'électricité et la télévision³⁸. Dans cette étude, les taux de dépression observés dans les villages les moins développés étaient le double de ceux des villages plus développés. Une enquête récente effectuée sur une communauté de 3870 personnes au Chili a montré que la dépression était associée à plusieurs situations socio-économiques malheureuses. Dans les analyses multivariées, de graves difficultés financières, décrites comme une baisse récente du revenu, et un niveau d'instruction faible restaient associés de manière notable avec la prévalence de la dépression¹¹. Des résultats semblables ont été signalés au nord du Brésil, au Pakistan, au Lesotho et au Zimbabwe^{4, 12, 39, 40}. Certaines études longitudinales prospectives effectuées dans les pays moins développés ont également montré que le dénuement économique était associé à l'incidence et à la persistance de la dépression. Une étude émanant du Zimbabwe a montré que les variables économiques, comme être endetté ou avoir des économies, étaient associées à l'incidence de la dépression⁴¹. Devenir plus pauvre était associé avec une persistance de morbidité ; ainsi, dans une étude réalisée sur une période d'une année, les personnes dépressives dont les difficultés économiques étaient résolues pendant l'étude avaient des taux de rétablissement plus élevés que ceux qui rencontraient de nouvelles difficultés économiques¹⁷.

Chômage chez les hommes

Au Royaume-Uni, les données factuelles montrent que le chômage chez l'homme accroît le risque de dépression⁴². Chez la femme, cette association est plus complexe. Beaucoup de femmes sans travail, en particulier si elles ont des enfants, ne se considèrent pas comme au chômage. Il est aussi possible que la perte d'un emploi pour une femme soit considérée comme moins menaçante pour sa propre estime, tout au moins chez les femmes ayant un partenaire.

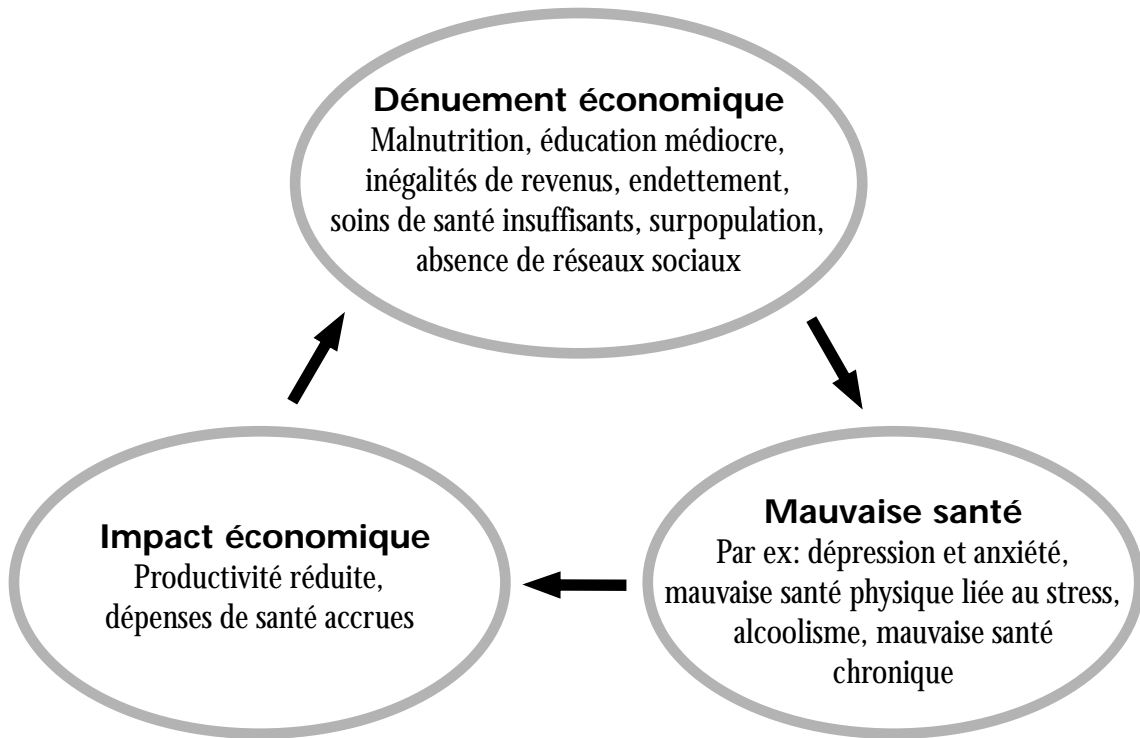
Médiocre réussite scolaire

L'éducation, qui est fortement corrélée à la pauvreté, apparaît comme un facteur fortement associé à la prévalence de la dépression dans nombre de pays en développement⁴³. Le mécanisme par lequel l'éducation est susceptible de protéger les personnes de la dépression n'est pas très clair. Toutefois, il est plausible que l'éducation constitue un important facteur déterminant les possibilités de la vie présente et future, ce qui sera un gage de santé mentale dans la vie future. De toute manière, il est important de comprendre que les variables socio-économiques chères aux épidémiologistes pourraient avoir une signification et une importance différentes selon les sociétés.

Inégalité des sexes et dépression


Il a été démontré que dans la plupart des sociétés, les femmes risquent de souffrir de la dépression deux à trois fois plus souvent. Vraisemblablement, les situations difficiles graves auxquelles elles doivent faire face, en partie dues à l'inégalité entre les sexes, augmentent leur vulnérabilité⁴⁴. L'inégalité des sexes fonctionne au sein des ménages d'une manière différente des autres inégalités qui, elles, sont ressenties entre les ménages. Ainsi, l'inégalité des sexes se superpose-t-elle aux inégalités en matière de revenus et dans d'autres domaines. Les facteurs associés à l'inégalité des sexes comprennent la violence domestique et la limitation des possibilités d'éducation, d'emploi et d'accès aux soins de santé. De plus, le rôle unique que la femme joue en matière de reproduction peut également la prédisposer à la dépression dans les différents stades du cycle de reproduction, par exemple la dépression post-natale⁴⁵. [Voir le document sur les disparités selon le sexe et la santé mentale pour un examen plus approfondi de cette question.]

Corrélation entre appauvrissement et troubles mentaux:



Liens de causalité entre les facteurs socio-économiques et la dépression

Les facteurs socio-économiques sont-ils une cause de dépression ?

 La pauvreté a été définie il y a de nombreuses années comme étant « la mère de toutes les maladies ». Toutefois, entre la pauvreté et la dépression les liens peuvent être plus explicites que dans le cas d'autres troubles mentaux. Il faut également mieux comprendre les liens et les mécanismes si nous voulons prévoir des politiques préventives de manière raisonnable. A l'heure actuelle, on comprend mal les mécanismes ou les facteurs qui relient une condition socio-économique modeste et la dépression. La section suivante donne certaines idées plausibles concernant l'importance de certains facteurs.

Soutien social

Certaines données montrent que l'absence de soutien social est susceptible d'accroître le risque de dépression. Une condition socio-économique infé-

rieure peut diminuer l'aptitude d'une personne à entreprendre des activités au sein de la société.

- Une urbanisation désordonnée crée des obstacles aux systèmes traditionnels de soutien social dans le monde en développement⁴⁶. L'absence de soutien social et la rupture des liens de parenté sont probablement un facteur de stress important pour les millions de travailleurs migrants des centres urbains d'Asie, d'Afrique et d'Amérique du Sud, qui laissent derrière eux dans les zones rurales des millions de personnes à charge dont le seul espoir de survie dépend des sommes d'argent que leurs parents vont envoyer depuis les villes éloignées.
- Dans les pays en développement, la mobilité accrue de la main-d'œuvre réduit les liens familiaux et conduit au déclin de la famille élargie.
- Brown et Harris ont souligné certaines situations, par exemple, le fait de n'avoir personne à qui se confier, comme l'un des facteurs qui rendent vulnérable à la dépression⁴⁷. Pour ce qui est des jeunes femmes qui se sont mariées loin de leur famille et vivent la plupart de l'année sans leur mari, il n'est guère difficile d'imaginer pourquoi elles ont tendance à être déprimées.

Absence de contrôle sur les ressources

- Il existe des stress matériels évidents qui accompagnent la pauvreté. Même les esprits les plus endurcis peuvent être usés par le fait que tous les jours, dans un climat d'insécurité de l'emploi et de pressions inflationnistes, il faut trouver l'argent nécessaire au paiement des factures ou à l'achat de nourriture. Il n'est donc pas surprenant qu'un taux de prévalence de dépression supérieur puisse être observé chez les individus dont le revenu a baissé et, par conséquent, surtout chez les pauvres¹¹.
- Il est plus difficile à ceux qui ont moins d'argent de pouvoir faire face à de nouvelles difficultés. Il faut de l'argent pour réparer la voiture ou le toit qui fuit et, pour les plus démunis, ceci crée des stress plus graves.
- L'un des éléments qui permet de prévoir le plus exactement l'apparition de troubles mentaux dans un pays en développement, c'est l'absence d'éducation. L'éducation pourrait fournir un moyen de sortir de la pauvreté ou d'accéder à la connaissance et à d'autres moyens de résoudre les problèmes^{11, 38, 43}. L'inégalité des chances dans une société où règne une forte inégalité de revenus, un taux de chômage élevé et le sous-emploi, et dépourvue de mesures de protection sociale, peut conduire à des sentiments d'impuissance, de colère et au désespoir.
- Il existe une association bien connue entre la pauvreté et un tableau plus lourd en ce qui concerne la santé physique, notamment s'agissant des maladies infectieuses, et l'accès insuffisant à des soins de santé de bonne qualité et d'un coût abordable. Il est alors possible que beaucoup de pauvres ayant des problèmes de santé mentale ne soient pas traités ou le soient de manière insuffisante, et souffrent pendant de longues périodes, comme ceci a déjà été décrit auparavant.

Comparaison sociale

Les stress éventuellement créés par la pauvreté absolue peuvent être tout à fait différents de ceux qui découlent de la pauvreté relative. Selon certains auteurs, l'impact psychologique de la pauvreté « relative » serait le résultat à la fois des effets indirects (c'est-à-dire d'une exposition accrue à

des facteurs de risque comportementaux dus au stress psychosocial) et directs (par exemple, les effets physiologiques des stress chroniques mentaux et psychologiques) de circonstances psychosociales associées à la condition sociale. Un mécanisme proposé est celui de la « comparaison cognitive », par laquelle les gens prennent conscience des différences énormes entre les conditions socio-économiques existantes. Savoir comment vivent les « plus riches » a un retentissement sur le sentiment de bien-être psychosocial et, par conséquent, sur la santé mentale⁴⁸.

La dépression renforce-t-elle la pauvreté ?

Cette possibilité peut être prouvée grâce à deux mécanismes majeurs. Tout d'abord, les faits observés montrant que les troubles mentaux conduisant à l'incapacité ont été décrits plus haut. Plusieurs études ont démontré de manière concluante que la dépression est un handicap profond conduisant à un ensemble d'incapacités sociales et professionnelles¹⁹. Par exemple, des études portant sur des personnes ayant reçu des soins de santé primaires en Inde et au Zimbabwe ont montré que les sujets déprimés passaient au cours du mois précédent deux fois plus de jours alités ou incapables de vaquer à leurs occupations ordinaires que les autres malades^{13, 49}.

Ensuite, il a été observé que les personnes déprimées reçoivent plus de soins, notamment des soins de santé primaires. La plupart des personnes atteintes de dépression consultent pour des symptômes physiques et, dans nombre de systèmes de santé, dans les pays développés comme dans les pays en développement, cela entraîne un grand nombre de consultations, d'analyses et de polypharmacie très coûteuses¹⁵. Souvent, les États ne sont pas capables ni disposés à financer ce traitement, et les coûts sont alors transférés aux patients, qui doivent avoir recours au secteur privé. Indépendamment de la manière dont la facture est payée, la dépression absorbe des ressources précieuses. Il n'existe aucune estimation économique fiable dans les pays en développement, mais, dans les pays développés, certaines données mettent en évidence l'énormité du fardeau économique de la dépression⁵⁰.

Corrélation entre appauvrissement et troubles mentaux

Ainsi, la nature de la relation entre l'appauvrissement et la maladie mentale est complexe, bidirectionnelle et dynamique, conduisant à un cercle vicieux d'appauvrissement et de maladie mentale (Figure 1). Cette corrélation se présente par exemple de la manière suivante : un épisode de dépression est déclenché par une situation de dénuement matériel et une violence domestique, la dépression à son tour prive la femme des aptitudes nécessaires pour faire face et de l'énergie qui lui permettrait de surmonter ses problèmes : elle va dépenser plus d'argent et plus de temps à chercher un soutien auprès des différents praticiens de la santé, souvent sans grands résultats.

Cas particuliers illustrant la corrélation entre facteurs socio-économiques et dépression

Voici quelques cas descriptifs tirés de certains pays, qui démontrent la corrélation entre facteurs socio-économiques et dépression.

Suicides d'agriculteurs en Inde



Depuis le début des années 90, la mousson saisonnière ne s'est pas produite régulièrement dans certaines régions centrales de l'Inde, ce qui a entraîné une faible récolte et, par conséquent, des revenus médiocres pour les agriculteurs. Ceux qui ont le plus souffert, ce sont les paysans les plus pauvres pratiquant l'agriculture de subsistance, c'est-à-dire ceux qui n'étaient pas suffisamment solvables pour obtenir des prêts bancaires et qui ont dû pour faire face à la crise financière emprunter à des usuriers à des taux d'intérêt exorbitants. Leurs récoltes ne donnant pas de bons résultats, ces paysans ont été confrontés à un dilemme : vendre les quelques possessions qui leur restaient, ou bien devenir un travailleur réduit en servitude vis-à-vis du prêteur jusqu'à ce que la dette soit remboursée. Il n'est donc guère surprenant que ces circonstances aient conduit à des suicides. On a signalé plus de 200 suicides de paysans au cours de ces dernières années, et ces chiffres ne reflètent que les statistiques gouvernementales. Bien que ces chiffres puissent sembler faibles, il faut les voir dans le contexte d'un groupe de pay-

sans pratiquant l'agriculture de subsistance dans une région de l'Inde géographiquement limitée. Certaines données montrent que les paysans des castes inférieures ont été touchés par ce phénomène de manière disproportionnée.

Pauvreté et dépression des mères en Afrique du Sud

Dans une implantation informelle de Khayelitsha (Afrique du Sud), la prévalence de la dépression chez les femmes qui viennent d'avoir un enfant est de 35 %, soit environ trois fois le taux normal, évalué sur la base des études réalisées dans d'autres pays²⁸. Les femmes de cette communauté sont pour la plupart des migrantes provenant des zones rurales, arrivant dans une implantation périurbaine pauvre pour trouver un emploi et avoir accès à des ressources comme les soins de santé, notamment à une période essentielle comme celle de la grossesse. Les structures de migration circulaire entre la campagne et la ville peuvent avoir un effet sur le soutien et les réseaux sociaux. La plupart de ces femmes n'ont que très peu de soutien de la part de leur partenaire masculin, et beaucoup de relations ne durent pas au-delà du stade de la grossesse. Les mères de ces femmes, source traditionnelle de soutien et d'aide pendant la grossesse et au début de la vie de l'enfant, se trouvent souvent très loin dans des zones rurales. Le développement des enfants souffre de la dépression maternelle et des situations économiques difficiles dans lesquelles elles se trouvent. Il existe un lien entre la dépression maternelle et la déficience des rapports mère-enfant. Dans d'autres contextes, on a trouvé que cette déficience était un indicateur fiable permettant de prévoir que le développement social, psychologique et cognitif des enfants sera de mauvaise qualité. On pourrait ainsi entrer dans un cercle de dénuement et de démoralisation.

Pauvreté, inégalités de revenus et dépression au Chili

Parmi les dix pays du monde où les inégalités de revenu sont les plus criantes, le Chili a la plus faible proportion de personnes vivant avec moins de US\$ 1 par jour⁵¹. Les indicateurs généraux de morbidité et de mortalité correspondent à ceux de la plupart des pays développés. Toutefois, la prévalence des troubles dépressifs est plus élevée que dans les autres pays où la pauvreté est plus accen-

tuée¹¹. La dépression tend à se concentrer dans les couches de la société les plus défavorisées. Le taux de prévalence de dépression le plus élevé est observé chez les personnes les plus pauvres, notamment celles qui ont des difficultés financières, chez les personnes dont le niveau scolaire est le plus faible, chez les chômeurs et les personnes isolées socialement. Ces résultats viennent soutenir l'hypothèse que les inégalités économiques peuvent agir comme facteurs de risque pour la dépression.

Dépression et vieillissement dans les pays en développement

Dans les pays en développement, la santé mentale des personnes âgées est encore moins bien comprise ou reconnue soit par la communauté, soit par la profession médicale. Ceci est principalement dû au fait que les personnes âgées représentent moins de 10 % de la population dans la plupart des pays en développement. Situation qui ne manquera pas de changer à l'avenir avec la baisse du taux de natalité et l'allongement de la vie, et qui laisse prévoir qu'au cours des 20 prochaines années, cette tranche plus âgée de la population dépassera en Inde seulement le chiffre de 100 millions. Ce vieillissement démographique aura des conséquences graves, car peu de pays en développement sont pourvus de systèmes de protection sociale systématiques ou de retraite et de soins de santé qui soient adaptés aux besoins des personnes âgées. De plus, tous les pays en développement sont confrontés à des changements socio-économiques spectaculaires entraînant la désintégration graduelle des systèmes de la famille traditionnelle élargie, qui représentaient les seuls moyens de prendre en charge les soins de personnes handicapées ou des malades chroniques⁵².

Résumé

- Il existe des corrélations transversales fortes entre un revenu faible, un niveau d'éducation peu élevé et d'autres indicateurs de pauvreté et la dépression.
- Certaines données montrent que la dépression nuit à la performance économique.
- Les données factuelles disponibles ne permettent pas de dire de manière concluante si la dépression est causée par les conditions socio-écono-

miques de la pauvreté, ou bien si ce sont les troubles dépressifs qui conduisent au dénuement. Une combinaison des deux est sans doute la meilleure réponse à cette énigme étiologique.

Conséquences pour les politiques et les programmes sanitaires



Les données que nous venons d'analyser impliquent que les politiques et les programmes visant à réduire la pauvreté, à fournir une éducation et à diminuer les inégalités socio-économiques ont de fortes chances de faire baisser le taux de prévalence de la dépression. La diminution de cette prévalence devrait également avoir certains avantages économiques, en plus des avantages pour la santé de l'individu et la réduction de la charge que cela représente pour les services de santé. Toutefois, les politiques de développement économique actuellement menées dans de nombreux pays renforcent les inégalités socio-économiques⁵¹. Dans une perspective de santé publique, les données concernant les déterminants socio-économiques et la dépression peuvent être utilisées pour envisager plusieurs stratégies de prévention primaire et secondaire.

Prévention primaire

La prévention primaire est utilisée pour décrire les politiques qui visent à faire baisser l'incidence de la dépression. On dispose de peu de données pour affirmer l'efficacité des interventions dans ce domaine, principalement parce que très peu d'interventions, si même il en existe, ont été essayées et/ou évaluées pour ce qui concerne leurs effets sur la dépression. Il est plus difficile de persuader les États ou les institutions internationales d'investir dans ces programmes que dans les programmes de prévention primaire visant la malnutrition ou les maladies infectieuses. Sur la base des discussions précédentes, nous considérons maintenant certains exemples de stratégies préventives au niveau des soins primaires :

■ Investir dans l'éducation

Il est fort possible que l'essentiel ne soit pas de faire en sorte que 100 % des enfants aillent à l'école primaire, mais plutôt de savoir quelle est la proportion d'enfants qui ne parviennent pas à

accomplir le nombre minimal d'années d'études pour obtenir un certificat d'enseignement secondaire [10 à 12 ans dans la plupart des pays]. Ceci constitue un point de repère beaucoup plus important dans la société, car sans ce certificat, le nombre d'années d'enseignement n'intéresse guère les institutions éducatives supérieures ou les employeurs éventuels. Par conséquent, même s'il y a des avantages considérables à accroître le nombre d'inscriptions scolaires, il faudrait probablement insister davantage sur la diminution des taux d'abandon scolaire. Dans de nombreux pays en développement, moins de la moitié des enfants en école primaire vont pouvoir accomplir leurs dix années d'enseignement secondaire. Les taux d'abandon scolaire élevés ont plusieurs causes, comme la nécessité de gagner sa vie très tôt et les problèmes de santé mentale de l'enfance⁵³. Comme l'éducation permet un plus grand nombre de choix pour les décisions de la vie et influence les aspirations, l'image de soi et les possibilités de choix⁵⁴, un investissement dans l'éducation permettra vraisemblablement d'améliorer la santé mentale de la population. Dans nombre de pays en développement, cet investissement devra se concentrer sur les femmes qui ont d'habitude moins facilement accès à une éducation suffisante.

■ Micro-crédit : prêts sans risques pour les pauvres

Dans nombre de pays en développement, l'endettement vis-à-vis des usuriers est une source constante de stress et de préoccupation, ce qui a été très bien démontré par l'exemple des suicides de paysans en Inde. Effectivement, il n'est pas rare que les enfants d'une famille passent leur vie à travailler pour rembourser les intérêts de prêts relativement petits qui ont été conclus par leurs parents. Il est clair qu'il y a là une autre possibilité de stratégie préventive, les banques locales pouvant revoir leurs méthodes d'évaluation de la solvabilité des personnes qui appartiennent aux couches les plus défavorisées de la population. Les banques communautaires radicales et les facilités d'emprunt, comme celles qui sont organisées par SEWA en Inde et par la Banque Grameen au Bangladesh, pourraient participer à la création de facilités de crédit dans les régions où il n'y en a pas encore. Fournir des prêts de cette nature pourrait faire diminuer les maladies mentales en faisant

disparaître la cause principale du stress : la menace que constitue le prêteur sur gages.

■ Améliorer la santé des familles

A Khayelitsha (Afrique du Sud), une intervention communautaire est en cours pour améliorer l'interaction mère-enfant. Certaines femmes de cette communauté, toutes mères elles-mêmes, ont reçu une formation fondée en partie sur le programme PEIMAC de l'Organisation mondiale de la Santé. La plupart de ces femmes n'ont pas terminé l'école secondaire. Le traitement consiste principalement à apporter un soutien psychologique à la mère et à lui apprendre à s'occuper du nourrisson, tout en lui faisant comprendre pourquoi il est important et utile d'établir des rapports centrés sur l'enfant dès la naissance. Cette intervention est organisée comme une étude contrôlée, et les conséquences tant sur la mère que sur l'enfant sont évaluées par une équipe qui ignore si l'intervention a été effectuée sur une mère en particulier. Cette intervention présente l'avantage de ne pas être très coûteuse, et en cas de réussite, il devrait être possible d'intégrer le programme dans le système de soins de santé primaires existant. Ce programme pourrait apporter des données sur l'efficacité de la prévention de la dépression maternelle et, éventuellement, sur les effets indésirables de la dépression maternelle sur le développement de l'enfant.

■ Promotion de la santé

La plupart des campagnes de santé publique, comme la campagne britannique intitulée Defeat Depression Campaign (Campagne de lutte contre la dépression), visent généralement à faire mieux comprendre en quoi consiste la dépression et à mieux connaître l'efficacité des interventions disponibles au sein des services de santé. Il est également possible d'utiliser la promotion de la santé pour faire connaître les techniques de « réduction du stress » qui pourraient être utilisées plus largement. De même, changer les caractéristiques du lieu de travail et des méthodes de travail pourrait avoir des effets positifs sur la santé mentale. A l'heure actuelle, ces idées sont nécessairement de nature spéculative, mais elles méritent d'être étudiées beaucoup plus attentivement.

Prévention secondaire

La pierre angulaire de la prévention secondaire consiste à renforcer le traitement de la dépression dans les soins de santé primaires. Il faut accroître la coopération et la collaboration entre les agents de santé mentale et ceux qui s'occupent des soins de santé primaires. Les efforts devraient porter sur une meilleure formation des agents de santé généralistes dans le domaine des troubles de santé mentale les plus courants. Des cliniciens auraient besoin d'être formés pour reconnaître et traiter efficacement la dépression. Le message est clair : les patients souffrant de dépression et d'anxiété sont déjà dans votre salle d'attente. Ces troubles comptent parmi les plus courants de tous les problèmes de santé ; ils ont un effet invalidant profond et tendance à devenir chroniques, mais il existe des remèdes pharmacologiques et psychosociaux peu coûteux et efficaces. De même que les cliniciens doivent traiter la tuberculose même s'ils ne peuvent se débarrasser de la surpopulation, de même nous devons relever le défi du désespoir des cliniciens qui baissent les bras, déclarant que si leurs malades sont pauvres, ils doivent être déprimés et qu'ils ne peuvent rien y faire. Mais la meilleure preuve que cette croyance est erronée, c'est le fait avéré que la majorité des pauvres ne tombent pas dans la dépression, ils courent seulement un risque supérieur à celui des gens riches.

■ Intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires

L'intégration de la santé mentale primaire dans les soins de santé primaires est le maître mot de l'OMS depuis plus de dix ans. Les modèles d'une telle intégration vont sans doute varier considérablement selon les systèmes de santé. Dans les régions comme la province KwaZulu/Natal d'Afrique du Sud, où règnent un grand dénuement, des niveaux très élevés de violence et de contamination par le VIH/SIDA, les pressions sont très fortes sur les services de soins de santé primaires pour traiter les maladies physiques. En dépit de la rareté de ressources, un programme a réussi à former des infirmières de soins de santé primaires dans cette province pour fournir une méthode de soins complets qui prenne en compte les facteurs psychosociaux et émotifs des malades⁵⁵. Toutefois, des facteurs d'ordre structurel dans l'organisation des soins de santé peuvent

empêcher les prestataires d'apporter les soins complets appropriés. Il faut, à la base de toute intervention ciblée pour traiter la dépression et les autres morbidités au niveau des soins de santé primaires, que les cadres du système de santé s'engagent à tous les niveaux à considérer que ces questions sont importantes et méritent l'attention des professionnels. Les travaux de recherche réalisés dans les pays plus développés montrent que certains modèles intensifs de ressources, comme ceux qui emploient une psychothérapie formelle et des gestionnaires de soins afin de s'assurer de l'observance des traitements, pourraient être plus rentables dans le cas du traitement de la dépression. Ainsi, il faut offrir éventuellement des interventions plus simples et moins coûteuses pour s'occuper principalement des personnes à plus haut risque. Certains programmes intéressants et novateurs ont été élaborés et appliqués il y a de nombreuses années. Par exemple, en l'absence de professionnels de la santé, les chefs de la communauté laïque et autres agents de santé ont été formés pour traiter les troubles mentaux à Cali (Colombie)⁵⁶, avec des résultats excellents. Au Chili, on est en train de tester la rentabilité d'un ensemble de traitements de soins échelonnés et simples pour les femmes déprimées venant des régions appauvries de Santiago (Chili)^A. Les premiers résultats sont prometteurs et laissent supposer que des interventions efficaces pourraient être réalisées par des personnes ayant une formation minimale, pour un faible coût et, ce qui est encore plus important, qu'elles peuvent être bien acceptées par la population locale. Un essai randomisé pour le traitement de la dépression dans les soins de santé généraux vient de s'achever à Goa (Inde) ; il fournira des données sur l'efficacité et la rentabilité d'un traitement associant antidépresseurs et soutien psychologique.^B

■ Pluralisme médical dans les soins de santé mentale

Le personnel de santé mentale ne peut pas répondre aux besoins de toutes les personnes souffrant de dépression, notamment dans les pays en développement. En moyenne, il y a environ un psychiatre pour un million de personnes dans les grandes régions de l'Afrique subsaharienne. La population de l'Inde, qui dépasse maintenant le milliard de personnes, n'a pas plus de 4 000 psychiatres. La plupart des psychiatres des pays en développement

travaillent dans de grands hôpitaux psychiatriques ou dans le privé. La grande majorité des personnes déprimées sont traitées, si elles le sont, par des prestataires de soins de santé généralistes, des guérisseurs traditionnels et religieux, des organisations non gouvernementales et de bénévoles, ainsi que par les familles⁵⁷. Les ONG s'efforcent de soutenir les malades et leur famille avec des moyens qui sont souvent ignorés des services de santé mentale officiels, comme la défense des droits du malade mental et la prestation d'interventions associatives. Les tradipraticiens médicaux sont souvent consultés pour la dépression et peuvent fournir des interventions psychothérapeutiques qui prennent en compte les références culturelles auxquelles les patients attribuent leur maladie⁶⁰. Le secteur médical privé est un prestataire de premier rang des soins de santé généralistes dans nombre de pays en développement⁵⁹. Leur participation à la mise en œuvre des programmes de santé mentale est indispensable.

■ Intégration de la santé mentale dans les programmes existants de promotion de la santé

La dépression se produit habituellement dans des situations de stress extrême. Plusieurs exemples de priorités actuelles de santé publique montrent que la dépression est tout à fait pertinente dans le cadre de la santé materno-infantile, de la santé génésique et sexuelle, de la santé de l'adolescent et de la prévention de la violence. Englober les interventions de santé mentale dans ces programmes exigerait l'utilisation des ressources et du personnel existants et fournirait des soins plus complets, ce qui traduit les préoccupations sanitaires les plus générales. Une telle intégration peut être mise en œuvre avec des coûts supplémentaires réduits au minimum et aurait l'avantage de permettre aux malades d'avoir un meilleur accès aux soins, car cela réduirait les préjugés qui s'attachent à la recherche des soins auprès de services de santé mentale.

■ Coopération intersectorielle

Au Pakistan, le projet de démonstration Gujarkhan rassemble les chefs de la communauté, des enseignants et le personnel de santé primaire. Par exemple, des campagnes éducatives massives ont été lancées et les questions de santé mentale présentées dans le programme scolaire dans le but de

réduire les préjugés ainsi que pour montrer aux familles comment mieux protéger leur santé mentale⁶⁰. Des projets semblables ont également été élaborés en Amérique latine et dans d'autres parties du monde, mais l'évaluation de ces initiatives est moins bien connue. Ces initiatives peuvent aider à accroître la participation des communautés à la décision et à la mise en œuvre des solutions à leurs propres problèmes. La participation locale est une condition préalable indispensable à la réussite de chacun de ces programmes.

Résumé

- Les politiques visant à réduire la pauvreté et l'inégalité auront pour effet de réduire le fardeau de la dépression.
- La prévention primaire de la dépression pourrait inclure des programmes de réduction de la pauvreté, des politiques visant au plein emploi, des investissements dans l'éducation, des dispositions de micro-crédit et des campagnes de promotion de la santé publique.
- La prévention secondaire exigerait l'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires au moyen d'une formation et d'un appui fournis aux prestataires de soins de santé et grâce à l'amélioration de la collaboration avec les secteurs de santé privés traditionnels et non gouvernementaux.

Conclusions



Ce document présente des données qui démontrent l'importance des troubles dépressifs et anxieux dans la santé publique de tous les pays, quel que soit le niveau de développement. Nous pensons qu'il existe un lien très étroit entre une condition socio-économique inférieure et la dépression, association qui est présente dans la plupart des sociétés, ici aussi quel que soit le stade de développement économique. Cette association s'oriente dans deux directions. Bien qu'une certaine incertitude règne encore, toutes les données suggèrent que les conditions socio-économiques inférieures peuvent causer des dépressions et que la dépression peut réduire le fonctionnement socio-économique. A long terme, il faudra engager des travaux de recherche et

d'évaluation supplémentaires semblables aux programmes de prévention primaire que nous avons proposés, car c'est sans doute le meilleur moyen de faire face au fardeau que représente la dépression pour la communauté. Il est également nécessaire pour cela de renforcer l'évaluation et le traitement des soins de santé primaires. Le présent document a mis en lumière les politiques et les programmes qui pourraient faciliter la prévention primaire et secondaire de la dépression.

En dépit des preuves indiscutables d'un lien entre la dépression et le dénuement économique, il est important de reconnaître que la majorité des personnes vivant même dans une pauvreté sordide restent en bonne santé, peuvent affronter les exigences quotidiennes de l'existence et ne succombent pas au stress auquel elles sont soumises. D'ailleurs, c'est là le défi réel pour les chercheurs de santé publique : identifier les qualités qui protègent ceux qui ne deviennent pas déprimés lorsqu'ils doivent affronter des circonstances économiques épouvantables, car c'est là que l'on trouvera la possibilité d'aider et de prévenir l'apparition de problèmes de santé mentale. Les réseaux sociaux de la communauté locale informels peuvent-ils protéger contre la dépression? La participation religieuse ou spirituelle peut-elle limiter l'alcoolisme chez l'homme et contribuer à prévenir le suicide chez la femme et l'adolescent? Les programmes de micro-crédit, qui sont à l'opposé de la notion actuelle de l'efficacité en matière de gestion financière, pourront-ils empêcher les personnes de succomber au désespoir? La proximité de la famille peut-elle fournir le soutien et l'écoute nécessaires? Les efforts d'un conseiller municipal bienveillant pour réaménager les quartiers insalubres peuvent-ils contribuer à faire baisser le taux de suicide? Telles sont les domaines de recherche pratique qui découlent des liens de causalité entre la pauvreté et la santé mentale.

Dans les sociétés où les services de santé mentale ne sont pas très développés, il est possible d'affirmer que les stratégies de prévention visant à renforcer les facteurs de protection au sein de la communauté locale sont un investissement des ressources rares plus raisonnable que d'imiter les systèmes de soins de santé mentale étendus du monde développé (dont l'existence n'a pas permis une réduction significative de la prévalence des troubles mentaux). Dans les pays en développement, il sera

important lors de l'affectation des fonds de recherche sur la dépression de prendre en compte les travaux ayant un retentissement local. D'autres recherches longitudinales sont nécessaires pour établir les liens de causalité et les mécanismes qui relient la dépression à une position socio-économique inférieure.

-
- A. R Araya, G Rojas, R Fritsch, G Simon, Cost-effective primary care program for depressed poor women in Santiago Chile (NIMH Grant RO1 MH59368-01).
 - B. V Patel, D Chisholm, A Mann, A randomized controlled trial of pharmacological and psychological treatment for Common Mental Disorders in general health care settings in Goa, India (Wellcome Trust Tropical Health Services Project Grant).

Références

1. Üstün TB, Sartorius N. The Background and Rationale of the WHO Collaborative Study on « Psychological Problems in General Health Care ». In *Mental Illness in General Health Care : An International Study*, John Wiley and Sons, 1995:1-18.
2. Jacob K, Everitt BS, Patel V, Weich S, Araya R, Lewis G. A comparison of latent variable models of nonpsychotic psychiatric morbidity in four culturally different populations. *Psychol.Med.* 1998 ;28:145-52.
3. Patel V, Pereira J, Mann A. Somatic and Psychological Models of Common Mental Disorders in India. *Psychol.Med.* 1998 ;28:135-43.
4. Patel V, Abas M, Broadhead J, Todd C, Reeler AP. Depression in Developing Countries : Lessons from Zimbabwe. *BMJ* 2001 ; 322, 482-4.
5. Patel V, Simunyu E, Gwanzura F. Kufungisisa (thinking too much) : a Shona idiom for non-psychotic mental illness. *Cent.Afr.J.Med.* 1995 ;41:209-15.
6. Jenkins R, Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farrell M, Gill B et al. The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain : Initial findings from the Household Survey. *Psychol.Med.* 1997 ;27:775-90.
7. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Arch.Gen.Psychiatry* 1994 ;51:8-19.
8. Orley J, Wing JK. Psychiatric disorder in two African villages. *Arch.Gen.Psychiatry.* 1979 ;36:513-20.
9. Cheng TA. A community study of minor psychiatric morbidity in Taiwan. *Psychol.Med.* 1988 ;18:953-68.
10. Hollifield M, Katon W, Spain D, Pule L. Anxiety and Depression in a village in Lesotho, Africa : A comparison with the United States. *Br.J.Psych.* 1990 ;156:343-50.
11. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Acuna J, Lewis G. Santiago Mental Disorders Survey : prevalence and risk factors. *Br.J.Psych.* 2001 ;178:228-33.
12. Mumford DB, Saeed K, Ahmad I, Latif S, Mubbashar M. Stress and psychiatric disorder in rural Punjab. A community survey. *Br.J.Psych.* 1997 ;170:473-8.
13. Patel V, Pereira J, Coutinho L, Fernandes R, Fernandes J, Mann A. Poverty, Psychological Disorder and Disability in Primary Care Attenders in Goa, India. *Br.J.Psych.* 1998 ;171:533-6.
14. Araya R, Robert W, Richard L, Lewis G. Psychiatric morbidity in primary health care in Santiago, Chile. Preliminary findings. *Br.J.Psych.* 1994 ;165:530-2.
15. Üstün TB, Simon G, Sartorius N. Discussion in *Mental Illness in General Health Care : An International Study*, John Wiley and Sons, 1995:361-9
16. Weich S, Churchill R, Lewis G, Mann A. Do socioeconomic risk factors predict the incidence and maintenance of psychiatric disorder in primary care? *Psychol.Med.* 1997 ;27:73-80.
17. Patel V, Todd CH, Winston M, Gwanzura F, Simunyu E, Acuda SW et al. The outcome of common mental disorders in Harare, Zimbabwe. *Br.J.Psych.* 1998 ;172:53-7.
18. Msengi NP, Daynes G. Community response to mental illness in Transkei. *SAMJ* 1981 ;59:47-9.
19. Ormel J, Von Korff M, Üstün TB, Pini S, Korten A, Oldehinkel T. Common Mental Disorders and Disability across cultures. *JAMA* 1994 ;272:1741-8.
20. Lloyd K, Jenkins R, Mann A. Long term outcome of patients with neurotic illness in general practice. *BMJ* 1996 ;313:26-8.

21. Shah G. Suicide Prevention in India. In : *Global Trends in Suicide Prevention : Toward the Development of National Strategies for Suicide Prevention* (eds Ramsay, R.F. & Tanney, B.L.) ; 1996: TISS, Mumbai. pp233-52.
22. Eddleston M, Rezvi Sheriff MH, Hawton K. Deliberate Self-Harm in Sri Lanka : an overlooked tragedy in the developing world. *BMJ* 1998 ;317:133-5.
23. Penninx BWJH, Beekman AT, Honig A, Deeg DJH, Schoevers RA, van Eijk JTM et al. Depression and Cardiac Mortality ; Results From a Community-Based Longitudinal Study. *Arch.Gen.Psych.* 2001 ;58(221):227.
24. Wilkinson RG. *Unhealthy Societies: the afflictions of inequality*. Routledge ; London. 1996
25. Paykel ES, Priest R. Recognition and management of depression in general practice : consensus statement. *BMJ* 1992 ;305:1198-202.
26. Linden M, Lecrubier Y, Bellantuono C, Benkert O, Kisely S, Simon G. The prescribing of psychotropic drugs by primary care physicians : an international collaborative study. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 1999 ;19:132-40.
27. Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burman A ; Rogers W ; Daniels M ; Berry S ; Greenfield S ; Ware J. The functioning and well-being of depressed patients : results from the medical outcomes study. *JAMA* 1989 ; 262: 914-919.
28. Cooper P, Tomlinson M, Swartz L, Woolgar M, Murray L, Molteno C. Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *Br.J.Psych.* 1999 ;175:554-8.
29. Murray L, Cooper P. Effects of postnatal depression on infant development. *Archives of Disease in Childhood*, 1997 ;77:99-101.
30. Broadhead WE, Blazer D, George L, Tse C. Depression, disability days and days lost from work. *JAMA* 1990 ;264:2524-8.
- 31a. Murray JL and Lopez AD. *The global burden of disease : A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*, Boston : Harvard School of Public Health, World Health Organization, 1996.
- 31b. World Health Organization, *The World Health Report, 2000*. Geneva :2000.
32. Lewis G, Bebbington P, Brugha TS, Farrell M, Gill B, Jenkins R et al. Socioeconomic status, standard of living and neurotic disorder. *Lancet* 1998 ;352:605-9.
33. Weich S, Lewis G. Poverty, unemployment and the common mental disorders : a population based cohort study. *BMJ* 1998 ;317:115-9.
34. Dahl E. Social inequalities in ill-health : the significance of occupational status, education and income – results from a Norwegian survey. *Soc.Health.Illness* 1994 ;16(5):644-67.
35. Timms DWG. Social mobility and mental health in a Swedish cohort. *Soc.Psych.Psych.Epid.* 1996 ;31:38-48.
36. West P. Rethinking the health selection explanation for health inequalities. *Soc.Sci.Med.* 1991 ;32(4):373-84.
37. Bruce ML, Takeuchi DT, Leaf PJ. Poverty and psychiatric status. Longitudinal evidence from the New Haven Epidemiologic Catchment Area Study. *Arch.Gen.Psych.* 1991 ;48(May) :470-4.
38. Bahar E, Henderson AS, Mackinnon AJ. An epidemiological study of mental health and socioeconomic conditions in Sumatera, Indonesia. *Acta.Psych.Scand.* 1992 ;85:257-63.
39. Ludermir A, Lewis G. Links between social class and common mental disorders in Northeast Brazil. *Soc.Psych.Psych.Epid.* 2001 ; (in press).
40. Mumford DB, Nazir M, Jilani F, Yar Baig I. Stress and psychiatric disorder in the Hindu Kush : A community survey of mountain villages in Chitral, Pakistan. *Br.J.Psych.* 1996 ;168:299-307.

41. Todd C, Patel V, Simunyu E, Gwanzura F, Acuda W, Winston M et al. The onset of common mental disorders in primary care attenders in Harare, Zimbabwe. *Psychol.Med.* 1999 ;29:97-104.
42. Warr P, Jackson PR. Factors influencing the psychological impact of prolonged unemployment and re-employment. *Psychol.Med.* 1985 ;15:795-807.
43. Patel V, Araya R, Lima MS, Ludermir A, Todd C. Women, Poverty and Common Mental Disorders in four restructuring societies. *Soc.Sci.Med.* 1999 ;49:1461-71.
44. Dennerstein L, Astbury J, Morse C. *Psychosocial and Mental Health Aspects of Women's Health.* 1993 ;WHO/FHE/MNH/93.1.
45. Patel V, Oomman NM. Mental health matters too : Gynecological morbidity and depression in South Asia. *Reproductive Health Matters* 1999 ;7:30-8.
46. Harpham T. Urbanization and mental health in developing countries : a research role for social scientists, public health professionals and social psychiatrists. *Soc.Sci.Med.* 1994 ;39:233-45.
47. Brown G & Harris T. *Social Origins of Depression : A Study of psychiatric disorder in women.* London : Tavistock Publications, 1978.
48. Wilkinson R. Health inequalities : relative or absolute material standards? *BMJ* 1997 ;314:591-5.
49. Patel V, Todd CH, Winston M, Gwanzura F, Simunyu E, Acuda SW et al. Common Mental Disorders in primary care in Harare, Zimbabwe : associations and risk factors. *Br.J.Psych.* 1997 ;171:60-4.
50. Croft-Jefferys C, Wilkinson G. Estimated costs of neurotic disorder in UK general practice. *Psychol.Med.* 1989 ;19 :549-58.
51. World Bank. *World Development Report 2000/2001.* Attacking poverty. World Bank ; Washington. 2001.
52. Patel V, Prince M. Ageing and Mental Health in Developing Countries : Who Cares? Qualitative Studies from Goa, India. *Psychol.Med.* 2001 ;31:29-38.
53. Patel V, De Souza N. School Drop-out : A public health approach for India. *National Medical Journal of India* 2000 ;13:316-8.
54. Sinha D. Psychological concomitants of poverty and their implications for education. In : *Perspectives on Educating the Poor* (ed : Atal, Y.) Abhinav Publications, New Delhi : 1997:57-118.
55. Petersen I. *From policy to praxis: Rethinking comprehensive integrated primary mental health care.* PhD Dissertation, University of Cape Town, 2000.
56. Climent C. Development of an alternative, efficient low-cost mental health delivery system in Cali, Colombia 1 ; the auxillary nurse. *Soc.Psych.* 1978 ;13:29-35.
57. Patel V, Simunyu E, Gwanzura F. The pathways to primary mental health care in Harare, Zimbabwe. *Soc.Psych.Psychiatr.Epidemiol.* 1997 ;32:97-103.
58. Jilek WG. Traditional medicine relevant to psychiatry. In : *Treatment of Mental Disorders: A review of effectiveness* (eds : Sartorius N; de Girolamo G ; Andrews G ; German G A ; Eisenberg L) APA Press, Washigton : 1993(11):341-83
59. Brugha R, Zwi A. Improving the Quality of Private Sector Delivery of Public health Services : Challenges and Strategies. *Health.Pol.Plan.* 1998 ;13(2):107-20.
60. Rahman M, Mubbashar M, Gater R, Goldberg D. Randomised Trial Impact of School Mental-Health Programme in Rural Rawalpindi, Pakistan. *Lancet* 1998;352:1022-6.